



Con il finanziamento Commissione Europea
Programma Comunitario Daphne III

**Progetto IRIS - Interventi contro la violenza di genere verso
le donne: ricerca e sperimentazione di sportelli specializzati**

JLS/2008/DAP3/AG/1246 – 30CE03119160027

**Violenza contro le donne nei contesti migratori
di Italia e Spagna: conoscenza e percezione
delle pratiche tradizionali
dannose nei sistemi socio-sanitari**

**Violencia contra las mujeres en los contextos
migratorios de Italia y España: conocimiento y
percepción de las prácticas tradicionales
dañosas en los sistemas socio-sanitarios**

Anna Alessi, Encarnación Bodelón González, Stefania Campisi,
Cristina Fernández Bessa, Daniela Heim, Maria Rosa Lotti,
Gemma Nicolás Lazo, Maura Misiti, Roberta Pellegrino,
Francesca Rinesi, Michela Salvucci



**ARTI GRAFICHE
PALERMITANE**

This publication has been produced with the financial support of the Daphne III Programme of the European Commission. The contents of this publication are the sole responsibility of Le Onde Onlus – Palermo and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission.

Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo finanziario del Programma Daphne III della Commissione Europea. I contenuti di questa pubblicazione sono di esclusiva responsabilità de Le Onde Onlus – Palermo e non possono in alcun modo essere considerate opinioni della Commissione Europea.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le persone e le istituzioni che in Catalunya hanno collaborato a questa ricerca e, in modo particolare, quelle che sono state intervistate nel corso del lavoro qualitativo sul campo, citate nel presente studio.

Si ringraziano in maniera particolare tutti i partner territoriali, che da anni sostengono le iniziative dell'associazione Ananke, le collaboratrici al progetto che con impegno e disponibilità hanno offerto un importante contributo alla realizzazione della ricerca e un ringraziamento speciale a tutte le donne e gli uomini che hanno partecipato a questa indagine in qualità di intervistati. Infine un affettuoso ringraziamento al gruppo di lavoro transnazionale con il quale abbiamo condiviso interessanti riflessioni, cercando di integrare "differenti" punti di vista.

Si ringrazia per la disponibilità e la preziosa collaborazione, senza la quale non sarebbe stato possibile raggiungere i risultati previsti, i Direttori generali, i Direttori sanitari, il Questore di Palermo, i Responsabili di: A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli Palermo, A.O.U.P. "Paolo Giaccone" Palermo, A.O. "O.R. Villa Sofia-Cervello" Palermo, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli Palermo, Sezione Reati Sessuali della Questura di Palermo, ASP Trapani - Presidio Ospedaliero A. Ajello di Mazara del Vallo, ASP Palermo, U.O. Interventi per immigrati, rifugiati e nomadi del Comune di Palermo Settore Servizi Socio-Assistenziali, Comune di Mazara del Vallo, Casa della Comunità Speranza di Mazara del Vallo, Poliambulatorio di Emergency, INMP. Vogliamo ringraziare in modo particolare Maria Cristina Conigliaro, Maria Giovanna Distefano, Rosaria Licata, Giovanna Miccichè, Vincenza Mirabilini, per la loro ineguagliabile collaborazione, disponibilità e competenza. Un ringraziamento particolare va agli/lle operatori/trici sanitari/e che hanno contribuito alla realizzazione della presente indagine e alle/ai testimoni privilegiati che ci hanno fornito il loro sguardo prezioso sui temi trattati. Un grazie alle mediatrici culturali che ci hanno offerto la loro esperienza.

E ancora grazie alle donne che abbiamo intervistato e che ci hanno dedicato disponibilità di tempo e di narrazione, riattraversando memorie antiche ed esperienze attuali, talora ancora intrise di dolore. Grazie alla loro testimonianza il percorso di altre donne che vivono situazioni di violenza, lo auspichiamo, potrà trovare una migliore accoglienza e ascolto nei presidi sanitari coinvolti.

INTRODUZIONE

Questo volume è frutto del Progetto *Iris Intervention sur les violences envers les femmes: recherche et mise en service des guichets spécialisés*¹. Intervento biennale, avviato alla fine dell'anno 2009 e condotto da un'équipe transnazionale, a carattere multi-professionale, in Italia e Spagna, con il quale si è voluto affrontare il tema delle “*Violenze e abusi commessi nei confronti di donne e giovani donne, quando queste violenze siano legate a pratiche tradizionali dannose*”².

Si è scelto, per affrontare adeguatamente il problema individuato, di utilizzare la metodologia della ricerca azione, componendo la strategia progettuale su:

- approcci diversificati per competenze, esperienze e realtà territoriale;
- indagini, raccolta di informazioni e sviluppo di attività;
- sperimentazione di azioni pilota nei servizi sanitari o sociosanitari in Sicilia ed in Abruzzo (sportelli di primo contatto che hanno affiancato al personale sanitario le operatrici di accoglienza dei centri antiviolenza);
- strumenti valutativi interni, incontri periodici di monitoraggio in équipe, ed esterni, valutazione mediante una valutatrice indipendente che ha fornito rimandi puntuali sulle attività poste in essere e sullo sviluppo del progetto.

Focus delle azioni era il miglioramento del sistema sociosanitario riguardo alla presa in carico delle donne native e straniere, con particolare attenzione ad alcune forme di violenza di genere, quali: matri-

¹ Progetto n. JLS/2008/DAP3/AG/1246–30CE03119160027 cofinanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma Daphne III.

² Priorità Programma comunitario Daphne III, anno 2009.

moni forzati, abusi sessuali, maltrattamenti, mutilazioni genitali e molestie sessuali nei luoghi di lavoro.

Si è esaminato come operano i diversi sistemi d'intervento che si occupano della prevenzione e della presa in carico delle donne vittime di violenza di genere. Parallelamente, in un processo che si è intersecato con il flusso delle informazioni acquisite, si è proceduto alla realizzazione di un'indagine quanti-qualitativa nelle due regioni italiane coinvolte, l'Abruzzo (province di Pescara e di Teramo) e la Sicilia (città di Palermo e provincia di Trapani, con Mazara del Vallo quale realtà pilota); e di una ricerca di secondo livello nella Comunità Autonoma della Catalunya.

Nel secondo anno di attività, basandosi sulle evidenze emerse dalle indagini, si è sperimentato un servizio innovativo diretto alle donne, con l'attivazione di sportelli di primo contatto presso alcuni nodi delle reti locali, individuati quali punti di accesso al sistema sociosanitario, in collaborazione con i centri antiviolenza presenti.

Il partenariato del progetto, fondato su relazioni e collaborazioni già sperimentate nel tempo tra diversi enti, si è basato sulla convinzione della necessità di operare interconnettendo differenti "sguardi professionali" e diversificati livelli di analisi, che portassero ad intersecare l'approccio dell'esperienza locale (normative, indagini, protocolli di intervento, protocolli di rete, attività) con quella del quadro più ampio del livello nazionale (indagini, normative, progetti) ed ancora con l'ambito internazionale (indagini, normative, progetti).

Con la complessità sopra rappresentata, si è inteso porre le premesse a processi di *mainstreaming* di genere. Il progetto ha elaborato raccomandazioni volte ad incoraggiare processi trasformativi, che partano dall'interno delle organizzazioni e degli enti pubblici e prevedano, laddove possibile, l'attivazione di processi partecipativi; oltre che di processi di scambio e di valorizzazione delle buone prassi tra regioni europee. A tal fine si sono analizzati anche quegli elementi di criticità delle pratiche e delle politiche di contrasto alla violenza che rischiano di determinare le condizioni di un allontanamento da una prospettiva politica di *empowerment* femminile.

A livello italiano il partenariato, composto da Le Onde Onlus e dall'Associazione Ananke, è nato dal confronto tra soggetti sulle espe-

rienze condotte in precedenti progetti³. Con il partner IRPPS – CNR, che ha coordinato la ricerca, la collaborazione è iniziata con la realizzazione delle indagini del Progetto Urban – Rete Antiviolenza. Il Gruppo di Studio Antigona dell'Università Autonoma di Barcellona aveva collaborato con Le Onde per il supporto scientifico al Progetto Fare Rete⁴, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze della Regione Siciliana in merito alla possibilità di formulare un Piano di azione regionale contro la violenza alle donne. Il contatto e la collaborazione con i poli sanitari, oltre che con gli enti locali, per l'emersione del fenomeno e un'adeguata presa in carico delle vittime, era avvenuta con il progetto Daphne "V.eR.S.O."⁵. Esperienze pregresse che hanno determinato l'ideazione e lo sviluppo di azioni specifiche di prevenzione e contrasto alla violenza per le donne straniere, con attenzione a quelle forme di violenza più "invisibili" poiché avvengono in ambito familiare o nelle comunità di appartenenza. Pratiche che rimandano, come il matrimonio forzato, a tradizioni presenti anche nell'ambito delle comunità immigrate nel continente europeo. Pratiche e tradizioni che richiamano memorie antiche, ma non troppo, anche per le donne spagnole e italiane.

Va sottolineato che i paesi partner del progetto hanno riconosciuto necessaria, anche alla luce del crescente aumento di richieste di aiuto da parte di donne straniere vittime di violenza⁶, l'attuazione di programmi politici e sociali volti a garantire la tutela delle donne immigrate dalla violenza e dalle pratiche tradizionali dannose. In ambedue i paesi sono in vigore leggi che vietano esplicitamente le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)⁷, pratica oggetto di interventi preventivi e di investimenti in risorse economiche. Mentre non vi è la medesima attenzione normativa per altre forme di violenza, tra le quali spicca come la più significativa il matrimonio forzato, che non sono ancora divenute aree di intervento dei governi nazionali o locali, pure emergendo da questo volume quale forma più insidiosa e diffusa nelle real-

³ Per la Sicilia e l'Abruzzo: Daphne V.eR.S.O. JAI/DAP/2004-2/054/WY, che ha contribuito a migliorare l'intervento sanitario di accoglienza delle vittime di violenza familiare o sessuale negli ospedali; L.eA. - indagine regionale sul fenomeno della violenza finanziato dalla Regione Abruzzo.

⁴ Finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

⁵ Realizzato con il medesimo partenariato in Abruzzo (a Pescara) ed in Sicilia (a Palermo).

⁶ Dati raccolti dalle helpline attive in Italia (1522) e in Spagna (016) e da ricerche nazionali.

⁷ Vedi Capitolo I del presente volume.

tà indagata. Tipologia di violenza che diviene leggibile quando si esprime attraverso la violenza e la coercizione, ma che è di difficile permeabilità per il radicamento culturale che la connatura e per il suo utilizzo anche in risposta alle normative che regolamentano i flussi migratori in Italia e Spagna.

In accordo con l'OMS⁸, si è ritenuto che gli ospedali e gli ambulatori sanitari siano i luoghi privilegiati per la possibile rilevazione di queste forme di violenza, per le gravi conseguenze sulla salute che determinano, e possano divenire l'ambito di primo contatto per un intervento più adeguato di presa in carico sociale, anche nel caso di uno status di clandestinità, che non facilita l'accesso ai servizi per timore di denuncia e rimpatrio. Considerare la violenza nei confronti delle donne una priorità per la tutela della salute, nella sua concezione olistica, consente un'analisi multidimensionale del fenomeno, atta a facilitare risposte multisettoriali.

A tal fine, le indagini si sono ri-articolate in fase di avvio delle attività progettuali, partendo dalla ricostruzione degli scenari locali e dei contesti nazionali, attraverso un lavoro desk che ha raccolto informazioni socio-demografiche, normativa, programmi, progetti, ecc. A questo aspetto si è affiancata l'indagine quantitativa e quella di secondo livello, che hanno analizzato la presa in carico nelle situazioni di violenza da operatori e operatrici sanitari nelle città di Palermo, Mazara del Vallo (Trapani), Pescara, Teramo e Barcellona. Si è messo a punto uno strumento finalizzato a descrivere la conoscenza dei fenomeni analizzati e l'uso delle procedure previste. In Italia il questionario è stato somministrato a un campione composto di 250 operatori/trici dei servizi sanitari e si sono realizzate 45 interviste qualitative, mentre a Barcellona è stata realizzata una ricerca sulla base delle indagini già effettuate e sugli esiti dei protocolli di intervento già adottati, attraverso interviste a testimoni privilegiati. Di questa attività si dà conto nei Capitoli III, V e VI del presente volume, attraverso l'analisi statistica dei

⁸ L'OMS rileva come "il sistema sanitario rappresenti la prima possibilità di contatto per le donne vittime di violenza" e conclude che "[...] troppi pochi medici, infermieri ed altro personale sanitario hanno coscienza e competenza nel riconoscere il problema che sottende tante patologie che affliggono le donne o sanno offrire loro aiuto, specie là dove non sono disponibili servizi specifici [...]" (WHO, *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, Ginevra, Library Cataloguing-in-Publication, 2009).

dati rilevati e comparati a livello italiano e di una loro lettura approfondita anche sulla base della conoscenza storica e di contesto delle realtà indagate, mentre nel Capitolo IV si riporta la sintesi dell'indagine qualitativa condotta in Catalogna.

Per fornire un'adeguata e più completa descrizione dei risultati ottenuti si è prevista la produzione di quattro rapporti di ricerca. Oltre al presente volume, che illustra principalmente i risultati delle indagini a partire dai differenti livelli di approccio sopra descritti, si sono pubblicati, sul sito di progetto, tre Rapporti locali, per la Regione Siciliana, per la Regione Abruzzo e per la Regione Catalogna, dove si analizzano i contesti territoriali in cui si sono realizzate le azioni e si illustrano le evidenze emerse dalle indagini a livello locale, offrendo a chi opera strumenti conoscitivi tarati sul proprio ambito di intervento. Questi rapporti sono stati presentati in occasione dei seminari locali realizzati nelle tre regioni partner.

Sono stati analizzati gli interventi in atto nelle differenti realtà, attraverso una preliminare fase di contatto e la somministrazione di una scheda di rilevazione, che hanno portato alla mappatura territoriale dei servizi pubblici e privati rivolti alle donne straniere vittime di violenza, disponibili in cartaceo e pubblicate sul sito.

Il sito **www.irisagainstviolence.it** è stato progettato ed implementato quale strumento informativo per la comunità delle/degli operatrici/tori che a vario titolo intervengono sui temi della violenza di genere verso donne native e straniere, ma anche come area di approfondimento e di comunicazione in merito alla fenomenologia connessa alle pratiche tradizionali dannose. Sito bilingue, per facilitare l'accesso alle/agli utenti spagnoli ed italiani.

Parallelamente, si sono realizzate dieci giornate di studio in ciascuna delle regioni, che hanno coinvolto operatori ed operatrici dei sistemi di intervento locali, articolate in base ai bisogni emersi nelle indagini e progettate coi componenti le reti antiviolenza. Incontri che hanno avuto una nutrita presenza di medici, infermiere/i, assistenti sociali, operatori del no profit, forze dell'ordine e studenti universitari. I temi trattati sono stati: la fenomenologia della violenza di genere con approfondimenti su MGF, matrimoni forzati, molestie e violenza nei luoghi di lavoro per le straniere (in specifico le badanti), normative e

aspetti medico legali. Le giornate hanno permesso non solo di apportare contributi significativi in merito a protocolli di intervento e conoscenze sui temi, ma anche di contestualizzare le tematiche nei quadri più ampi di riflessione e dibattito che su questi temi sono aperti nelle comunità scientifiche, giuridiche e femministe dei paesi partner, coinvolgendo esperte/i portatrici/tori di esperienze, conoscenze e teorie di riferimento.

Una delle attività più significative è stata l'avvio di esperienze pilota di collaborazione interprofessionale, con la sperimentazione di Sportelli di primo contatto, progettati unitamente al partenariato esteso dell'intervento⁹. Gli Sportelli si sono aperti:

- in Sicilia presso i presidi ospedalieri Villa Sofia-Cervello, Policlinico, ARNAS Civico a Palermo, Buccheri La Ferla; Abele Ajello ASP Trapani a Mazara del Vallo;
- in Abruzzo presso l'AUSL di Teramo e il Centro Polivalente per Immigrati della Provincia di Teramo "Melting Point"; l'AUSL di Pescara (Medicina di Urgenza, consultori e ambulatorio immigrati).

A questi servizi, che vedevano la copresenza di un'operatrice specializzata nell'accoglienza delle donne vittime di violenza ad operatori sanitari delle strutture coinvolte e che si collocavano negli spazi ambulatoriali o di pronto soccorso delle stesse, si affiancavano le attività realizzate dai centri antiviolenza Ananke a Pescara, La Onde Onlus a Palermo e La Fenice della Provincia di Teramo, che garantivano una presa in carico specializzata alle donne straniere in aggiunta alle attività ordinarie già svolte. Tutti i servizi si interfacciavano e si interconnettevano coi servizi presenti nelle reti locali antiviolenza (cfr. Capitolo II del presente volume).

⁹ Il partenariato sul progetto era così strutturato: **Partner cobeneficiari** Le Onde Onlus – Universitat Autònoma de Barcelona – Istituto di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali CNR – Assoc. Ananke Pescara – A.R.N.A.S. Civico Palermo – A.O.U.P. Paolo Giaccone Palermo – A.O. "O.R. Villa Sofia-Cervello" Palermo – A.O. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli Palermo – ASP9 Trapani Presidio Ospedaliero A. Ajello Mazara del Vallo. **Partner associati**: ASP Palermo – Comune di Pescara – AUSL Pescara Struttura di medicina e chirurgia d'Accettazione e Urgenza – AUSL Pescara Ambulatorio Immigrati – Provincia di Teramo – Provincia di Pescara – Provincia Regionale di Trapani – Association femmes Immigrées (ADI) – IRIS Onlus Associazione Interculturale a tutela della donna e del minore – Azienda Sanitaria Locale di Teramo – Provincia di Teramo: Centro Antiviolenza Donne "La Fenice" e Centro immigrati.

Di questa esperienza di collaborazione e accoglienza integrata delle vittime, si stanno raccogliendo le informazioni prodotte, sia sulla base di un data base che fornirà dati sull'utenza intercettata e presa in carico, verificandone le tipologie di richiesta di aiuto ed il livello di connessione con le reti locali di intervento, sia sulla base dei diari di lavoro delle operatrici specializzate.

Possiamo già anticipare che la sperimentazione ha permesso, ancor prima che di entrare in contatto con le vittime, di accedere alle organizzazioni interne degli ospedali o delle Aziende Sanitarie, implementando un'azione di informazione e sensibilizzazione rivolta al personale, affinché si migliorasse l'accesso ai servizi da parte delle donne e si facilitasse l'emersione del fenomeno della violenza di genere sofferta sia da native che da migranti.

L'esperienza e la conoscenza prodotte con il progetto ripropongono alcune questioni chiave riguardanti non solo l'accesso ai servizi delle donne migranti e la loro possibilità di formulare una richiesta di aiuto, ma anche la necessaria rivisitazione delle modalità di accoglienza delle donne, evitando rischi di vittimizzazione secondaria dovuta a stereotipi e difficoltà nella relazione con le donne straniere.

Problema questo che rinvia alla riflessione filosofica, ripresa in particolare dal pensiero femminista, sul significato materiale e simbolico del corpo delle donne e di come questo sia rappresentato nelle pratiche discorsive che sottendono ai saperi (cfr. Capitolo V, nel presente volume).

D'altro canto il corpo femminile, visto in particolare negli aspetti legati alla sfera della sessualità e della riproduzione, rimanda ad una più generale questione relativa alla cittadinanza delle donne, ad una eguaglianza di diritti e opportunità che non può tuttavia prescindere dal riconoscimento della differenza. Temi affrontati anche in questo Progetto – sia pure tangenzialmente, o meglio da un'ottica specifica – e che sono oggetto, sia in Italia che in Spagna, di un acceso dibattito nei movimenti delle donne e sul piano normativo e degli investimenti pubblici (in progetti e servizi), proprio là dove si coniugano con la condizione della popolazione femminile migrante. Dibattito che si polarizza, semplificando forzatamente, da un lato sui temi del relativismo culturale, focalizzando il problema del rispetto delle differenze culturali

anche nelle trasformazioni che esse subiscono nell'inevitabile processo di integrazione, e dall'altro sull'universalismo dei diritti quale ineludibile base per emancipare le donne da tradizioni coercitive presenti in alcune società e culture. Una polarizzazione che rischia di cadere nel dogmatismo astratto nel momento in cui non si tiene conto della pluralità e complessità di valori e codici insiti nelle culture "altre" (rispetto a quella dell'Occidente) e dei profondi processi di trasformazione che in esse si stanno verificando, ancor più quando si ridefiniscono nei percorsi migratori.

Con questo volume si offre, su quest'ultimo come su altri temi, ulteriore materia di riflessione e si propone, come tema emergente, quello dei matrimoni forzati. Fenomeno che apre un ambito di riflessione riguardo alla sua possibile prevenzione, ma che all'oggi si rende visibile rispetto alle forme di violenza con cui si connette e si manifesta e per le quali va previsto un intervento che coniughi il contrasto alla violenza con la focalizzazione dei supporti necessari alle donne immigrate che si trovano ad affrontare il difficile percorso di uscita dalla violenza, sovente accompagnato dalle stigmatizzazione delle comunità di origine.

Tutte questioni aperte, sulle quali è possibile pensare a percorsi sperimentali di intervento che si collochino nel solco di esperienze e competenze sperimentate dai centri e dai servizi antiviolenza e che propongano nel contempo spazi di riflessione sul significato di società multi-culturali.

Il presente volume non offre soluzioni, ma conoscenza, evidenze e interrogativi, a partire dai quali si possano mettere a punto azioni che aprono alla libertà femminile.

CAPITOLO I

Il quadro dell'intervento, il contesto normativo

di Daniela Heim, Gemma Nicolás Lazo, Encarnación Bodelón González,
IRPPS – CNR, Le Onde - Onlus, Associazione Ananke

1.1 La normativa sovranazionale¹⁰

Sia nell'ambito delle Nazioni Unite, come in quello dell'Unione Europea e dell'Unione Africana, sono stati approvati diversi trattati che regolano, in modo generico o specifico, differenti questioni riguardanti le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni forzati. Fra di essi, si distinguono i seguenti:

Organizzazione delle Nazioni Unite

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (10 dicembre 1948, artt. 3, 5, 16).

Convenzione supplementare sull'abolizione della schiavitù, del commercio di schiavi, e sulle istituzioni e pratiche assimilabili alla schiavitù (30 aprile 1956, art.1).

Convenzione sul consenso al matrimonio, l'età minima per il matrimonio e la registrazione dei matrimoni (7 novembre 1962, artt. 1, 2).

Patto Internazionale dei Diritti Civili e Politici (16 dicembre 1966, artt. 7, 23).

Patto Internazionale dei Diritti Sociali e Culturali (16 dicembre 1966, artt. 10, 12).

Convenzione dell'Aja sulla celebrazione e il riconoscimento della validità dei matrimoni (4 marzo 1978, art. 11).

Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro la donna (25 novembre 1981, artt. 5, 16).

Dichiarazione sull'eliminazione di tutte le forme d'intolleranza e di discriminazione fondate sulla religione o il credo (25 novembre 1981, artt. 1, 5).

Convenzione sui Diritti dell'Infanzia (20 novembre 1989, artt. 12, 19, 24).

¹⁰ Sul sito web www.irisagainstviolence.it è reperibile una descrizione dettagliata della normativa qui citata.

Protocollo per prevenire, reprimere e sanzionare la tratta degli esseri umani, soprattutto donne e bambini, addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale (Palermo, 15 dicembre 2000).

Unione Europea

Per quanto riguarda l'ambito europeo, si distinguono la *Convenzione Europea dei Diritti Umani* (4 novembre 1950, artt. 1, 2, 3, 4, 12), la *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la tratta degli esseri umani* (16 maggio 2005, artt. 1, 4) e la recentemente approvata *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e il contrasto della violenza sulle donne e alla violenza domestica* (6 aprile 2011, artt. 32, 37, 38).

Unione Africana

Allo stesso modo, la *Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli* (Carta di Banjul), e il *Protocollo della Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli relativo ai diritti delle donne in Africa*, stabiliscono disposizioni contrarie ai matrimoni forzati e alle mutilazioni genitali femminili (vd, in particolar modo, artt. 5 e 17 del Protocollo citato).

1.2 La normativa spagnola e nella comunità autonoma della Catalunya

a) Legislazione statale spagnola sulle mutilazioni genitali femminili (MGF)

Legislazione civile e di protezione dei minori

Per prevenire una mutilazione genitale femminile può essere applicato l'art. 158 del Codice Civile che dispone una serie di misure di protezione, fra le quali:

- a) Divieto di uscita dal territorio nazionale, salvo previa autorizzazione giudiziaria.
- b) Divieto di emissione del passaporto del minore o ritiro dello stesso, se precedentemente emesso.
- c) Obbligo di previa autorizzazione giudiziaria per qualsiasi cambio di domicilio del minore.

La Legge Organica 1/1996, del 15 gennaio, sulla Protezione giuridica del Minore disciplina i diritti delle persone minori di età in Spagna e, in particolar modo, quelli sanciti dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia. L'art. 17 di tale legge obbliga lo Stato a garantire i diritti dei minori, a diminuire i fattori di rischio e le difficoltà sociali che incidono sulla situazione personale e sociale e a promuovere i fattori di protezione del minore e della sua famiglia.

Legislazione penale

Dall'anno 2003, attraverso una riforma del Codice Penale introdotta con la Legge Organica 11/2003, del 29 settembre, sulle Misure concrete in materia di sicurezza cittadina, violenza domestica e integrazione sociale degli stranieri, la MGF costituisce in Spagna un reato, inserito nel Titolo III dedicato alle lesioni. La condotta proibita si descrive nell'art. 149, comma 2 del Codice Penale, che afferma: "Colui che causa ad altri una mutilazione genitale, in qualunque sua manifestazione, è punito con la reclusione dai 6 ai 12 anni. Se la vittima è minore o incapace, si applica la pena dell'inabilitazione speciale per l'esercizio della patria potestà, tutela, curatela, custodia o affidamento per un tempo dai 4 ai 10 anni, qualora il Giudice lo ritenga necessario nell'interesse del minore o incapace".

Per rafforzare la protezione penale riguardo le MGF, nell'anno 2005, una riforma della Legge Organica del Potere Giudiziario permise espressamente la Persecuzione Extraterritoriale di tale reato. Attraverso la Legge Organica 3/2005, di Modifica della Legge organica 6/1985 del 1 luglio del Potere Giudiziario, per perseguire extra territorialmente la pratica della mutilazione genitale femminile. Secondo questa normativa, la mutilazione genitale femminile può essere perseguita penalmente in Spagna anche se commessa fuori dal territorio spagnolo, sempre che (senza pregiudizio di altri requisiti stabiliti dalla disciplina internazionale) la persona responsabile si trovi in Spagna, o la vittima sia di nazionalità spagnola, o si constati un vincolo di connessione rilevante con la Spagna e che, in qualsiasi caso, in un altro Paese competente o in seno al Tribunale Internazionale non sia stato aperto un procedimento che implichi un'indagine e una persecuzione effettiva di tali condotte punibili.

b) Legislazione statale spagnola sui matrimoni forzati

Legislazione civile

In Spagna gli uomini e le donne hanno lo stesso diritto di contrarre matrimonio, essendo medesimi gli effetti se i contraenti sono dello stesso o di differente sesso (art. 44 Cc). Per contrarre matrimonio è necessario il consenso di entrambe le persone, di cui condizione, termine o modo non si danno per presunti (art. 45 Cc).

I minori di età (minori di 18 anni) non possono contrarre matrimonio (art. 46 Cc). Si permette il matrimonio a minori di almeno 16 anni se emancipati, o fra i 14 e i 16 anni nel caso in cui abbiano ottenuto un permesso giudiziario.

Il consenso valido per il matrimonio civile può anche prestarsi nella forma prevista dalle confessioni religiose registrate (art. 59 Cc), determinando effetti in tal senso il matrimonio canonico, il matrimonio islamico, l'evangelico e l'ebreo. I matrimoni celebrati senza consenso sono nulli (art. 73 Cc). Il consenso è nullo se prestato per errore, violenza, intimidazione o dolo (art. 1265 Cc).

Legislazione penale

Il Codice Penale spagnolo (CP) non prevede specificamente il reato di matrimonio forzato, ma in una situazione di matrimonio forzato possono essere commessi reati generici, fra i quali: reati contro la libertà, come detenzioni illegali (art. 163 CP), sequestri (artt. 164 e ss. CP), minacce (artt. 169 e ss. CP) e coazioni (art. 172 CP); torture e altri reati contro la integrità morale (art. 173 CP). A seconda dei casi possono anche prodursi reati contro la libertà e la integrità sessuale, concorrendo reati di aggressione sessuale (artt. 178 e ss. CP) o di abuso sessuale (artt. 181 e ss. CP). Analogamente, possono prodursi lesioni (artt. 147 e 148 CP) o, nei casi più gravi, omicidio colposo (art. 138 CP) e omicidio volontario (art. 139 CP) da parte di un soggetto maschile prossimo alla vittima che appartenga alla sua famiglia o comunità, commettendo così il denominato "crimine d'onore".

Se il matrimonio forzato si celebra nel Paese di origine della famiglia, la giurisdizione spagnola non può perseguire il matrimonio in quanto tale, però può perseguire gli atti costitutivi di reato che siano stati commessi a causa della celebrazione del matrimonio, sempre che abbiano avuto luogo nel territorio spagnolo.

c) Normativa della Comunità Autonoma di Catalunya

La Legge 5 /2008, del 24 aprile, sul diritto delle donne a sradicare la violenza maschilista

L'art. 5 di questa legge fa espresso riferimento alla mutilazione genitale femminile e ai matrimoni forzati, includendoli nel quarto comma sulla "Violenza nell'ambito sociale o di comunità".

Come vittime di violenza di genere, la legge riconosce alle donne vittime di mutilazioni genitali femminili e di matrimoni forzati, una certo numero di diritti, tra i quali:

- Il diritto ad una protezione efficace: le donne che si trovano a rischio o in una situazione di violenza maschilista hanno diritto a ricevere in forma immediata, dalle amministrazioni pubbliche catalane, una protezione integrale, reale ed efficace, sia attraverso mezzi tecnologici sia attraverso servizi di polizia.
- Il diritto all'assistenza e alle cure sanitarie specifiche: si rende operativo il protocollo di assistenza e di cura in tutte le manifestazioni della violenza maschilista.
- Il diritto all'assistenza e alla riparazione:
 - Diritto all'accesso alla casa: promuovere misure per facilitare l'accesso a una casa. Accesso prioritario a case di proprietà pubblica.
 - Diritto all'occupazione e alla formazione lavorativa:
 - a) Fornire informazione, orientamento e appoggio alle donne che soffrono la violenza maschilista, inclusa l'informazione e l'appoggio che derivano dai diritti riconosciuti dalla legislazione vigente, e inoltre individuare le situazioni di violenza maschilista, attraverso i servizi prestati dagli uffici del lavoro della Generalitat e i protocolli di intervento e coordinamento.
 - b) Istituire sussidi/sovvenzioni per la contrattazione di donne.
 - c) Promuovere la firma di convenzioni con imprese e organizzazioni sindacali per facilitare il reinserimento lavorativo.
 - d) Stabilire aiuti diretti e misure di sostegno per le lavoratrici autonome, offrendo un *tutoring* personalizzato dei loro progetti.

Tutti i programmi di formazione e d'inserimento lavorativo elaborati dal Governo devono includere in modo prioritario le donne che soffrono o abbiano sofferto di violenza maschilista.

- Diritto all'assistenza legale: ricevere tutte le informazioni legali connesse alla situazione di violenza vissuta.
- Diritto a prestazioni economiche: le donne che, come conseguenza delle forme di violenza maschilista specificate nella legge, soffrono di lesioni corporali o danni alla salute fisica o psichica di carattere grave hanno diritto a ricevere dal Governo un risarcimento economico.

L'art. 75 di questa legge indica specificamente le misure che deve adottare il Governo per la prevenzione della mutilazione genitale femminile, menzionando le seguenti:

- a) Promuovere la mediazione di comunità nelle famiglie, se esiste il rischio di mutilazione genitale. In tali casi occorre fare in modo che alla negoziazione partecipino persone esperte, così come membri delle comunità colpite da queste pratiche, e assicurare l'intervento di assistenti sociali.
- b) Garantire misure specifiche per la prevenzione e lo sradicamento delle mutilazioni genitali femminili, sostenendo attività di promozione delle donne provenienti da Paesi dove si svolgono queste pratiche e formando i professionisti che devono intervenire.
- c) Promuovere e realizzare nell'ambito della cooperazione internazionale progetti per l'eliminazione di queste pratiche nei dai Paesi di origine.
- d) Disporre di meccanismi sanitari d'intervento chirurgico per far fronte alla richiesta delle donne che vogliano eliminare gli effetti della mutilazione praticata, così come meccanismi di appoggio psicologico, familiare e di comunità. Nei casi di bambine e minori, e quando ci sia il rischio per la salute, i professionisti devono poter disporre di meccanismi che permettano la realizzazione dell'intervento chirurgico.

La Legge 14/2010, del 27 maggio, sui Diritti e le opportunità dell'infanzia e l'adolescenza

Le mutilazioni genitali femminili, al contrario dei matrimoni forzati, sono espressamente contemplate nella legge 14/2010, del 27 maggio, sui Diritti e le opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza. Il suo art. 76 stabilisce una serie di disposizioni riguardo l'ablazione o mutilazione genitale femminile, fra le quali:

- a) L'individuazione di indicatori o fattori di rischio di ablazione o mutilazione genitale riguardo una bambina o un'adolescente minore di età darà luogo a un intervento socio-educativo nel suo ambiente, con la finalità che la sua famiglia decida di non sotto-metterla a tale pratica;
- b) Se in qualsiasi momento si ritiene che esista il rischio che una bambina o giovane possa essere mutilata, dentro o fuori dal territorio dello Stato, si ricondurrà il caso alla Procura o Tribunale competente in modo che adottino le misure necessarie per impedire la realizzazione del fatto e, inoltre, se necessario, vietino l'uscita della bambina o giovane dal territorio per evitare che il fatto si compia all'estero;
- c) Le bambine o giovani vittime di mutilazione genitale femminile riceveranno il supporto necessario per prevenire i danni psichici o fisici che possano derivare da tale pratica o, se necessario, per ripararli.
- d) L'Amministrazione della Generalitat di Catalunya può costituirsi come parte nei procedimenti penali per perseguire extra territorialmente la pratica dell'ablazione/mutilazione genitale femminile, sempre che le persone responsabili si trovino nello Stato, nelle forme e condizioni stabilite nella legislazione processuale applicabile al caso.

Protocolli d'intervento in materia di mutilazioni genitali femminili

Il Protocollo di intervento per prevenire la mutilazione genitale femminile del Dipartimento d'Azione Sociale e Cittadinanza, della Generalitat di Catalunya (Segreteria per l'Immigrazione, 2007), costituisce il punto di riferimento a partire del quale si programmano le azioni per prevenire questa pratica, promuovendo l'informazione, la formazione e il rispetto dei diritti umani quali linee di intervento, indicando espressamente che l'intervento giudiziario è l'ultimo ricorso da utilizzarsi di fronte alla condotta che si vuole prevenire. Questo Protocollo si integra e si collega con il Protocollo Quadro e con il Circuito Nazionale per un intervento coordinato contro la violenza maschilista.

Analogamente, il Dipartimento dell'Interno, Relazioni Istituzionali e Partecipazione, della Generalitat di Catalunya approvò nel 2008 il Protocollo di Prevenzione e assistenza di polizia della mutilazione genitale femminile (MGF), che fa parte del piano di approccio integrale del

governo catalano per evitare la MGF, e, in tal senso, ha come riferimento il Protocollo di attività per prevenire la MGF del Dipartimento d'Azione Sociale e Cittadinanza della Generalitat di Catalunya (Segreteria per l'Immigrazione).

Protocolli d'intervento in materia di matrimoni forzati

Nell'anno 2009 il Dipartimento dell'Interno, Relazioni Istituzionali e Partecipazione approvò un protocollo per i casi di matrimonio forzato: il *Procedimento di prevenzione e assistenza di polizia dei matrimoni forzati*.

Questo procedimento assume come riferimento il Protocollo di intervento predisposto dall'Associazione dei Capi di Polizia Britannica in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e il Ministero dell'Interno britannico, gli organismi nazionali e locali di educazione e salute, i servizi sociali e le ONG.

La sua finalità è evitare la situazione di vittimizzazione della minore o donna, dare visibilità o fare emergere una pratica difficilmente individuabile, che può esistere in determinate comunità di origine straniera ed etnia gitana che vivono in Catalunya e proteggere le vittime potenziali attraverso la prevenzione o in seguito all'avvenuto matrimonio forzato.

1.3 La normativa italiana (a cura dei partner italiani)

Il tema della violenza verso le donne nella legislazione nazionale italiana viene trattato sotto l'aspetto penale nell'Art. 572 del Codice Penale: *Norma contro il maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli*; dalla L. n. 66 del 1996 *Norme contro la violenza sessuale*, attraverso la quale la violenza sessuale è stata iscritta nei reati contro la persona; dalla L. n. 269 del 1998 *Norme contro lo sfruttamento della prostituzione e pornografia*; dalla L. n. 38 del 2006 *Lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e pedopornografia anche a mezzo internet*; dalla L. n. 38 del 23 aprile 2009, recante *Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza, nonché in tema di atti persecutori*, che ha inasprito le pene per la violenza sessuale, introdotto il reato per atti persecutori e ha riconosciuto l'importanza dell'istituzione, sul territorio, dei Centri Antiviolenza; e sotto l'aspetto civile dalla L. n. 154 del 2001 *Misure contro la violenza nelle relazioni familiari*.

Per la Tratta degli esseri umani, viene ratificata la Convenzione ONU con la Legge n. 46/2006, mentre la Convenzione sulla lotta contro la tratta di esseri umani del Consiglio d'Europa (Varsavia, 16 maggio 2005) è ratificata dal Governo italiano in data 3 giugno 2010.

Sulle Mutilazioni Genitali Femminili, è stata approvata la Legge n. 7 del 9 gennaio 2006 *Divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine, a cui fanno seguito le Linee Guida destinate a figure professionali sanitarie e ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche* (art. 4 Legge n. 7 del 2006).¹¹

È di recente adozione, 17 febbraio 2011, il primo *Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking*.

Infine, molte regioni, nell'ambito della propria autonomia legislativa, si sono dotate di normative regionali in tema di contrasto alla violenza e di regolamentazione dei servizi per le vittime.

1.4 Le normative regionali: Sicilia e Abruzzo (a cura dei partner italiani)

In questa sezione vengono elencate esclusivamente le normative che, nelle due regioni partner, trattano specificamente la materia di immigrazione o di violenza verso le donne.

La Sicilia, nell'ambito della sua autonomia, ha adottato nel 2003, con Decreto del 4 luglio dell'Assessorato alla Sanità, le *Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*, che regolamentano i servizi in materia di assistenza sanitaria.

Con la redazione della bozza del *Piano della salute 2010-2012*, l'assessorato introduce il tema degli effetti sulla salute delle violenze verso le donne.

Nella L.R. 10/2003 *Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia*, viene per la prima volta introdotta la necessità di servizi contro la violenza verso le donne, garantiti da associazioni femminili.

¹¹ Per l'analisi degli aspetti inseriti sia nel Codice Penale che in quello Civile italiano si rinvia al sito web www.antiviolenzadonna.it dove è pubblicata una sezione specifica sulle Leggi che tutelano le donne e sulle informazioni legali utili a chi opera nei servizi o alle donne vittime di violenza.

La Regione Abruzzo, con la Legge Regionale 20 ottobre 2006 n. 31, promulga le *Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate*.

La Legge Regionale n. 46/2004 *Interventi a sostegno degli stranieri immigrati* emana direttive alle Aziende sanitarie e ospedaliere perché si adoperino ad assumere tutte le iniziative che garantiscano trasparenza e fruibilità delle prestazioni di assistenza e, in tema di protezione sociale, nomina in maniera esplicita la violenza indicando che le “vittime di situazioni di violenza o di grave sfruttamento possono beneficiare di uno speciale programma di assistenza e di integrazione sociale, con particolare attenzione per le donne e per i minori”. In attuazione della suddetta L.R. 46/2004, la Regione Abruzzo ha approvato³ il Piano Triennale regionale 2011-2013 degli interventi e delle attività a favore degli stranieri immigrati, cui è affidato il compito di selezionare le priorità d'intervento, definire le risorse disponibili, precisare le modalità di funzionamento del sistema integrato e di verificare i risultati raggiunti.

¹² Con determinazione del Consiglio Regionale l.n. 76/4 del 05/04/2011.

CAPITOLO II

Analisi del contesto italiano e regionale

di Maura Misiti, Francesca Rinesi, Maria Rosa Lotti, Roberta Pellegrino

2.1 La presenza straniera in Italia *(a cura di Maura Misiti e Francesca Rinesi)*

L'Italia in pochi decenni si è trasformata da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione. La presenza straniera continua, infatti, il suo trend crescente negli anni, tanto che all'1 gennaio 2010 gli stranieri residenti hanno superato i 4 milioni di unità, rappresentando il 7% del totale dei residenti. Gli ultimi dati disponibili (Istat, 2010) confermano, inoltre, come la distribuzione geografica della presenza straniera non sia omogenea in tutto il Paese: sei cittadini stranieri su dieci risiedono nelle regioni del Nord Italia, il 25% nelle regioni del centro e solo una quota residuale nel mezzogiorno del Paese.

Le tre collettività numerose che rappresentano oltre il 42% del totale degli stranieri residenti sono, in ordine, la comunità dei rumeni (21%), degli albanesi (11%) e dei marocchini (10%). Si noti come, con riferimento alla prima di queste comunità, la presenza femminile supera quella maschile (sono residenti 86 uomini ogni 100 donne), mentre il contrario succede se si considera la comunità albanese (118 uomini ogni 100 donne) e ancor più quella marocchina (132 uomini ogni 100 donne).

A livello nazionale l'impatto dei cittadini stranieri sulla popolazione residente è pari al 7%, e massima nel Nord-est (9,8%), solo leggermente inferiore nel Nord-ovest (9,3%) e nel Centro (9%). Nel Mezzogiorno, invece, l'incidenza è inferiore al 3%, mentre nelle isole solo due residenti su cento sono stranieri. A livello regionale le differenze si manifestano in modo ancora più evidente. Nel Mezzogiorno il solo valore significativamente alto della media della ripartizione è quello relativo all'Abruzzo (5,7%). La presenza straniera regolare in Abruzzo ed in Sicilia si attesta su valori inferiori di quelli registrati per l'Italia nel suo complesso: in particolare gli stranieri regolari rappresentano poco meno del 6% del totale dei residenti in Abruzzo e poco meno del 3% dei residenti in Sicilia (elaborazione su dati Istat, 2011). Le due regioni in analisi non differiscono solo per il diverso peso che i cittadini stranieri residenti hanno sul totale dei residenti, ma anche sulla composizione per cittadinanza della presenza straniera regolare (Istat, 2010).

Le tre comunità maggiormente presenti in Abruzzo provengono dall'Est Europa e sono quella romena (27% del totale degli stranieri residenti), albanese (18%) e macedone (7%). Al contrario in Sicilia solo la prima comunità per numero di residenti è originaria di un paese dell'Est Europa (ossia la Romania), mentre la seconda e la terza comunità provengono da Paesi del Nord Africa (Tunisia e Marocco). Queste tre comunità rappresentano, rispettivamente, il 27%, 13% e 9% degli stranieri residenti in Sicilia. La struttura per età della popolazione straniera residente è più giovane di quella dei residenti con cittadinanza italiana. Sono proprio i processi migratori che hanno difatti consentito in questi ultimi anni il rallentamento dell'invecchiamento della popolazione residente: ciò è stato possibile sia grazie alla consistenza dei flussi migratori in entrata che alla più alta natalità degli stranieri già residenti. Il 22% del totale degli stranieri è infatti composto da minori, di questi oltre la metà è nata nel nostro Paese, ossia rappresenta le "seconde generazioni" (Istat, 2010).

Una particolare attenzione va posta al fenomeno della progressiva femminilizzazione dei flussi verso l'Italia, in quanto questo fenomeno va acquisendo una crescente importanza sotto il profilo della domanda di prestazioni sociosanitarie provenienti da una utenza femminile. Dal 2010 la presenza femminile della popolazione immigrata residente in Italia supera quella maschile (51,3%). Infatti, il rapporto fra i sessi nella popolazione straniera, sebbene nel complesso equilibrato, è spesso molto sbilanciato all'interno delle singole comunità in relazione a diverse variabili che vanno dall'offerta di lavoro specializzato, ai ricongiungimenti familiari, alle catene migratorie. Tra le principali collettività a prevalenza femminile (ucraina, polacca, moldava, peruviana, ecuadoriana, filippina, rumena) i valori del rapporto oscillano fra i 26 maschi ogni 100 femmine nella comunità ucraina e i circa 86 maschi ogni cento femmine in quella rumena. Una prevalenza maschile si osserva invece tra i cittadini del Senegal, dell'Egitto, del Bangladesh, del Pakistan, dell'Algeria, della Tunisia, dell'India, del Marocco, dello Sri Lanka, dell'Albania e della Cina: in queste comunità il rapporto fra i maschi e le femmine oscilla fra il livello tradizionalmente molto elevato della comunità senegalese (circa 329 uomini ogni 100 donne) e i circa 107 uomini ogni 100 donne di quella cinese (Istat, 2010).

Tra le cause che concorrono a determinare la progressiva femminilizzazione delle migrazioni sembra importante ricordare l'incremento

della domanda di lavoro femminile nel settore del terziario, inclusa quella di servizi alle persone e alle famiglie. Questo aspetto assume un particolare rilievo nei paesi dell'Europa mediterranea, come l'Italia, dove la progressiva femminilizzazione delle migrazioni risponde direttamente ad un aumento della richiesta di lavoratori da impiegare in mansioni tipicamente «femminili» (Campani, 2000). Vi sono altri aspetti delle migrazioni femminili non meno importanti perché vedono le donne in condizioni di particolare vulnerabilità e a rischio di esclusione sociale, come il traffico e lo sfruttamento sessuale, la provenienza da paesi in guerra, la richiesta di asilo o la condizione di rifugiate. Le dimensioni assunte da questi fenomeni sono meno conosciute, considerate le difficoltà nell'ottenere stime soprattutto a causa della dispersione territoriale della prostituzione, dell'elevata mobilità geografica delle donne e dello status spesso di clandestine (Ehrenreich e Hochschild 2003, trad. it. 2004).

2.2 La Regione Sicilia: analisi di contesto¹³ *(a cura di Maria Rosa Lotti)*

In Sicilia la popolazione si è mantenuta negli ultimi venti anni intorno ai cinque milioni di abitanti, poco più dell'8% della popolazione italiana, composta a fine 2009 per il 51,7% di femmine e per il 48,3% di maschi. È una popolazione che:

- sta iniziando ad invecchiare, causa il calo delle nascite emerso in questi ultimi anni, con effetti rilevanti sulla vita delle donne, essendo loro che a tutt'oggi garantiscono il maggior carico del lavoro di cura nella famiglia in un territorio cronicamente deficitario nelle politiche sociali riguardo ai minori e agli anziani;
- si sta impoverendo; il primo decennio del 2000 è caratterizzato per l'isola da un aumento della povertà incrementata anche dalla crisi economica che ha pesantemente investito il tessuto produttivo in questi ultimi anni¹⁴.

¹³ Per tracciare lo scenario regionale si sono acquisiti dati statistici e documenti programmatori a livello regionale e locale. Nello specifico: Piani Operativi FESR e FSE; riforma del sistema sanitario regionale, bozza di Piano Sanitario Regionale, normative di settore; piani strategici locali, dati statistici del Comune di Palermo e di Mazara del Vallo, Piani di Zona dei Distretti Socio Sanitari; documentazione sulle attività in tema di contrasto e di prevenzione della violenza contro le donne.

¹⁴ Dato rilevato nel Rapporto 2009 su povertà ed esclusione sociale in Italia a cura di Caritas Italiana - Fondazione Zancan.

Le rilevazioni sulla popolazione immigrata mostrano anche in Sicilia un andamento crescente nell'ultimo decennio, sino ad arrivare a fine 2009 a una presenza pari a quasi 127.310 residenti, di cui 66.559 femmine e 60.751 maschi, con un'incidenza sul totale dei residenti pari al 2,5% (contro una media italiana del 7,0%) ed una presenza di minori pari al 21%. Si tratta soprattutto di giovani uomini e donne che contribuiscono per il 12,4% sulle nascite a livello regionale. Sono le aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina i luoghi di residenza privilegiati, anche se si rileva un notevole incremento nella provincia di Trapani, dove resta predominante la presenza maghrebina, mentre la provincia di Palermo vede la presenza maggioritaria di cittadini dello Sri Lanka e del Bangladesh, seppur con un forte incremento della popolazione romena, in specifico di donne.

L'ISTAT stima che in Sicilia il fenomeno della violenza contro le donne¹⁵ riguardi il 23,3% delle adulte, proponendosi quale problema sociale ancora sommerso e che si annida soprattutto nelle mura domestiche. Di queste, solo il 2,4% delle vittime denuncia la violenza subita nel caso sia stato il partner ad esercitarla, mentre è il 3,4% la percentuale di denuncia nel caso l'autore non sia il partner.

Va ricordato che la Sicilia è una regione a statuto speciale e presenta alcune peculiarità:

- Non si è ancora dotata di una normativa specifica riguardante la violenza di genere, né che disciplini i servizi pubblici e privati che operano per la prevenzione e il contrasto di questo fenomeno.
- A differenza che nel resto d'Italia, l'accoglienza degli/delle immigrati/e e il rilascio del nulla-osta è affidato all'Ufficio Provinciale del Lavoro (Servizio Ufficio Provinciale del lavoro - SUPL), mentre la titolarità delle procedure per il ricongiungimento familiare è mantenuta dalle Prefetture¹⁶.
- L'ordinamento dei servizi di assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari è regolato con apposito Decreto regionale.

¹⁵ ISTAT, *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*, Roma, 2006.

¹⁶ Si veda "Conversazione in Sicilia" sullo stato dei servizi per i Migranti, Gruppo di lavoro a supporto della Regione siciliana, Silvia Raudino, Giovanna Benigno, Adriana Ferrara, Raffaella Radoccia - PON GOVERNANCE ED ASSISTENZA TECNICA 2007-2013 ASSE II - Obiettivo Operativo II.4 – Giugno 2010.

L'azione delle associazioni di donne che gestiscono centri antiviolenza, unita al radicamento delle esperienze prodotte dalle Reti locali attive ad Agrigento, Catania, Palermo¹⁷ e dalla rete recentemente istituitasi a livello provinciale a Trapani¹⁸, hanno permesso di introdurre il tema della violenza di genere nelle agende di governo regionale e locale e di questa azione si iniziano a vedere i primi risultati.

A partire dalla programmazione comunitaria 2000-2006, il POR Sicilia ed i Piani Operativi per il 2007-2013 hanno inserito, grazie alla spinta del partenariato sociale ed economico che partecipa ai processi concertativi (con la presenza nel Forum del partenariato de Le Onde Onlus), specifiche azioni per il miglioramento del sistema di intervento in favore delle donne vittime di violenza. Tra le quali l'opportunità di strutturare una azione di sistema con l'attuale ciclo di programma, così da creare le basi per delineare un Piano di azione regionale contro la violenza di genere verso le donne.

Inoltre, alcune circolari emanate dall'Assessorato alla Famiglia e ai Servizi sociali iniziano a trattare, tra gli obiettivi degli interventi, quello del contrasto alla violenza di genere e la bozza del Piano Sanitario Regionale contiene precise indicazioni in merito al tema della violenza contro donne e minori, introducendolo *de facto* nella programmazione ordinaria della Regione.

È la realtà palermitana che fa da precursore riguardo a progetti, indagini, servizi (centro antiviolenza, case rifugio, servizi specializzati pubblici), elaborazione di specifiche procedure, formazione degli operatori/trici del sistema di intervento tra cui le forze dell'ordine. Inoltre,

¹⁷ Protocollo di Intesa che coinvolge: Comando Provinciale dell'Arma dei Carabinieri; Polizia di Stato, Questura di Palermo; Comune di Palermo, Assessorato Attività Sociali; Provincia Regionale di Palermo, Assessorato Servizi Sociali; Ufficio Scolastico Provinciale; Procura presso il Tribunale di Palermo; Tribunale Ordinario di Palermo; A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli; ASP Palermo; Università di Palermo; Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone"; Azienda Ospedaliera "O.R. Villa Sofia - Cervello"; Ufficio della Consigliera di Parità Regionale; Le Onde Onlus; Associazione pediatri di base DISTURI; Centro Sociale Laboratorio Zen Insieme; EdA "A. Ugo"; Ecap Palermo; I Siciliani Coop. Sociale.

¹⁸ Coordinata dalla Provincia Regionale di Trapani, cui aderiscono: Questura di Trapani, Procura della Repubblica, ASP Trapani, Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni di: Alcamo, Buseto Palizzolo, Calatafimi, Campobello di Mazara, Castellammare del Golfo, Castelvetrano, Custonaci, Favignana, Gibellina, Marsala, Mazara del Vallo, Paceco, Pantelleria, Partanna, Petrosino, Poggioreale, Salaparuta, Salemi, San Vito Lo Capo, Santa Ninfa, Trapani, Valderice, Università di Palermo Polo Didattico di Trapani, Ufficio della Consigliera di Parità Provinciale, Ordine dei Medici di Trapani.

alcune realtà siciliane sono state oggetto di interventi realizzati con il coordinamento del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPO), i primi nell'ambito delle due fasi operative della Rete antiviolenza tra le città Urban Italia. In seguito, alcune realtà locali sono divenute dapprima territori pilota del progetto "Arianna – Attivazione Rete nazionale ANtivioleNza" e ora Ambiti Territoriali di Rete del "Servizio di supporto tecnico-operativo finalizzato al rafforzamento della 'Rete Nazionale Antiviolenza' ed alla gestione del servizio di call center mediante il numero di pubblica utilità 1522 a sostegno delle donne vittime di violenza intra ed extra-familiare", aderendo alla Rete Nazionale antiviolenza coordinata dal DPO. Infine, nei territori oggetto del progetto IRIS si è realizzato un intervento, finanziato dal DPO¹⁹, di potenziamento della Rete di Palermo e avvio della Rete trapanese.

Palermo

La popolazione residente a Palermo, al 31 dicembre 2009, è pari a 656.081²⁰ abitanti, di cui 311.030 maschi (47,4%) e 345.051 femmine (52,6%). Gli stranieri residenti alla stessa data ammontano a 18.188²¹, di cui 8.392 maschi e 9.796 femmine, con la presenza di 3.755 minorenni (20,65% della popolazione straniera). A Palermo risiedono alcune significative comunità, tra le quali: singalesi (cittadini dello Sri Lanka), pari al 18,6% della popolazione straniera; bengalesi (15,80%); rumeni (10,9%); tunisini (6,4%); mauriziani (6,3%); filippini (6,3%); cinesi (4,6%); ghanesi (4,2%); marocchini (4,1%); serbi (3,1%); ivoriani (2,1%). Comunità in cui è sempre di maggior peso la presenza femminile.

Basandosi sulle indicazioni contenute nelle Linee guida ministeriali, si è rilevato che in città sono presenti 960 adulte e 250 minorenni provenienti da paesi in cui sono praticate differenti tipologie di Mutilazioni Genitali Femminili. Mentre la provenienza da paesi asiatici e nord

¹⁹ Progetto Fare Rete: potenziamento e avvio di reti antiviolenza in Sicilia a valere su "Avviso pubblico per il finanziamento di progetti finalizzati a rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto della violenza di genere", Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

²⁰ Fonte ISTAT, Demo-Istat, Bilancio demografico anno 2009 e popolazione residente al 31 dicembre 2009.

²¹ Fonte ISTAT, Demo-Istat, Cittadini stranieri. Bilancio demografico 2009 e popolazione residente al 31 dicembre 2009.

africani segnala invece la presenza di comunità dove viene praticato il matrimonio combinato/forzato, con diversa intensità secondo il paese di origine. Va considerato che questa pratica, anche in relazione alle politiche migratorie del nostro paese, potrebbe essere uno strumento per permettere la continuità della migrazione transnazionale di alcune famiglie.

Ma quali servizi sono disponibili per questi/e cittadini/e?

Sulla base della normativa in vigore per la sanità, nella città di Palermo, coesistono due modelli di intervento: Ambulatori dedicati a carattere sanitario e Servizi di accoglienza attiva, maggiormente orientati all'accoglienza sociale.

Al primo modello fanno riferimento:

- Policlinico - Servizio di day-hospital con annessa attività ambulatoriale, che fa parte del Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, affiancato da un Ambulatorio di ginecologia e ostetricia, dedicato alle donne immigrate;
- A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli – U.O. Medicina delle Migrazioni, finalizzata alle cure delle/dei migranti, che fornisce prestazioni sanitarie urgenti e continuative.

Mentre al secondo modello si possono ricondurre:

- A.O. O.R. Villa Sofia-Cervello, che vede la presenza nei due presidi ospedalieri di *Servizi di accoglienza attiva* che forniscono le prestazioni indicate dal Decreto regionale che li regola;
- ASP Palermo – che vede attivi al proprio interno un Centro Salute Immigrati e un Servizio di accoglienza per cittadini extra e comunitari (S.A.R.I.).

Tutti enti che fanno parte della Rete contro la violenza alle donne e ai minori della Città di Palermo, e che hanno attivato al proprio interno procedure di accoglienza delle donne vittime di violenza²².

Riguardo agli interventi a carattere sociale, preminente è l'attività svolta dall'associazionismo, che si affianca a quella del Comune di Palermo che opera con l'Unità Organizzativa Interventi per immigrati, rifugiati e nomadi.

²² Disponibili in Appendice del Rapporto di ricerca locale: – la Sicilia, unitamente a quelle del Centro antiviolenza Le Onde Onlus, pubblicato sul sito www.irisagainstviolence.it.

A questi si affiancano con un'impronta sociosanitaria:

- le attività dell'INMP Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà. Il cui Centro regionale ha sede all'A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli;
- le attività svolte dal privato sociale, per il cui approfondimento si rinvia al Rapporto locale ed alla mappatura²³. Segnaliamo qui solo l'esperienza del Poliambulatorio di Emergency, che opera dal 2006 attraverso un Protocollo di intesa con l'ASP.

Riguardo all'accoglienza e alla presa in carico delle donne vittime di violenza italiane e straniere, l'unico servizio dedicato della città è il Centro antiviolenza dell'Associazione Le Onde Onlus. Il Centro che si coordina con tutti i soggetti della Rete antiviolenza cittadina si è dotato, con risorse del progetto IRIS, di uno spazio dedicato alle donne straniere. Infine, sempre per la durata del progetto IRIS, si sono attivati gli Sportelli di primo contatto negli ospedali partner.

Mazara del Vallo – Trapani

Al 31 dicembre 2009 i residenti a Mazara del Vallo sono 51.407, di cui 25.298 maschi e 26.109 femmine. Gli stranieri presenti alla stessa data sono pari a 2.490, di cui 1.283 maschi e 1.207 femmine. Si tratta di poco meno di un quarto della popolazione residente nell'intera Provincia di Trapani che vede complessivamente 11.208 stranieri, di cui 5.555 maschi e 5.653 femmine. La comunità maggiormente rappresentata è quella tunisina, la più grande dell'intera provincia.

Per quanto riguarda i servizi sanitari, è presente il presidio ospedaliero Abele Ajello dell'ASP – Trapani, dove opera un Servizio di accoglienza attiva che offre una prestazione a carattere sociale.

In ambito sociale, il comune di Mazara ha istituito un Ufficio Immigrati e, con un progetto inserito nel Piano di Zona della L. 328/2000, uno Sportello immigrazione che fornisce una prestazione di segretariato sociale, erogando informazioni riguardo ai servizi presenti nel territorio e ai diritti degli immigrati. Nel territorio sono presenti anche servizi del privato sociale.

²³ Cfr. nota precedente.

Riguardo alla violenza verso le donne il comune sta per attivare uno Sportello anti violenza, in rete con gli altri sportelli comunali della Provincia (grazie ad un Protocollo di Intesa con la Provincia Regionale di Trapani). Con il progetto IRIS il Presidio ospedaliero si è dotato di uno Sportello di primo contatto presso il Servizio Sociale del Presidio Ospedaliero A. Ajello Mazara del Vallo - ASP Trapani, e si è integrato con i servizi già presenti nel territorio.

2.3 La Regione Abruzzo: analisi di contesto *(a cura di Roberta Pellegrino)*

Al 31 gennaio 2009 la Regione Abruzzo censiva 1.309.797 abitanti residenti di cui 650.752 maschi e 688.146 femmine. Lo spopolamento delle zone interne a favore di quelle costiere continua ad essere frequente, soprattutto per motivazioni legate alla sfera occupazionale, principalmente concentrata su settori economici avanzati (terziario, secondario avanzato, attività autonome, ecc). La situazione abruzzese è molto delicata, anche a causa dell'ingente debito pubblico, che prevede una revisione generale delle politiche sociali per una redistribuzione dei livelli essenziali d'assistenza. La popolazione immigrata residente in Abruzzo svolge un ruolo preponderante nell'economia regionale. Nel 2009 i residenti stranieri in Abruzzo erano 69.641, con un'incidenza del 5,2% sulla popolazione residente e un incremento del 16,6% rispetto al 2007. La provincia di Teramo accoglie il maggior numero di immigrati, seguita dall'aquilano, dal teatino e dal pescarese.

Anche in Abruzzo, secondo quanto stabilito dalla Legge Bossi Fini, gli sportelli unici delle Prefetture sono incaricati del disbrigo di tutte le pratiche relative alla regolarizzazione degli immigrati non comunitari; inoltre, adeguandosi alla normativa europea, l'Abruzzo si è dotato, a partire dal 2004, di una Legge Regionale che tutela e riconosce i diritti civili e le condizioni di uguaglianza a tutti gli immigrati residenti nella regione (L.R. 46/2004).

Va inoltre citato il vigente Piano sociale dove, tra i macro-obiettivi obbligatori essenziali (LIVEAS) dell'area minori, giovani e famiglia, è previsto l'incremento di politiche di contrasto al fenomeno della violenza domestica ai danni delle donne, bambini, ad integrazione di quanto previsto nella L.R. 31/2006 .

L'analisi svolta sulla situazione specifica dei territori provinciali pescarese e teramano ha rivelato l'esistenza di situazioni differenti. Il

quadro socio-demografico della Provincia di Pescara è molto sfaccettato: al 31 dicembre 2008, sono stati censiti 318.562 abitanti, di cui 153.313 uomini (48%) e 165.247 donne (52%). La presenza femminile è più numerosa, persevera un forte processo di senilizzazione della popolazione (superiore alla media nazionale), resiste la tendenza al popolamento dei centri più piccoli dell'area metropolitana, mentre nel capoluogo si è registrato un leggero decremento, e vi è un incremento del numero di stranieri residenti. Va rilevato che le persone con più di 75 anni costituiscono il 10% della popolazione; il dato è particolarmente significativo poiché si tratta di un'età dopo la quale le esigenze assistenziali cominciano ad essere più evidenti. Mentre la popolazione immigrata è composta soprattutto da giovani, la cui età media è di 33 anni: il 47% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra i 26 ed i 45 anni e il 24% ha un'età inferiore ai 20 anni. Ciò contribuisce al loro impiego in aree e settori dove la manodopera italiana giovane scarseggia.

I dati indicano come nella provincia di Pescara il matrimonio continui a rappresentare un'istituzione importante, tanto che i matrimoni sono in crescita mentre i divorzi sono in diminuzione. Dai dati degli Uffici anagrafe relativi al 2008, emerge che delle 109.500 famiglie il 38% è composto da una o più persone anziane a fronte del 30% con presenza di minori: prevale cioè il modello di famiglia con un solo figlio, in cui si proietta la concezione della maternità come scelta consapevole e in quanto tale strettamente collegata alla situazione lavorativa personale ed economica.

La popolazione straniera residente nella provincia pescarese ammonta a 14.168 unità²⁴, pari al 4% della popolazione residente, con un'incidenza al di sotto della media nazionale. La crescita è stata esponenziale soprattutto negli ultimi anni, con una precisa distribuzione per cittadinanza: rumeni, albanesi, ucraini, cinesi e senegalesi risultano essere le comunità maggiormente presenti sul territorio. In alcune comunità l'incremento è più evidente e significativo: è il caso delle popolazioni provenienti dalla Nigeria, dalla Romania, dal Marocco e dalla Bulgaria. Le comunità albanese e ucraina mantengono un ritmo di crescita elevato, mentre rallenta la comunità cinese e quasi si arre-

²⁴ Fonte: dati Uffici anagrafe del 2008.

sta quella senegalese. Sono nell'ordine Nocciano, Torre dei Passeri e Montesilvano i comuni a più alta concentrazione di stranieri, con un'incidenza percentuale sul totale della popolazione residente rispettivamente del 13%, dell'8% e del 7%. Sempre dai dati dell'Anagrafe si scopre che alcune comunità si concentrano soprattutto in alcuni comuni: è il caso della comunità cinese che risiede esclusivamente nei comuni di Pescara, Montesilvano, Collecervino e Cappelle, e della comunità macedone che si concentra a Tocco da Casauria, Sant'Eufemia e Roccamorice, mentre le cittadinanze rumena e albanese sono presenti in modo pressoché significativo in tutti i comuni della provincia. Il 56% del totale degli stranieri residenti nella provincia di Pescara è costituito dal sesso femminile. L'universo delle donne immigrate è molto articolato al suo interno sia per i paesi di provenienza che per i progetti migratori: donne con forte capacità di adattamento e di conservazione della tradizione di origine, che fungono al contempo da guardiane della tradizione e da agenti di cambiamento. Le comunità con più elevata presenza femminile sono quelle provenienti dall'Est Europa e dal Sud America, quasi tutte caratterizzate da un'incidenza percentuale che supera il 70%.

Passando al quadro della Provincia di Teramo, è possibile rilevare un costante accrescimento numerico dei residenti nel corso dell'ultimo decennio. Sulla base dei dati Istat, rilevati al 31 dicembre 2008, la popolazione ammonta a 309.838 unità, di cui 151.418 maschi (49%) e 158.420 femmine (51%), con un incremento dell'1,23% rispetto al 2007 dovuto ad un saldo migratorio consistente e sempre positivo. Infatti, quasi il 7% della popolazione residente nel territorio provinciale è costituito da stranieri, perlopiù di nazionalità albanese, rumena e cinese.

Anche in questo territorio è rilevante la presenza di anziani, così come su tutto il territorio nazionale, ed una bassa natalità. Gli indici di vecchiaia che richiedono una particolare attenzione sono senza dubbio quelli dei comuni dell'entroterra teramano.

Anche nel teramano il matrimonio rappresenta un'istituzione importante. Dai dati degli Uffici anagrafe del 2008, si contano 121.411 famiglie e un numero medio di componenti per famiglia pari a 2,5.

La situazione degli immigrati nella provincia di Teramo è diversa da quella presentata per la provincia pescarese: 20.922 stranieri, di cui il

21,4% è costituito da minori, con una crescita esponenziale soprattutto negli ultimi anni. Le cittadinanze straniere in numero maggiore sono quella albanese, romena e cinese (in ordine numerico). Nel territorio, l'ambito più interessato dalla presenza straniera continua ad essere la Val Vibrata, dove si è stabilita una numerosa comunità di cinesi. Albanesi e romeni sono maggiormente distribuiti sulle zone costiere, mentre l'entroterra è ricco di polacchi e macedoni. Le donne straniere sono più numerose rispetto agli uomini nelle classi d'età adulta e anziana, mentre gli stranieri di età inferiore ai 14 anni sono perlopiù uomini. Altro spunto di riflessione che emerge dall'analisi dei dati riguarda le comunità maggiormente presenti sul territorio provinciale, che sono caratterizzate da un'elevata presenza maschile; infatti, gli uomini appartenenti alle comunità albanese e cinese sono superiori alle donne, a differenza della comunità rumena in cui prevale la componente femminile.

Ma quali servizi sono disponibili per questi/e cittadini/e?

Nelle due città di Pescara e Teramo troviamo la più alta concentrazione di servizi socio-sanitari pubblici e di servizi offerti dal privato sociale; invece non vi sono particolari servizi sanitari riservati agli immigrati, ad eccezione dell'Ambulatorio Immigrati attivo presso l'AUSL di Pescara, Ufficio Medicina della Comunità. Al contrario, sono presenti numerosi sportelli per l'immigrazione attivati dagli Enti Locali: la Provincia di Pescara e quella di Teramo hanno attivato i Centri Poli-valenti per l'Immigrazione quali punti di raccordo, facilitazione e comunicazione per i migranti, oltre ad occuparsi della materia attraverso il lavoro degli Osservatori Sociali Provinciali.

Rispetto al tema dell'immigrazione, nelle due città è significativo il peso del privato sociale con le attività svolte da associazioni e cooperative e i servizi offerti dalla Caritas, sia con punti di ascolto che con interventi di mediazione e di sostegno. È importante sottolineare l'attività dell'Associazione On The Road, presente sia su Teramo (Martinsicuro) che a Pescara, rispetto a donne vittime di tratta e prostituzione con interventi su strada, sostegno e presa in carico.

Rispetto ai servizi di contrasto alla violenza di genere, la realtà pescarese si caratterizza per una forte interconnessione dell'intervento pubblico con quello del privato sociale. In particolare, dal 2003 l'Am-

ministrazione Comunale e l'associazione femminile Ananke hanno strutturato un percorso di lavoro sui temi della prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i loro figli, strutturando diversi livelli di indagine e differenti strumenti, attivando una rete cittadina e provinciale²⁵ contro la violenza e un Centro di accoglienza per donne vittime di abusi, maltrattamenti e violenze. Il Centro si occupa tra l'altro del coordinamento tecnico-scientifico della Rete Antiviolenza.

Per quel che concerne il teramano, grazie al finanziamento della L.R. n. 31/06, la Provincia ha attivato il Centro Antiviolenza Donne "La Fenice". La Provincia di Teramo continua a promuovere sul proprio territorio azioni in tema di violenza di genere per operatori sanitari, sociali e Forze dell'Ordine, verso una condivisione sempre più puntuale delle procedure comprese nel protocollo operativo sottoscritto con il progetto T.E.R.R.A., il 19 novembre 2009, che ha sancito la nascita della Rete Antiviolenza della Provincia di Teramo.

Infine, dal 2006 il Centro Ananke per Pescara²⁶ e dal 2009 La Fenice di Teramo sono centri di riferimento per l'Abruzzo del numero di pubblica utilità 1522, attivato dal Dipartimento per le Pari Opportunità (DPO).

²⁵ Nel 2009, la Rete Antiviolenza di Pescara è stata ampliata a livello provinciale con il progetto T.E.R.R.A., finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità - Presidenza Consiglio dei Ministri.

²⁶ Nel 2006 Pescara era stata inserita come territorio pilota del progetto, partecipazione riconfermata sino al 2012 con il Protocollo firmato a Roma il 14 Febbraio 2011.

CAPITOLO III

Violenza di genere e pratiche tradizionali dannose. I risultati dell'indagine nei servizi socio-sanitari di Sicilia ed Abruzzo

di Maura Misiti e Francesca Rinesi²⁷

RICERCA QUANTITATIVA ITALIA

3.1 La strategia di ricerca

Il progetto IRIS è strutturato sul modello della ricerca-azione in cui le attività di ricerca sono strettamente legate alle attività di intervento e sperimentazione nei territori coinvolti. In particolare tali attività si esplicano nell'individuazione delle linee di intervento sulla prevenzione ed il contrasto della violenza di genere verso donne straniere e native, nella disseminazione dei risultati attraverso rapporti di ricerca, nella definizione di raccomandazioni per policy makers e stakeholders, nel miglioramento delle competenze professionali coinvolte, nella sperimentazione di strumenti informativi e di comparazione dei risultati a livello locale e transnazionale. È all'interno di questo quadro teorico di riferimento che va inserita la lettura dei risultati dell'indagine quantitativa che è stata avviata durante il progetto IRIS. Questi difatti, costituiscono uno dei tasselli che concorrono alla formazione di un quadro organico sul tema della violenza subita dalle donne, in particolare migranti, nel nostro Paese.

L'obiettivo dell'indagine quantitativa è quello di comprendere come gli operatori/trici dei principali servizi territoriali sanitari e sociali (siano essi specificatamente dedicati alla popolazione migrante o meno) intervengano e collaborino quando vengono a contatto con donne migranti che hanno subito (o rischiano di subire) delle forme di violenza. Di particolare interesse è non solo la presa in carico medico-sanitaria o sociale delle situazioni esplicite di violenza oggetto del progetto, ma anche la valutazione della conoscenza degli operatori/trici di

²⁷ Maura Misiti coordinatrice delle indagini del progetto IRIS, ha scritto i paragrafi 3.5-, 3.6, 3.7 e 3.8, Francesca Rinesi i paragrafi 3.1, 3.2 e 3.4; Marcella Prosperi ha curato le elaborazioni dei dati.

eventuali protocolli, linee guida e aspetti legislativi inerenti questo tema. Inoltre viene misurata la percezione e conoscenza delle diverse forme di violenza da parte degli operatori/trici così come gli eventuali stereotipi esistenti su questi temi.

Ogni qualvolta ci si propone di indagare su fenomeni sommersi, dal grande contenuto emotivo o che hanno un forte impatto mediatico, la scelta della metodologia di analisi da usare così come le modalità di individuazione e selezione del campione appaiono di cruciale importanza. Per questo progetto si è scelto di somministrare un questionario predisposto ad hoc rivolto agli operatori/trici socio-sanitari che operano nei servizi che entrano (o che potenzialmente possono entrare) a contatto con le donne migranti. Il questionario, riportato in Appendice, è articolato nelle seguenti sezioni: informazioni generali, formazione professionale, violenza di genere, l'utenza migrante, le mutilazioni genitali femminili. Il territorio di interesse è quello delle regioni Abruzzo e Sicilia ed in particolare le aree coinvolte sono, rispettivamente, Pescara, Teramo, Mazara del Vallo e Palermo. In una prima fase sono state censite le strutture socio-sanitarie che operano nei territori oggetto di studio. Successivamente è stato individuato il numero minimo di questionari da somministrare nelle strutture censite per tipologia professionale. Tale operazione è stata svolta prendendo in considerazione non solo i vincoli circa il numero minimo di interviste da effettuare in ciascuna delle aree territoriali interessate dalla rilevazione (stabili a priori nel numero di 150 unità per la Sicilia e 100 per l'Abruzzo) ma anche il numero (e dimensione) dei servizi di interesse e la distribuzione degli operatori/trici per figura professionale operanti in ciascuno dei servizi censiti.

3.2 Le caratteristiche del campione

La rilevazione è stata svolta coinvolgendo 253 operatori/trici sanitari e sociali, di questi il 60% opera in Sicilia, ed il restante 40% in Abruzzo (Tabella 3.1). In particolare, se la maggioranza delle interviste effettuate in Sicilia riguarda operatori/trici che prestano la loro attività a Palermo (91%), la distribuzione delle interviste effettuate in Abruzzo risulta equidistribuita tra le città di Teramo (43%) e di Pescara (57%). Complessivamente, il 71% del campione è composto da donne e l'85% degli operatori/trici lavora presso strutture pubbliche.

Tabella 3.1 – Composizione del campione per Comune di rilevazione: valori assoluti e distribuzione percentuale.

	Sicilia			Abruzzo			Totale
Comune	Mazara	Palermo	Tot	Pescara	Teramo	Tot	
V. A.	14	139	153	57	43	100	253
%	9,2	90,8	100	57	43	100	-

I Grafici 1 e 2 riportano la distribuzione percentuale degli intervistati/e e per classe di età e titolo di studio. Dalla lettura dei grafici se ne deduce che 73 volte su 100 gli intervistati/e hanno almeno 44 anni di età e che il titolo di studio prevalente è la laurea specialistica e la laurea vecchio ordinamento (37%). Solo il 17 % degli intervistati/e ha conseguito un master, un dottorato di ricerca o una specializzazione. La distribuzione degli intervistati/e per tipologia professionale è rappresentata nel Grafico 3.3: le ostetriche, ginecologi/ghe ed andrologi rappresentano il 33% del campione, mentre il 21% è composto da medici di medicina generale, pediatri/e e medici di pronto soccorso. Gli psicologi/ghe, sessuologi/ghe, psicopedagogisti/e psichiatri/e sono il 6 % degli intervistati/e, mentre il restante 40% è composto da infermieri/e professionali, assistenti sociali o altri operatori/trici sanitari o sociali.

Grafico 3.1 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per classi di età.

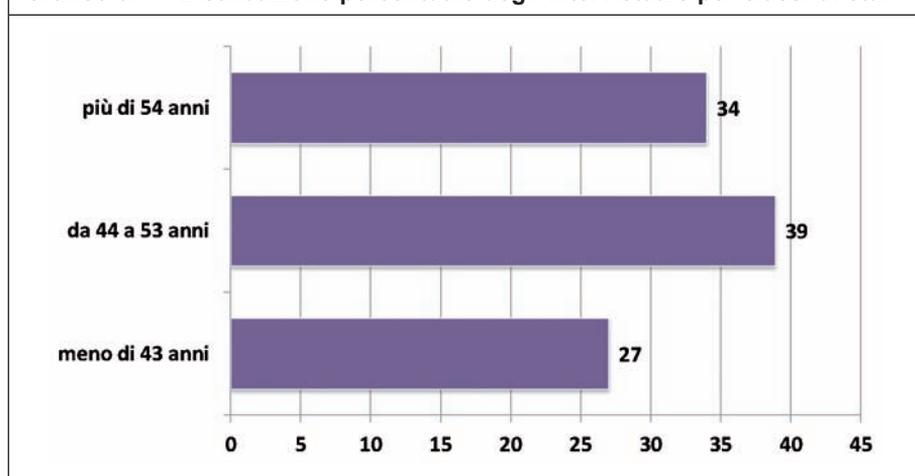


Grafico 3.2 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per titolo di studio più alto conseguito.

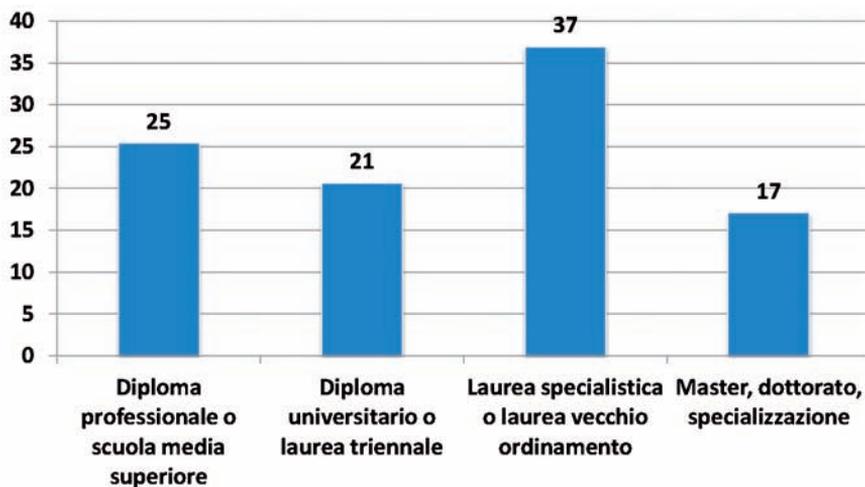
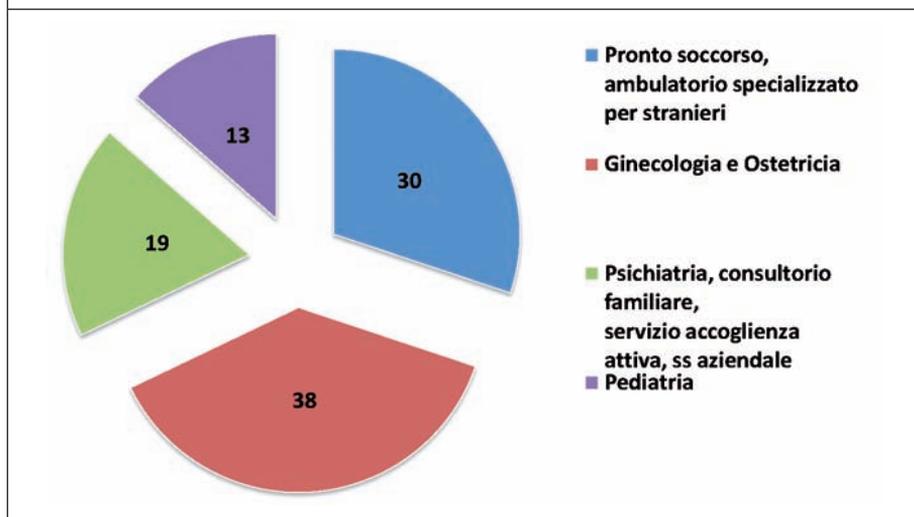


Grafico 3.3 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per tipologia professionali.



Andiamo ora ad analizzare i servizi presso cui operano gli operatori/trici coinvolti nella rilevazione (Grafico 3.4). Il 38% degli intervistati/e presta la sua attività nei servizi di Ostetricia e Ginecologia, mentre il 30 % lavora presso un pronto soccorso o un ambulatorio specializzato nell'accoglienza di migranti. Nel 19% dei casi gli intervistati/e operano in servizi di psichiatria, nei consultori familiari, nei servizi di accoglienza attiva, nei servizi sanitari aziendali o in altre strutture sanitarie, infine il 13% degli operatori/trici coinvolti nell'indagine prestano servizio in un servizio di pediatria.

Grafico 3.4 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per servizio in cui operano.

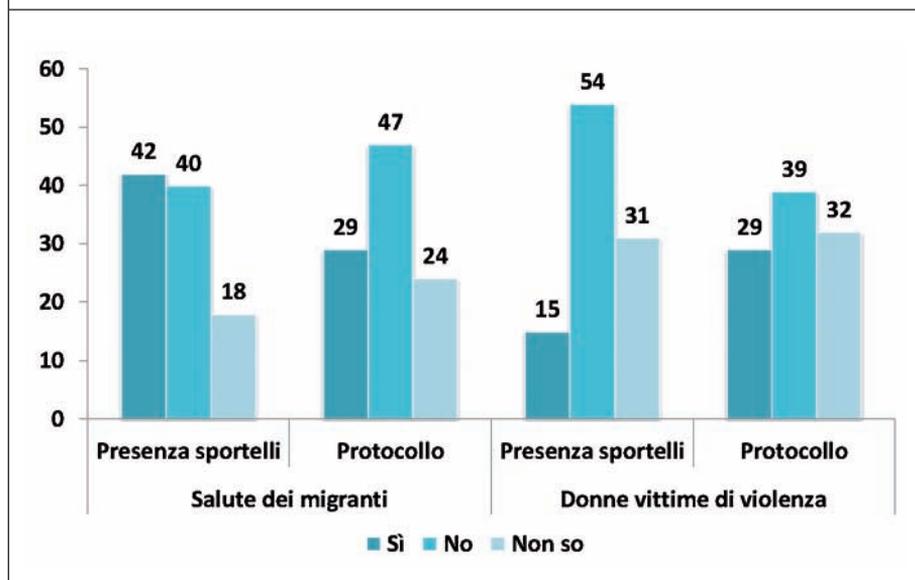


3.3 I servizi

Due sezioni del questionario somministrato sono espressamente dedicate alla rilevazione della presenza di servizi dedicati all'utenza migrante e alle donne vittime di violenza. In particolare ci si è soffermati sulla presenza di protocolli specifici di intervento e su quella di sportelli dedicati. Ne è emerso che il 42% degli intervistati/e presta servizio presso strutture dove sono presenti sportelli dedicati alla salute dei migranti; tale percentuale è decisamente più bassa (15%) per

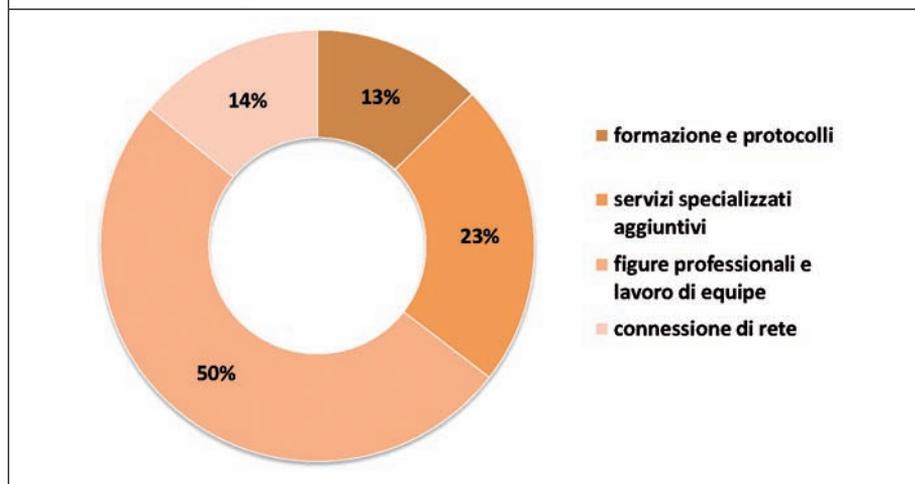
quanto riguarda la conoscenza circa la presenza di sportelli dedicati alle donne vittime di violenza. Al contrario, con riferimento alla presenza di protocolli di intervento, queste divergenze non si evidenziano: il 29% degli operatori/trici lavora in strutture dove è previsto un protocollo di intervento per la salute dei migranti e la stessa percentuale è stata evidenziata per quanto riguarda i protocolli rivolti alla gestione delle donne di vittime di violenza (Grafico 3.5). Preme sottolineare, però, l'alta percentuale di intervistati/e che hanno dichiarato di non sapere se nella struttura dove prestano servizio siano presenti sportelli o protocolli di intervento dedicati all'utenza oggetto di indagine: tali percentuali appaiono particolarmente alte con riferimento alle donne vittime di violenza.

Grafico 3.5 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per la presenza di sportelli e di protocolli di intervento rivolti, rispettivamente, ai migranti e alle donne vittime di violenza.



È stato chiesto agli intervistati/e di indicare quali strumenti o servizi ritenevano potessero essere di aiuto nello svolgimento della proprio attività professionale connessa alla gestione di eventuali situazioni di violenza contro le donne migranti (quesito a risposta aperta).

Grafico 3.6 – Distribuzione percentuale degli strumenti e servizi che gli intervistati/e ritengono di aiuto nella gestione di eventuali situazioni di violenza contro le donne migranti.



La metà degli intervistati/e ha risposto indicando come priorità la presenza di figure professionali idonee ed il lavoro di equipe. Il 23% vedrebbe con favore la presenza di servizi specializzati aggiuntivi, il 14% ritiene necessaria una maggiore connessione tra le strutture/figure professionali che operano in questo campo mentre il restante 13% punta su una maggiore formazione e la definizione di protocolli specifici di intervento. È interessante notare come esistono su questo tema delle peculiarità regionali (Grafico 3.7): fermo restando che la presenza di figure professionali idonee ed il lavoro di equipe ricopre un ruolo fondamentale per tutti gli intervistati/e/e, gli operatori/trici che prestano servizio in Abruzzo puntano molto sulla necessità di istituire servizi specializzati aggiuntivi. Al contrario gli operatori/trici della Sicilia vedono nella connessione tra settori e strutture il secondo strumento, in ordine di importanza, per supportare le migranti che hanno subito violenza.

Gráfico 3.7 – Distribuzione percentuale per Regione degli strumenti e servizi che gli intervistati/e ritengono di aiuto nella gestione di eventuali situazioni di violenza contro le donne migranti.

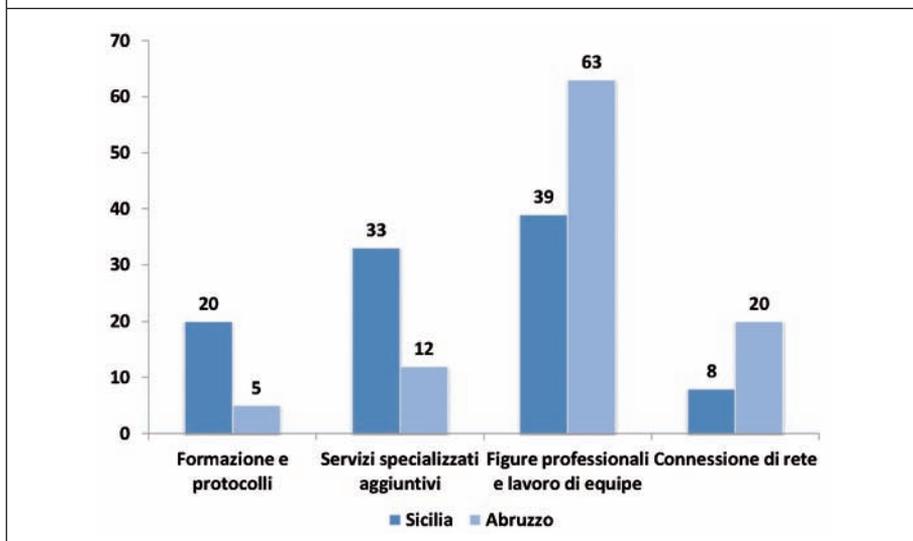
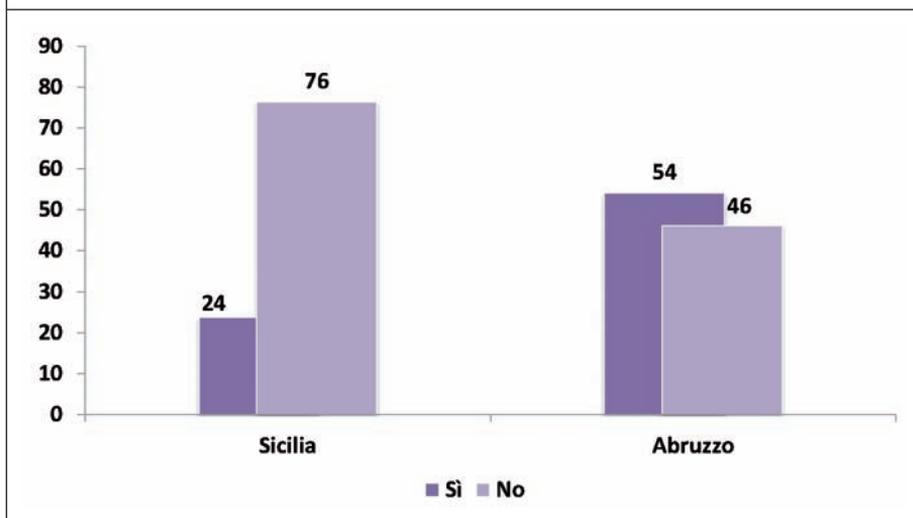


Gráfico 3.8 – Distribuzione percentuale (per Regione) della conoscenza da parte degli intervistati/e delle attività svolte dalla Rete Antiviolenza nel Comune e nella Provincia di residenza.

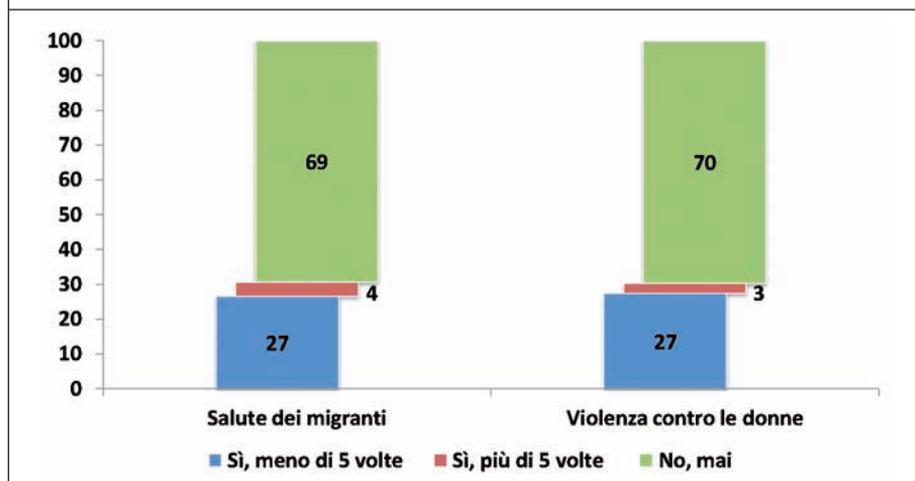


Un altro elemento sul quale occorre riflettere è la scarsa conoscenza da parte degli operatori/trici intervistati/e dell'attività svolta dalla Rete Antiviolenza nel Comune e nella Provincia nella quale l'intervistato stesso risiede. Appare infatti come poco più della metà degli operatori/trici che lavorano in Abruzzo (54%) è a conoscenza delle azioni locali della Rete Antiviolenza e tale percentuale scende al 24% per gli operatori/trici delle strutture siciliane (Grafico 3.8).

3.4 La formazione professionale e le esigenze conoscitive

La formazione professionale degli operatori/trici socio-sanitari intervistati/e appare frequente: solo il 4% degli intervistati/e non ha mai partecipato a corsi di formazione o di aggiornamento negli ultimi tre anni, il 35 % ha frequentato tra uno e cinque corsi ed il restante 60% ha frequentato più di cinque corsi di aggiornamento o è soggetto a formazione continua e ricorrente. A quanti hanno risposto di aver frequentato negli ultimi tre anni almeno un corso di formazione o di aggiornamento è stato chiesto se (e quanti) di questi avessero riguardato, rispettivamente, il tema della salute dei migranti e della violenza

Grafico 3.9 – Distribuzione percentuale degli intervistati/e per la partecipazione a corsi di formazione o di aggiornamento sulla salute dei migranti e sulla violenza contro le donne negli ultimi tre anni (solo per coloro che hanno partecipato almeno una volta negli ultimi tre anni a corsi di aggiornamento o di formazione).



contro le donne. Ne è emerso come il 31% degli operatori/trici ha frequentato corsi che hanno come oggetto i temi appena citati (Grafico 3.9), in particolare solo per una quota esigua di questi la partecipazione a corsi specifici sulla salute dei migranti e sulla violenza contro le donne è assidua (più di cinque occasioni di aggiornamento o formazione negli ultimi tre anni).

Quasi la totalità degli intervistati/e (94%) ritiene necessaria una maggiore formazione degli operatori/trici socio-sanitari sul tema della salute dei migranti. Emerge anche una certa polarizzazione rispetto alle modalità di formazione scelte dagli intervistati/e per approfondire questo tema: il 73% vorrebbe che questa fosse effettuata attraverso l'organizzazione di corsi di formazione specifici, mentre il 20% indica la partecipazione a seminari, convegni e conferenze come strada privilegiata per acquisire maggiori conoscenze sul tema della salute dei migranti.

Risultati analoghi sono stati trovati con riferimento al tema della violenza contro le donne, tema che il 95% degli operatori/trici sostiene sia meritevole di maggiormente approfondimento: anche in questo caso tra gli strumenti proposti quelli sui quali si concentra l'interesse degli intervistati/e sono la partecipazione a corsi di formazione (69%) e a convegni, seminari o conferenze (26%). Inoltre è interessante notare come l'interesse mostrato dagli intervistati/e verso l'approfondimento del tema della salute dei migranti e della violenza contro le donne si esplica con la stessa intensità sia tra gli operatori/trici che operano nelle aree siciliane che in quelle abruzzesi dove è stata condotta la rilevazione.

3.5 Le rappresentazioni della violenza

Nel quadro del progetto e dei suoi obiettivi un elemento cruciale per la formulazione dei passaggi operativi del progetto successivi all'indagine è rappresentato dalla conoscenza delle definizioni e delle rappresentazioni della violenza di chi lavora a contatto con le donne che l'hanno subita. L'approccio di analisi che abbiamo scelto per rilevare e analizzare questa dimensione complessa è basato su domande finalizzate a valutare la percezione e le opinioni sulla violenza nella sua dimensione empirica, in quella legata all'allarme sociale ed in quella connessa al radicamento di stereotipi correnti sulla violenza.

3.5.1 Diffusione e visibilità della violenza

Cominciamo con il considerare le affermazioni circa un aumento della diffusione e della visibilità della violenza contro le donne negli ultimi anni. Su questi due temi una batteria di domande a risposta chiusa (accordo/disaccordo a quattro modalità) fa emergere in modo netto le chiavi di lettura usate dagli operatori/trici nell'interpretazione della violenza contro le donne. La maggioranza assoluta considera la violenza come fenomeno strettamente legato all'ambito familiare e alle relazioni tra partner. La violenza poi è considerata più visibile e riconoscibile rispetto al passato soprattutto in funzione dell'importanza crescente, e del relativo spazio accordato, dai mass media, tale modalità si situa infatti al secondo posto nella graduatoria di accordo. Queste interpretazioni raggiungono un consenso molto elevato, ambedue oltre il 90%, e sono rafforzate dal fatto che più della metà degli intervistati/e si dichiara *molto* in accordo. Un grado di consenso inferiore, ancorché elevato (72%), si osserva anche per l'affermazione che mette in relazione la maggiore visibilità della violenza ad una maggiore *reattività* delle donne

Tabella 3.2 – Frequenze di accordo e disaccordo su alcune affermazioni sulla violenza contro le donne, % sul totale delle risposte.

	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo
<i>La violenza contro le donne è oggi più diffusa, soprattutto tra le mura domestiche</i>	54,2	39,5	5,5	0,8
<i>La violenza contro le donne è oggi più visibile perché ne ne parlano i mass-media</i>	51,2	37,5	10,1	1,2
<i>La violenza contro le donne è oggi più visibile perché le donne si ribellano</i>	38,2	38,2	20,1	3,6
<i>La violenza contro le donne è oggi più diffusa, soprattutto nelle aree urbane degradate</i>	25,4	35,9	35,5	3,2

(“*perché le donne si ribellano*”), ma in questo caso il livello di adesione scende e si coagula una consistente quota di disaccordo.

La connessione fra la violenza contro le donne e la sua concentrazione in contesti urbani degradati è più debole nella percezione degli intervistati/e: la maggioranza delle risposte si concentra infatti nell’area intermedia del consenso: tra chi è abbastanza e chi è poco d’accordo, come se non fosse sufficientemente sicuro di prendere una posizione netta.

Può essere interessante arricchire la lettura delle opinioni sulla visibilità e sulla diffusione della violenza analizzando come le caratteristiche di chi ha risposto si relazionino con le modalità della risposta. Prendiamo in considerazione le caratteristiche strutturali degli intervistati/e che ne descrivono il profilo anagrafico, professionale, formativo e di appartenenza territoriale.

Partendo proprio da quest’ultima variabile (aggregata per Sicilia e Abruzzo) si nota una maggiore tendenza al consenso degli operatori/trici di Pescara e Teramo verso il fenomeno della diffusione della violenza all’interno della famiglia (98% rispetto all’86% della Sicilia), nonché verso la percezione di una maggiore diffusione del fenomeno nelle aree urbane degradate. Tra gli operatori/trici siciliani, infatti, quest’ultima posizione ottiene un minore accordo (57%) rispetto a quanto registrato tra quelli abruzzesi, che è pari al 68%. Sulle ragioni della maggiore visibilità della violenza (sia per lo spazio dedicato dai media, sia per la reazione di ribellione delle donne) non sussistono differenze di rilievo e le risposte degli operatori/trici nelle due regioni sono omogenee.

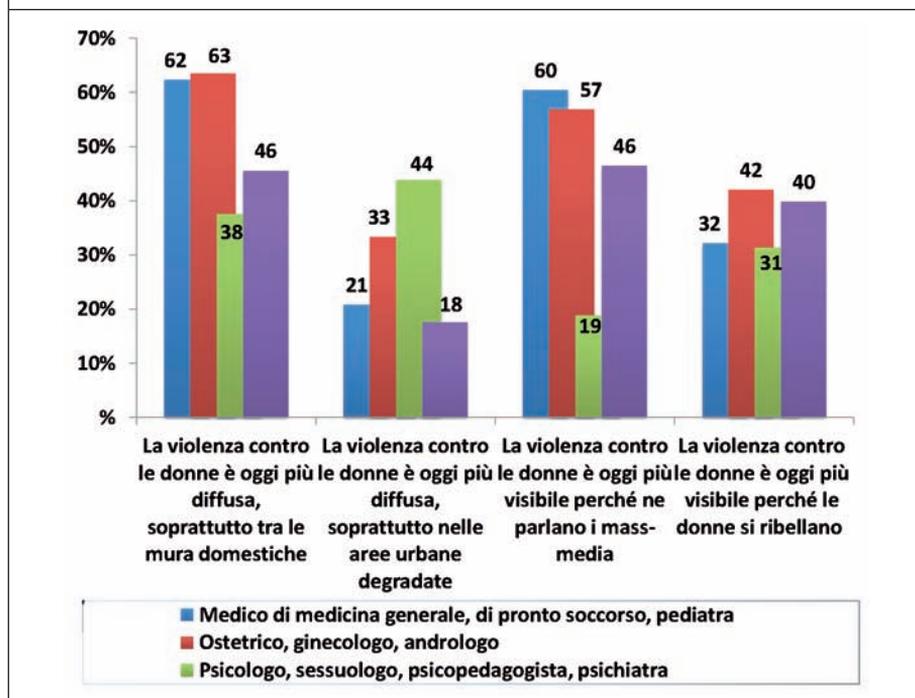
Utilizzando la variabile “genere”, si riscontrano differenze di intensità di opinioni tra operatori/trici ed operatrici, soprattutto in merito al tema della diffusione della violenza nelle aree urbane: si osserva una maggiore convinzione degli operatori maschi – espressa dal massimo livello di accordo (*molto*=33%) – in misura significativamente più elevata rispetto alle operatrici (22%); la minore adesione del personale femminile all’importanza del ruolo esercitato dal contesto urbano degradato sulla diffusione della violenza si conferma quando si considera il livello di disaccordo più alto tra le donne (38% rispetto al 29% degli uomini). Troviamo invece un elevato grado di convergenza di opinioni tra operatori ed operatrici sulle altre due affermazioni interpretative della accresciuta visibilità della violenza (il ruolo dei media e la ribellione delle donne). Tuttavia, proprio sul tema della ribellione delle donne, si

nota una maggiore accentuazione del massimo accordo da parte delle donne rispetto ai colleghi. Anche sulla diffusione della violenza all'interno della famiglia, che ricordiamo ha ottenuto i livelli di consenso più alti, si manifesta una maggiore accentuazione di accordo delle donne rispetto agli uomini: sono infatti *molto* d'accordo il 48% di operatori contro il 56% delle operatrici. Un opposto dislivello tra chi è *abbastanza* d'accordo, fa raggiungere lo stesso livello di accordo complessivo (93%). L'età sembra avere una influenza relativa e interviene a differenziare le opinioni solo in merito a due delle affermazioni proposte: quella sul ruolo dei mass media e quella sul ruolo del contesto urbano. Sul primo tema riscontriamo una netta posizione di accordo tra gli adulti di 44-53 anni, accordo maggiore di quanto espresso dalle persone di età più avanzata. Sempre i 44-53enni accreditano maggiore importanza al disagio ed al degrado urbano come fattore di diffusione della violenza. Neanche il titolo di studio rappresenta nel campione un fattore discriminante nell'orientamento delle posizioni sulla diffusione e visibilità della violenza, ma in parte questo dipende dalla sostanziale omogeneità del livello di istruzione che si declina soprattutto in titoli di tipo universitario e oltre (solo il 25% degli operatori/trici intervistati possiede al più un diploma superiore o professionale). Sulle due affermazioni più controverse (la diffusione nei contesti urbani e la ribellione delle donne) si possono tuttavia evidenziare delle sfumature di opinione che indicano un maggiore grado di accordo tra i possessori di titoli meno alti verso la prima, mentre la seconda è più condivisa da chi possiede livelli di istruzione alti (master o specializzazione).

Più interessanti sono le differenze di opinione legate alla specializzazione professionale ed alle caratteristiche del servizio in cui si opera. Se consideriamo le macro categorie aggregate di accordo/disaccordo osserviamo una sostanziale omogeneità di opinioni tra le diverse professionalità, con l'eccezione di una maggiore accentuazione sul ruolo ricoperto dai mass media da parte del gruppo degli infermieri/e, operatori/trici sanitari e assistenti sociali; mentre i medici di pronto soccorso ed i pediatri/e sottolineano più frequentemente l'importanza del contesto urbano nella diffusione dei fenomeni di violenza. Tuttavia, considerando l'alto accordo, per vedere le eventuali differenze di opinione si è proceduto con l'analisi delle caratteristiche di chi ha dato il massimo livello di consenso (*molto d'accordo*), risposta che indica una maggiore sicurezza e consapevolezza. Analizzando questa modalità di rispo-

sta si osservano importanti differenze: per esempio il gruppo degli psicologi/ghe e psichiatri/e tende nella sua lettura ad amplificare la funzione dei mass media, mentre considera un fattore meno influente sulla visibilità del fenomeno il fatto che le donne si ribellino (Grafico 3.10). Al contrario, per quanto riguarda la visibilità del fenomeno, i medici di pronto soccorso ed i pediatri/e ne sottolineano il peso, mentre in termini di diffusione accreditano l'importanza della violenza domestica. Anche il gruppo degli infermieri/assistenti sociali tende a sottolineare questi stessi aspetti, ma con minore forza.

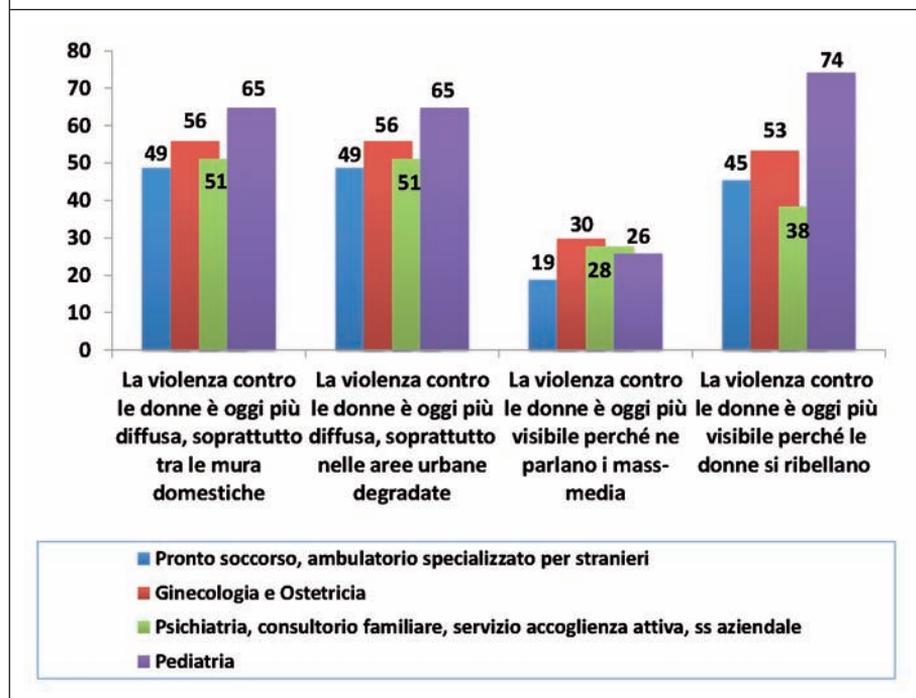
Grafico 3.10 – Percentuali di molto d'accordo su cause della diffusione e visibilità violenza per categorie professionali.



Riguardo alla lettura per tipologia di servizio, notiamo una analoga omogeneità nel grado di accordo complessivo ed una più netta differenziazione nell'espressione del massimo accordo. Per esempio, i medici dei reparti di Pediatria (dove le donne rappresentano l'85%

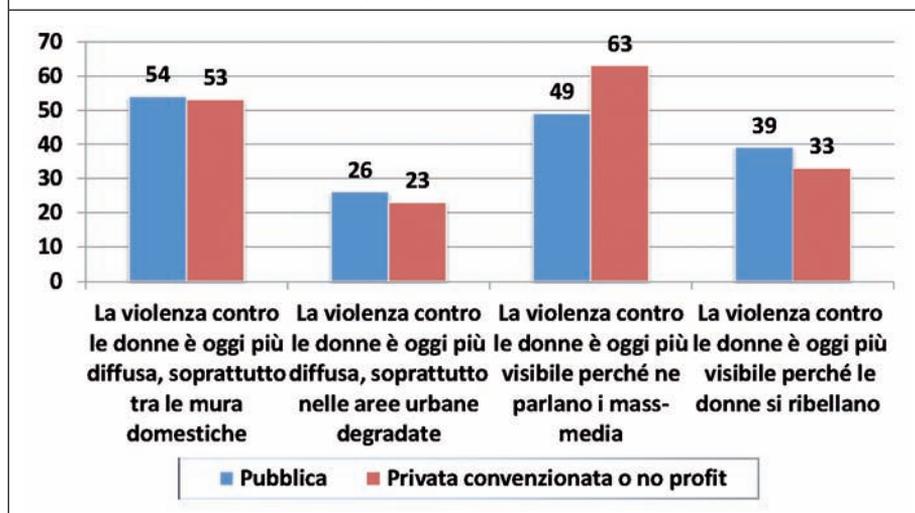
degli operatori) si presentano con posizioni molto nette e definite sia sul fattore *ribellione delle donne*, sia sulla valenza della natura familiare della violenza, mentre l'accordo diminuisce sulle altre due affermazioni. Sullo stesso approccio interpretativo si situano anche i medici dei reparti di ginecologia e ostetricia. Tra i medici del pronto soccorso e degli ambulatori per stranieri si afferma una posizione che accredita l'importanza del contesto urbano degradato nella diffusione della violenza, ma che ridimensiona la rilevanza dei media rispetto agli operatori/trici degli altri servizi (Grafico 3.11).

Grafico 3.11 – Percentuali di molto d'accordo su cause della diffusione e della visibilità della violenza, per tipologia di servizio.



Dal punto di vista della tipologia della struttura in cui lavorano gli operatori/trici intervistati/e/e, sempre nel quadro di una complessiva convergenza di opinioni, si può osservare una più netta tendenza dei servizi privati e no profit ad enfatizzare il ruolo dei media ed il fattore

Grafico 3.12 – Percentuali di molto d'accordo su cause della diffusione e della visibilità della violenza, per tipo di struttura.



di degrado urbano tra le “cause” della maggiore visibilità della violenza, mentre in quelli pubblici c’è una maggiore attenzione verso l’aspetto della ribellione delle donne (Grafico 3.12) .

L’effetto della formazione o dell’aggiornamento professionale sembra influire sulla consapevolezza delle due componenti principali della diffusione e della visibilità della violenza; in particolare è molto evidente la “crescita” di conoscenza relativa alla violenza in famiglia, soprattutto quando l’operatore segue più di una formazione specifica sulla violenza (Tabella 3.3). Ma aumenta anche la consapevolezza relativa alla visibilità del fenomeno, dovuta al fatto che le donne hanno maggiori strumenti di reazione alla violenza. Nel complesso si può dire che la formazione generica aumenta la consapevolezza e la conoscenza complessiva delle tematiche legate alla violenza, mentre quella specifica sembra avere degli effetti più selettivi nell’irrobustire l’approfondimento e la lettura ‘gender sensitive’ del fenomeno violenza.

Tabella 3.3 – Percentuali di risposta “molto d'accordo” secondo la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento e a corsi specifici sulla violenza.

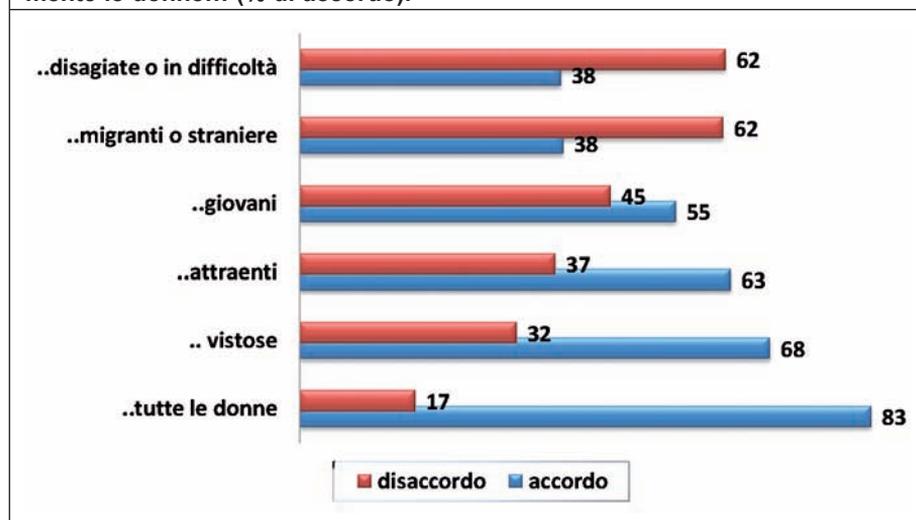
Formazione e aggiornamento				
	<i>Sì, meno di 5 volte</i> ¹	<i>Più di 5 volte, continua ricorrente</i> ²	<i>Mai</i>	<i>Differenza</i> ²⁻¹
tra le mura domestiche	50,6%	56,3%		5,7%
nelle aree urbane degradate	20,7%	28,9%		8,2%
ne parlano i mass-media	48,3%	52,3%		4,1%
le donne si ribellano	37,9%	38,7%		0,7%
Formazione specifica sulla violenza				
	<i>1 volta</i>	<i>Più di 2 volte</i> ¹	<i>Mai</i> ²	<i>Differenza</i> ²⁻¹
tra le mura domestiche	57,1%	71,9%	50,6%	21,3%
nelle aree urbane degradate	11,9%	12,9%	32,3%	-19,4%
ne parlano i mass-media	45,2%	48,4%	52,7%	-4,3%
le donne si ribellano	42,9%	38,7%	37,5%	1,2%

3.5.2 La violenza sessuale

In questa parte del rapporto si analizzano le risposte ai quesiti volti alla rilevazione della presenza o del radicamento degli stereotipi correnti sul fenomeno della violenza contro le donne. La maggioranza assoluta degli operatori/trici e delle operatrici manifesta una netta percezione del fatto che la violenza sia un fenomeno diffuso e pervasivo, indipendente dai comportamenti delle donne, ma radicato nella cultura patriarcale e maschilista. Il rifiuto degli stereotipi più diffusi su comportamenti e atteggiamenti che potrebbero giustificare la violenza sessuale è chiaro, in quanto i luoghi comuni più sessisti sulle donne attraenti e vistose vengono in parte rigettati (Grafico 3.13) anche se permane una opacità di giudizio di coloro che le considerano a rischio in funzione del loro aspetto (rispettivamente il 37% ed il 32%) . Al di là della conferma circa la pervasività del fenomeno, emerge comunque una sorta di graduatoria del rischio a cui sono esposte alcune tipologie di donne, prima di tutto quelle più giovani e, a poca distanza, le donne straniere e migranti, la cui vulnerabilità viene percepita di intensità maggiore rispetto a quella riconosciuta alle donne disagiate. Vediamo ora nel dettaglio le caratteristiche di chi ha sottolineato l'esposizione al

rischio dei gruppi proposti all'attenzione degli operatori/ici, in pratica osserviamo quei sottogruppi di caratteri di coloro che manifestano un accordo/disaccordo superiore alla media. Il profilo di chi pensa che siano *tutte le donne* a correre il rischio di violenza sessuale è rappresentato da operatrici, del gruppo di età più giovane (meno di 43 anni), con un elevato livello di istruzione, ostetriche/ginecologhe, medici e operatori/trici che lavorano nei reparti di psichiatria, nei consultori familiari, nei servizi accoglienza attiva, in Sicilia più che in Abruzzo.

Grafico 3.13 – La violenza sessuale è un problema che riguarda prevalentemente le donne... (% di accordo).



Una particolare preoccupazione verso le *giovani donne* viene espressa dalle operatrici al di sotto dei 43 anni, pediatre, con minore anzianità di lavoro ed in particolare da chi ha seguito numerosi corsi specifici sulla violenza. Molto simile anche il profilo di chi indica le *donne migranti* come gruppo particolarmente esposto ai rischi di subire violenza sessuale, con una accentuazione tra gli operatori/trici del servizio pubblico e tra gli operatori/trici dell'Abruzzo. *Le donne in difficoltà economica* sono una tipologia che divide il campione: la loro esposizione al rischio appare controversa, ma sono soprattutto gli operatori/trici uomini che ne sottolineano la vulnerabilità, gli psichiatri,

psicologi/ghe e pediatri, gli operatori/trici con una media anzianità di servizio e che operano in Abruzzo. Per quanto riguarda la percezione del rischio che corrono le *donne attraenti e vistose* si osserva un'altra spaccatura del campione: prevale il disaccordo su questa affermazione (62%.) ma non si riscontra la stessa omogeneità che abbiamo visto per le precedenti "tipologie" di donne. Sono soprattutto le operatrici che prendono le maggiori distanze dall'ipotesi di rischio più alto per le donne attraenti e vistose, specie quelle di età più matura con alti titoli di studio, ginecologhe e ostetriche, con maggiore anzianità di servizio, che lavorano nel settore pubblico, specie in Sicilia.

3.5.3 La lettura della violenza contro le donne

L'interpretazione delle cause della violenza sulle donne è un indicatore sensibile dei modelli culturali di riferimento nell'approccio alla violenza di genere. A questo scopo è stata proposta una lista di possibili "spiegazioni" della violenza, ed è stato chiesto agli intervistati/e di sceglierne fino ad un massimo di due. La Tabella 3.4 mostra che la prospettiva prevalente è quella di includere la violenza all'interno della conflittualità delle relazioni uomo/ donna. All'interno di questa cornice, il campione mette al primo posto il desiderio maschile di possesso *tout court*, che viene considerato la spiegazione di gran lunga più efficace.

L'esistenza di un modello culturale che considera la donna inferiore è l'opzione che viene identificata al secondo posto.

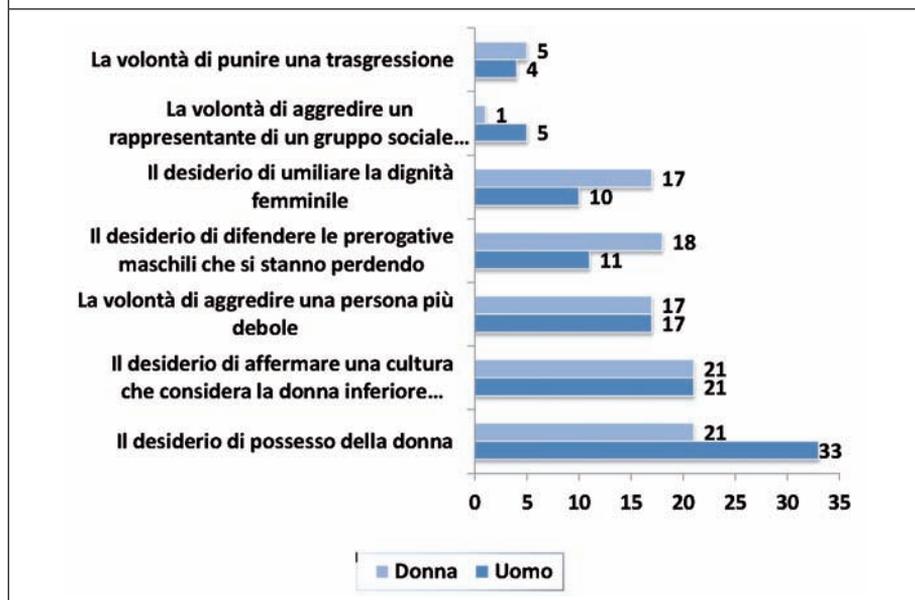
Tabella 3.4 – Le spiegazioni della violenza contro le donne, frequenze sul totale delle risposte.	
Le spiegazioni della violenza	Frequenza
Il desiderio di possesso della donna	24,5%
Il desiderio di affermare una cultura che considera la donna inferiore all'uomo	20,9%
La volontà di aggredire una persona più debole	16,6%
Il desiderio di difendere le prerogative maschili che si stanno perdendo	16,4%
Il desiderio di umiliare la dignità femminile	14,9%
La volontà di punire una trasgressione	4,3%
La volontà di aggredire un rappresentante di un gruppo sociale estraneo	2,3%

Sempre nella prospettiva dei conflitti uomo/donna, si situano il desiderio di umiliazione della donna, così come l'aggressività verso una persona più debole. La percezione della violenza intesa come mezzo per arginare il senso di perdita delle prerogative maschili, ossia come manifestazione di una crescente fragilità dell'uomo, appare un aspetto altrettanto importante. Meno considerato nel complesso è il fattore legato alle tensioni sociali, alla aggressività verso lo straniero ed il diverso.

La graduatoria appena commentata viene sostanzialmente confermata anche quando analizzata per genere, tuttavia è possibile evidenziare alcune peculiarità. Le maggiori differenze interpretative tra donne e uomini si concentrano sulla spiegazione della violenza come volontà di possesso, che per gli uomini assume un peso nettamente maggiore di quanto invece percepito dalle donne. Queste ultime danno, invece, più importanza all'aggressività suscitata dal senso di perdita del dominio maschile, e al desiderio di umiliazione della dignità (Grafico 3.14).

Se analizziamo le risposte secondo il livello di istruzione degli intervistati/e/e, notiamo come chi ha conseguito titoli post-laurea tenda a

Grafico 3.14 – Nelle relazioni tra uomini e donne, quali possono essere le spiegazioni della violenza contro le donne? % di risposte per sesso.



rafforzare la lettura in cui la spiegazione della violenza di genere sia dovuta principalmente al desiderio di possesso e alla difesa delle prerogative maschili in declino, mentre a titoli più bassi (diploma professionale o scuola media superiore) corrisponde una interpretazione che accredita di più la volontà di umiliare o punire; la lettura che vede nella violenza una modalità di affermazione di una cultura che assegna un ruolo inferiorità alla donne è caratteristica invece dei laureati.

Per quanto riguarda il ruolo professionale notiamo una maggiore propensione dei medici di area psicologica ad accreditare come causa di violenza il desiderio di possesso e l'aspetto punitivo, mentre l'area ostetrica-ginecologica tende a privilegiare come spiegazione la volontà di umiliazione della donna e le cause legate alla fragilità maschile; tra gli infermieri-operatori/trici emerge infine un'interpretazione legata alla volontà di aggredire una persona più debole.

3.5.4 Conoscenza del fenomeno della violenza

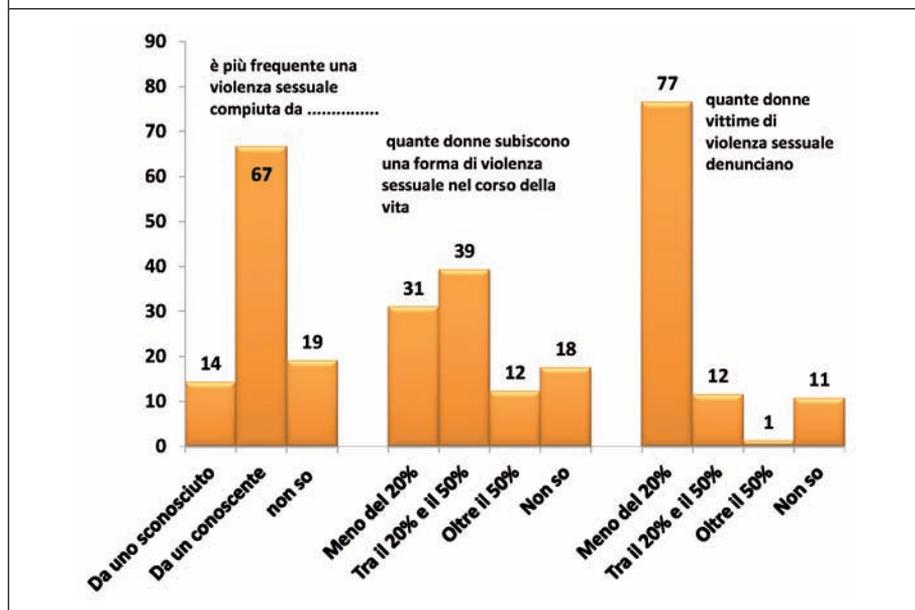
Per valutare gli elementi di base della conoscenza del fenomeno della violenza di genere da parte degli operatori/trici nel questionario sono state poste tre quesiti relativi agli aspetti quali-quantitativi caratterizzanti la violenza contro le donne, ampiamente diffusi dalle indagini dell'ISTAT, ai cui risultati facciamo riferimento per valutare il grado di conoscenza del fenomeno. Nel complesso i risultati sono soddisfacenti, in quanto la gran parte degli intervistati/e ha individuato tra le opzioni di risposta proposte, quella corretta, ossia – così come risulta dalle indagini ISTAT – che sono più frequenti gli episodi di violenze agite da partner o conoscenti rispetto a quelli che hanno come protagonisti degli sconosciuti (67% e 14%) e che la maggior parte delle vittime di violenza ha difficoltà a denunciare l'accaduto (76%, “meno del 20%”). A margine appare però interessante notare la consistenza (quasi il 20%) della quota di chi dichiara di non saper dare una risposta al quesito: questo è un dato che fa riflettere in quanto gli intervistati/e sono un insieme di professionisti che lavorano in servizi che trattano anche vittime di violenza.

Meno puntuale è la valutazione relativa all'incidenza della violenza nel corso della vita di una donna: solo meno della metà degli operatori/trici ha infatti indicato una stima compresa tra il 20% ed il 50%, individuando correttamente l'intervallo che comprende il dato diffuso dall'ISTAT e pari al 31,9%. Si osserva inoltre la tendenza a sottostimare la prevalenza della

violenza, piuttosto che a sovrastimarla, ma sembra ancor più grave il fatto che una quota importante (17,5%) non sia in grado di fare una stima.

Se osserviamo i dati nel dettaglio notiamo che sono le donne a esibire una conoscenza più precisa delle manifestazioni della violenza sia per quanto riguarda l'autore, sia per la quantificazione dell'incidenza, mentre tendono a sovrastimare la percentuale delle denunce da parte delle vittime di violenza. Dal punto di vista delle specializzazioni professionali possiamo sinteticamente annotare una più precisa conoscenza del fenomeno da parte di ginecologi/ghe e ostetriche e degli operatori/trici dei relativi reparti di afferenza (inclusa pediatria), meno dai medici (medicina generale e pronto soccorso), così come una maggiore conoscenza degli operatori/trici che lavorano in strutture private. La formazione specifica sulla violenza migliora la competenza sulla sua fenomenologia, accrescendo quella acquisita attraverso la formazione universitaria. Si osserva infine una maggiore accuratezza nella quantificazione della rilevanza, nella individuazione dell'autore e nella stima delle denunce effettive da parte degli operatori/trici della Sicilia rispetto a quelli abruzzesi.

Gráfico 3.15 – Conoscenza di alcune fenomenologie della violenza contro le donne.% sul totale dei rispondenti.



Alcuni dati dall'indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne" ISTAT - Periodo di riferimento: 2006

Le donne tra i 16 e i 70 anni che dichiarano di esser state vittime di violenza, fisica o sessuale, almeno una volta nella vita sono 6 milioni e 743 mila, cioè il 31,9% della popolazione femminile; considerando il solo stupro, la percentuale è del 4,8% (oltre un milione di donne). Il 14,3% delle donne tra i 16 e i 70 anni è stata, nel corso della vita, oggetto di violenze da parte del partner: per la precisione il 12,0% ha subito violenza fisica e il 6,1% violenza sessuale. Per quanto riguarda gli stupri, il 2,4% delle donne afferma di essere stata violentata dal partner o ex. Il 21% delle vittime ha subito la violenza sia in famiglia che fuori, il 22,6% solo dal partner, il 56,4% solo da altri uomini non partner. I partner sono responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica rilevate e sono anche responsabili in misura maggiore di alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro nonché i rapporti sessuali non desiderati, ma subiti per paura delle conseguenze. Il 69,7% degli stupri, infatti, è opera di partner, il 17,4% di un conoscente. Solo il 6,2% è stato da parte di estranei. Il rischio di subire uno stupro piuttosto che un tentativo di stupro è tanto più elevato quanto più è stretta la relazione tra autore e vittima. Gli sconosciuti commettono soprattutto molestie fisiche sessuali, seguiti da conoscenti, colleghi ed amici. Gli sconosciuti commettono stupri solo nello 0,9% dei casi e tentati stupri nel 3,6%, contro, rispettivamente, l'11,4% e il 9,1% dei partner. Il 92,5% delle violenze fisiche o sessuali perpetrate dal partner o ex partner non viene denunciata; la percentuale sale al 95,6% se l'autore non è il partner. La quasi totalità degli stupri (91,6%) secondo l'ISTAT non è segnalata alle autorità, in particolare se compiuti dal partner o ex partner (94,8%).

3.6. La violenza sulle donne migranti

L'analisi delle definizioni e delle interpretazioni della violenza contro le donne si estende in questa parte del rapporto al tema della crescente presenza di immigrati sul territorio italiano ed in particolare alla sempre più significativa componente femminile e minorile dell'immigrazione; qui si approfondisce non solo la percezione della loro vulnerabilità alla violenza, ma anche il loro rapporto, in quanto utenti, con i servizi socio sanitari presenti sul territorio.

Prima di analizzare i dati dell'indagine, e per meglio apprezzare i risultati commentati, riportiamo alcuni dati relativi alle caratteristiche della presenza regolare straniera nelle regioni, città e province dove si è svolta la ricerca, mentre si rimanda all'introduzione per la descrizione del fenomeno migratorio a livello nazionale ed ai rapporti locali per analisi territoriali più dettagliate. Abruzzo e Sicilia presentano ele-

menti distintivi diversi sotto il profilo della presenza della popolazione straniera immigrata, sia in termini strettamente quantitativi di impatto sulla popolazione autoctona, sia per quanto riguarda le provenienze e la distribuzione dell'insediamento sul territorio, ma anche per quanto attiene alle motivazioni dei flussi e alla storia migratoria delle comunità presenti.

La collocazione geografica dell'Abruzzo esercita una forte attrazione di flussi migratori, ciò è particolarmente vero per la fascia costiera adriatica. Al 31 dicembre 2009 secondo l'Istat i residenti stranieri risultavano essere pari a 75.708 unità, con una incidenza del 5,6% sulla popolazione residente complessiva e un incremento di 27.690 nuovi residenti stranieri rispetto al 2007; si tratta della quota percentuale di presenza più elevata tra le regioni del Mezzogiorno. La regione si caratterizza rispetto alla media nazionale per una maggiore presenza femminile (53,2% rispetto al 51,3%), una minore vitalità demografica delle comunità straniere residenti (essendo pari al 10% la percentuale di nati stranieri sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita, in Italia tale quota è del 13,5%) ed anche il peso dei minori nella regione (19,0%) è sotto la media italiana (22%). Le due aree provinciali considerate, Pescara e Teramo, presentano delle peculiarità: la prima raccoglie una percentuale più bassa di popolazione straniera regolare residente, ma fortemente femminilizzata (55,4%); Teramo invece supera la media italiana in termini di incidenza di popolazione straniera, la quota di nati stranieri è pari al 14,9% ed i minori rappresentano più del 20% del totale degli stranieri residenti. La provincia di Teramo infatti accoglie il maggior numero di immigrati in valore assoluto (22.937) della regione pari al 7,4% della popolazione (quota che raggiunge punte del 20% in alcuni comuni della costa adriatica, come Martinsicuro Alba e Tortoreto), Istat, 2010. Le località della costa accolgono il 40% del totale degli immigrati residenti. Nella provincia dopo rumeni e albanesi, al terzo posto troviamo la comunità cinese seguita da quella marocchina e macedone, la presenza albanese si fa più rilevante nelle zone costiere, i cinesi continuano ad essere più presenti nei Comuni dell'entroterra della Val Vibrata, mentre nelle zone restanti dell'entroterra teramano si segnala una presenza più significativa di rumeni, macedoni e polacchi. In provincia di Pescara la popolazione straniera residente ammonta a 14.280 unità, pari al 4,4% del totale della popolazione residente. Anche qui gli immigrati rumeni sono sem-

pre al primo posto per numerosità, seguono gli ucraini, gli albanesi, i cinesi ed i senegalesi. Proprio in funzione di questa differente distribuzione degli stranieri residenti per provenienza il fenomeno della femminilizzazione sembra essere particolarmente accentuato a Pescara. Qui le comunità con più elevata presenza femminile sono quelle provenienti dall'Est Europa, quasi tutte caratterizzate da un'incidenza percentuale che supera il 70%. La stabilizzazione sociale dell'immigrazione è determinata anche dall'occupazione. Il 44,8% degli stranieri lavora nell'industria tessile, alimentare, meccanica e nelle costruzioni, segue quello dei servizi che comprendono: commercio, servizi alle imprese, attività presso le famiglie, sanità e trasporti. La provincia di Pescara spicca per l'occupazione degli emigrati nel settore terziario: alberghi e ristoranti. Solo il 9,1% degli immigrati abruzzesi lavora in aziende agricole. (Dossier Caritas, 2011).

La popolazione immigrata in Sicilia a fine 2009 secondo l'Istat ammonta a 127.310 residenti (senza tenere in considerazione le/gli irregolari), con un incremento dell'11% rispetto all'anno precedente e un'incidenza sul totale dei residenti pari al 2,5% (contro una media italiana del 7,0%). La comunità rumena rappresenta più di un quarto del totale degli immigrati regolari residenti in Sicilia (26,9%) ed ha un peso più elevato sulla popolazione siciliana di quanto riscontrato a livello nazionale (21,0%), è seguita a distanza dalla comunità tunisina (12,5%), che insieme a quella srilankese (7,6%), marocchina (9,0%) ed albanese (5,2%) hanno caratterizzato negli anni precedenti la presenza straniera nell'isola. La presenza degli stranieri residenti è relativamente più accentuata in alcune province come Ragusa (dove raggiunge il 5,8%), e Messina (3,2%); a Trapani (2,6%) Siracusa (2,5%) e Catania (2,2%) dove i valori sono superiori a quelli medi regionali, mentre a Palermo la presenza straniera regolare si attesta sul 2,0%. Nel complesso le donne straniere rappresentano più della metà degli immigrati regolari, la percentuale di minori sul totale degli stranieri residenti si attesta sul 19,8% (dato leggermente inferiore alla media italiana), le seconde generazioni (percentuale di stranieri nati in Italia) sono l'11,5% (in Italia 13,5%), infine il contributo della popolazione straniera sul totale delle nascite in Sicilia è del 3,7%. Sia la comunità rumena, che quella polacca e filippina sono caratterizzate da una significativa femminilizzazione (oltre il 60%), altre come la tunisina e marocchina sono invece a prevalenza maschile. Per quanto riguarda la presen-

za di immigrati irregolari, le stime disponibili a livello disaggregato per il 2005 (Di Gennaro, Lo Verde Moro, 2006) indicano circa 4.950 irregolari a Palermo e 2150 a Trapani, corrispondenti a rispettivamente al 24% e 33% degli stranieri regolari (residenti e presenti nelle stesse province), incidenze significativamente superiori a quelle stimate per l'Italia, pari al 19%. In particolare "le donne irregolari provenienti dall'Est Europa sono il 68,5% sul totale delle donne intervistate nella ricerca e quelle provenienti dal Nord Africa sono solo il 6,1%, mentre gli uomini irregolari provengono per il 36,8% dal Nord-Africa e solo per il 23,5% dall'Est Europa. La forte presenza di straniere provenienti dall'Est Europa è da ricondurre senza dubbio alle maggiori opportunità di lavorare come badanti, come colf, o come prostitute, anche in mancanza di un regolare permesso di soggiorno" (Siino, 2006). Per quanto riguarda invece i recenti flussi di persone dall'inizio del 2011 si stima che siano 51.596 gli extracomunitari sbarcati sulle isole Pelagie – l'arcipelago di cui fa parte Lampedusa – su un totale di 60.656 sbarchi su tutto il territorio nazionale (Senato della Repubblica, informativa sottosegretario agli Interni, 29/09/2011). È molto difficile determinare la consistenza di coloro che transitano o si fermano in Sicilia, ma si può ipotizzare che una parte di questi flussi insistano sulle strutture di prima accoglienza e sui presidi sanitari presenti sull'isola.

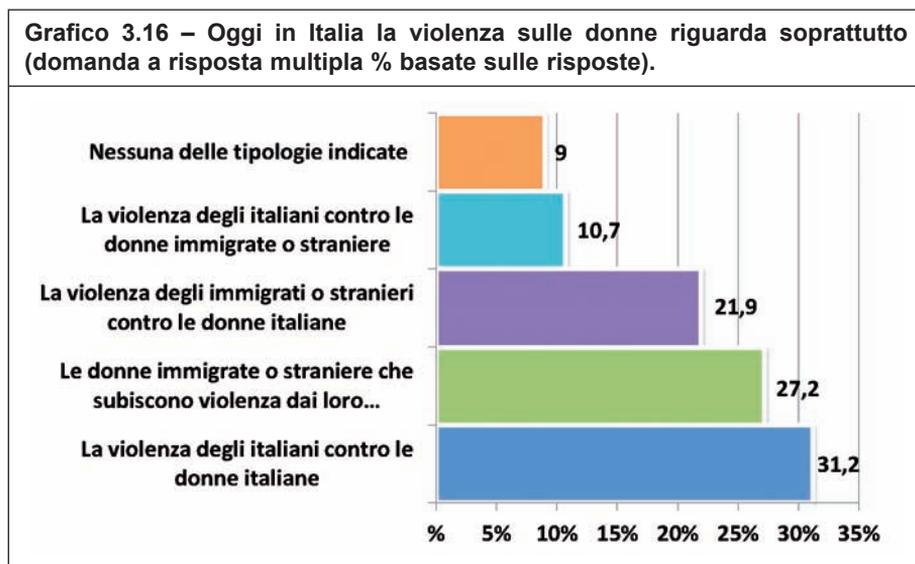
La provincia di Palermo conta al 31 dicembre 2009, 25.517 stranieri residenti di cui più del 70% residenti nel solo Comune di Palermo 18.188 (Istat, 2010). Tra Comune e Provincia vi è una differente graduatoria di comunità residenti per presenza: in città infatti si riscontra la presenza maggioritaria di cittadini dello Sri Lanka (18,6%), del Bangladesh (15,8%) e della Romania (10,9%), mentre in Provincia la comunità rumena è al primo posto (17,8%); solo il 44% dei cittadini rumeni presenti in provincia vive infatti nel comune di Palermo, al contrario di quanto accade alle comunità dello Sri Lanka e del Bangladesh. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione nel Comune di Palermo è più elevata di quella provinciale (2,8%) e presenta una maggiore varietà nei Paesi di provenienza: oltre alle comunità già citate, vi sono quella tunisina, mauriziana, filippina e marocchina che rappresentano tra il 5 ed il 6% degli stranieri residenti sul territorio. A parte la comunità rumena, dove vi è una forte prevalenza donne (77%), nelle altre invece, il rapporto tra i sessi è favorevole agli uomini. Il profilo relativamente giovane (dai 30 ai 49 anni) dei cittadi-

ni immigrati è la caratteristica delle migrazioni da lavoro: a questo si aggiunge anche la consistente presenza di minori che contano per il 20% del totale degli stranieri residenti. A Mazara del Vallo risiedevano alla fine del 2009 2.490 cittadini stranieri, di cui 1.283 maschi e 1.207 femmine, con una incidenza pari al 4,8% della popolazione totale: tale valore è quindi decisamente più elevato di quello registrato a livello regionale (Istat, 2010). Gli stranieri residenti a Mazara rappresentano il 22,2% della popolazione residente nell'intera Provincia di Trapani dove risiedono complessivamente 11.208 stranieri (pari al 2,6% della popolazione). La comunità maggiormente presente nel Comune è quella tunisina (1.989 residenti, di cui 1.049 maschi e 940 femmine) che rappresenta l'80% del totale degli stranieri residenti nel Comune. Va ricordato che si tratta della comunità più grande dell'intera provincia, che conta complessivamente 3.950 residenti tunisini. A questa, seguono, ma con numeri incomparabilmente inferiori, gli immigrati provenienti dalla Macedonia (121 residenti), dalla Romania (110 residenti) e dal Marocco (58 residenti). Se la comunità tunisina e quella macedone sono equilibrate dal punto di vista della composizione per sesso, le comunità rumena è prevalentemente formata da donne (70%), mentre, al contrario, in quella marocchina il 70 % è rappresentato da uomini.

Dopo questa breve introduzione sulla consistenza e le caratteristiche del fenomeno migratorio nei territori coinvolti nel progetto, l'analisi prosegue focalizzandosi sul tema della percezione delle fenomenologie di violenza sulle donne migranti. Il primo aspetto considerato nell'indagine riguarda la percezione dei rapporti di genere tra e *intra* le comunità di migranti e di nativi, con l'obiettivo di mettere a fuoco con più chiarezza la percezione del rischio cui sarebbero esposte le donne italiane e quelle migranti. Nel complesso, dalle risposte emerge un modello "simmetrico" secondo il quale le donne italiane sono esposte al rischio di subire violenze da parte di uomini italiani (31% delle risposte) e le donne migranti da parte dei loro connazionali (27%). Il pericolo che correrebbero le donne italiane rispetto alla violenza degli uomini stranieri è percepito in modo importante (22%), mentre viceversa, il rischio delle donne migranti di subire violenza da parte degli italiani è considerato marginale, in misura dimezzata rispetto al caso opposto (11%). Circa un intervistato su dieci indica

che nessuna delle tipologie proposte sia quella più esposta al rischio di violenza (Grafico 3.16).

La maggioranza degli operatori/trici interpreta la violenza contro le donne come fenomeno che trova la sua massima espressione nelle relazioni familiari. Questa chiave di lettura è adottata coerentemente anche nella dimensione estesa alle donne migranti, in cui emerge come la violenza si concentri all'interno delle comunità, siano native o straniere, determinando appunto la simmetria che abbiamo notato nei risultati.

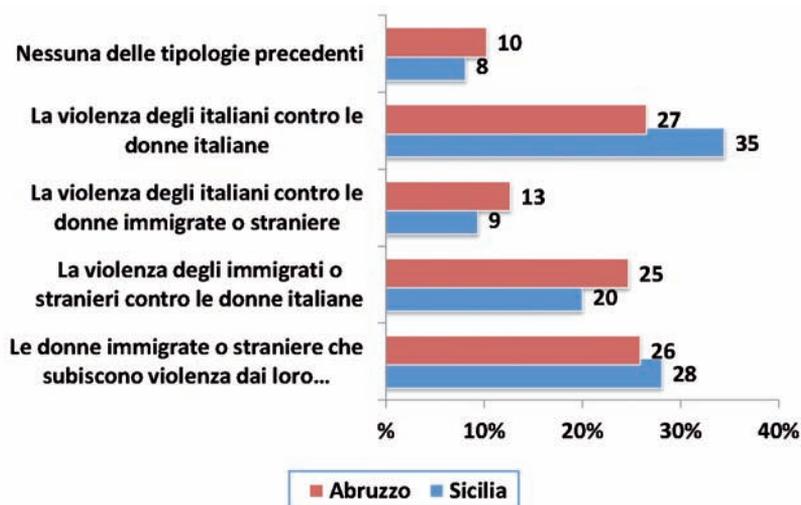


Necessita invece una riflessione l'asimmetria che si osserva nella percezione del rischio tra la comunità nativa e quelle dei migranti: la minaccia rappresentata dagli uomini stranieri è considerata molto più pericolosa per le donne italiane rispetto al rischio che correrebbero le donne straniere da parte degli italiani. Questo strabismo è indicativo di una superstite soggezione agli stereotipi e alle suggestioni mediatiche che hanno costruito la figura dello stupratore straniero ed enfatizzato la sua pericolosità, soprattutto rispetto alla potenziale aggressività degli uomini italiani verso le donne straniere, rispetto ai quali si adotta una maggiore indulgenza, anche a causa, probabilmente, della totale invisibilità di eventuali episodi o tanto meno di denunce.

L'indicazione che la violenza riguardi soprattutto le donne italiane da parte degli italiani stessi è indicata con maggiore convinzione (valori superiori alla media) dagli operatori/trici maschi, con più di 54 anni, laureati, che esercitano la professione nei reparti di ostetricia e ginecologia, in strutture pubbliche, in Sicilia più che in Abruzzo. L'aver partecipato a corsi di formazione specifici sulla violenza e sulla salute dei migranti tende a rafforzare questa interpretazione. La violenza all'interno delle comunità migranti (le donne immigrate che subiscono violenza dai loro connazionali) è sottolineata in particolare da operatori/trici di sesso maschile, della Sicilia, con diploma universitario, medici di medicina generale e pronto soccorso, attivi prevalentemente nel settore privato.

Chi pensa, invece, con maggior certezza che sono le donne italiane ad essere esposte al maggior rischio di subire violenza da immigrati, è più frequentemente di sesso femminile, giovane, con un diploma professionale o di scuola superiore, di professione infermiere o operatore sanitario, che opera in una struttura pubblica, in Abruzzo più che in Sicilia. In questo caso è probabilmente l'assenza di formazione specifica su violenza di genere e su salute dei migranti a determinare l'accentuazione di questo punto di vista.

Grafico 3.17 – Oggi in Italia la violenza sulle donne riguarda soprattutto... per regione (% basate sulle risposte).



Infine le caratteristiche di chi pensa che la violenza riguardi soprattutto le immigrate da parte di italiani, sono rappresentate da intervistati/e di giovane età, con una elevata formazione (master e specializzazione), che lavorano presso consultori, servizi di accoglienza attiva e reparti di psichiatria, specie in Abruzzo. Anche in questo caso la frequenza a corsi di formazione specifici tende a rinforzare questa lettura.

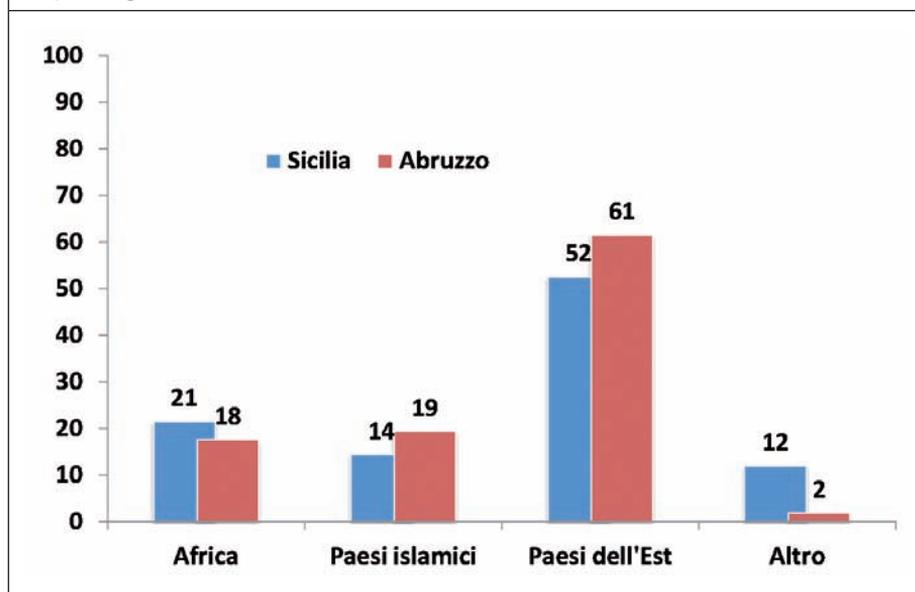
Concentrando l'attenzione sul nesso tra differenza culturale e rischio di violenza, osserviamo che poco meno della metà del campione (40,%) ritiene che le donne appartenenti ad alcune comunità di migranti possano essere più passibili di violenza, identificando nelle donne provenienti dall'Europa dell'Est (58%) quelle che rischiano di più. Sono percepite come meno a rischio di subire violenza, ma comunque selezionate da una percentuale consistente di rispondenti, le donne provenienti da paesi africani (19%). Solo il 16% del campione nega che le donne appartenenti ad alcune comunità immigrate siano caratterizzate da un maggiore rischio di subire violenze, mentre la maggioranza degli intervistati/e non si sente in grado di fornire una risposta al quesito proposto.

Il nesso tra differenze culturali e rischio di violenza contro le donne è maggiormente sottolineato dagli operatori/trici di sesso maschile,

Tabella 3.5 – A Suo avviso, esistono delle comunità migranti caratterizzate da un maggior rischio di violenza contro le donne? Frequenze assolute e relative.		
	N	Percentuale
Sì	101	40,2
No	41	16,3
non so	109	43,4
Totale	251	100
QUALI*	N	Percentuale
Africa	19	19,2
Paesi islamici	17	17,2
Paesi dell'Est	57	57,6
Altro	6	6,1
Totale	99	100,0
<i>* le aree di provenienza delle comunità a rischio sono state individuate attraverso una domanda aperta, successivamente codificata, dunque l'elenco dei paesi corrisponde alle indicazioni dei rispondenti</i>		

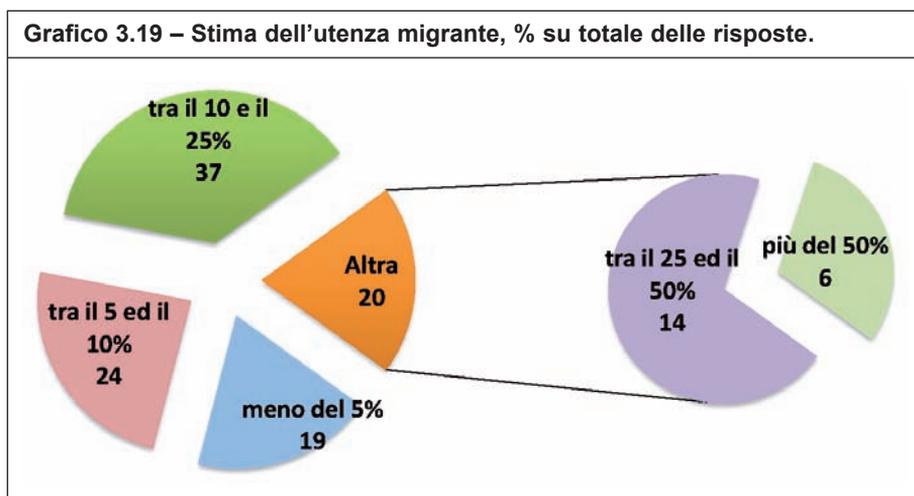
mentre le operatrici sono caratterizzate da una maggiore incertezza. Chi possiede un elevato titolo di istruzione (specie i medici di medicina generale e di pronto soccorso) più frequentemente è convinto dell'esistenza di tale relazione, mentre infermieri e operatori/trici sociali mostrano elevati livelli di indecisione. Rilevanti sono anche le differenze tra gli intervistati/e che operano nelle due regioni oggetto di studio: in Abruzzo risponde "sì" il 57% degli intervistati/e contro il 29% della Sicilia, dove invece è elevata la quota di indecisi, 51% contro 31%. Le differenze di opinione tra gli intervistati/e che operano nelle due regioni si manifestano nettamente sull'individuazione delle comunità migranti caratterizzate da un alto rischio di subire violenza di genere. Gli operatori/trici della Sicilia indicano fundamentalmente le donne provenienti da due aree geografiche, quella dell'est Europa (52%) e quella africana (21%); in Abruzzo, invece, sono le donne dell'Est Europa ad assorbire la netta maggioranza delle risposte (61%), ridimensionando il rischio percepito delle donne provenienti dall'Africa e mostrando una maggiore articolazione dei luoghi d'origine (Grafico 3.18).

Grafico 3.18 – Le provenienze delle comunità esposte al rischio di violenza, % per regione.



3.6.1 Caratteristiche dell'utenza migrante

Al fine di focalizzare l'attenzione sul rapporto tra servizi e nuova utenza migrante in questo paragrafo sono descritte le caratteristiche quantitative e quelle qualitative delle persone migranti che si rivolgono ai servizi selezionati. È importante ricordare che il campione dell'indagine è stato formulato in base alle indicazioni di una mappatura territoriale effettuata in una fase preliminare e che quindi i servizi sono stati prescelti in funzione di una "specializzazione" nel fornire prestazioni ad una utenza immigrata. Per questo motivo la maggioranza assoluta (92%) degli intervistati/e ha dato una risposta affermativa al quesito relativo all'esistenza di una tale domanda, che risulta più elevata nelle strutture pubbliche rispetto alle private. Tra i due territori coinvolti si nota una maggiore indicazione della presenza di utenza migrante tra gli operatori/trici dell'Abruzzo (98%) rispetto a quelli della Sicilia (88%), ma questo elemento deve essere collegato al peso maggiore della presenza straniera regolare sul totale della popolazione residente in Abruzzo rispetto alla Sicilia. Ma osserviamo nel dettaglio la consistenza tale domanda: il 20% degli intervistati/e indica una percentuale di utenti superiore ad un quarto dell'utenza totale – e tra questi un 6% degli operatori/trici lavora in strutture dove l'utenza straniera supera la metà dell'utenza complessiva. Una buona parte degli operatori/trici intervistati/e (37%) presta servizio in settori dove i migranti rappresen-



tano tra il 10 e il 25% dell'intera utenza, mentre la maggioranza (43%) indica una quota al di sotto del 10% (Grafico 3.19).

A questo proposito sembra utile ricordare che i risultati di un'indagine condotta dall'Istat nel 2005 (Istat, 2008) indicano da un lato, che gli stranieri godono di uno stato di salute (misurato sia ricorrendo ad indicatori oggettivi che soggettivi) migliore rispetto a quello della popolazione con cittadinanza italiana; dall'altro, che gli stranieri accedono meno frequentemente rispetto agli italiani, ai servizi sanitari, siano essi visite generiche, visite specialistiche o accertamenti. Le straniere residenti (come del resto le donne italiane) effettuano con più frequenza visite e controlli che non la componente maschile.

Occorre anche ricordare che sempre secondo quell'indagine, la popolazione straniera residente ricorre ai servizi sanitari di emergenza in misura maggiore che non la popolazione italiana. Il 6% degli stranieri ha infatti usufruito dei servizi del pronto soccorso almeno una volta nei tre mesi precedenti l'intervista, contro il 4% degli italiani. Anche il ricorso ai consultori familiari è più frequente tra gli stranieri che non tra gli italiani, ma in questo caso le disparità sono molto più contenute (2% per gli stranieri contro 1% per gli italiani)²⁸.

Il dato rilevato nella presente indagine è decisamente superiore, e questo dipende con probabilità dalla particolare conformazione del campione che ha 'selezionato' strutture con una elevata ricezione di migranti. Sono in particolare i reparti di ginecologia e ostetricia quelli caratterizzati da una utenza di migranti superiore al 25% del totale dell'utenza, nella fascia intermedia troviamo quelli di pediatria, il pronto soccorso ed i servizi specializzati per stranieri, reparti per i quali si rilevano presenze al di sotto del 25%; mentre tra i servizi con una utenza straniera al di sotto del 10% troviamo i reparti di psichiatria, i consultori, i servizi di accoglienza attiva. A differenza di quanto osservato a livello complessivo, tra le risposte delle strutture private e no profit si osserva una maggiore incidenza di utenza straniera. Secondo i dati del Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute (2009), la popolazione femminile migrante si rivolge alle strutture sanitarie innanzitutto per il parto e per effettuare interruzioni volontarie di gravidanza. Per le donne provenienti da Paesi a forte pressione

²⁸ Per ulteriori informazioni si veda anche Caritas/Migrantes (2010) e Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010).

migratoria, il motivo più frequente di ricovero o day hospital sono le infiammazioni all'apparato genito-urinario (16,8%) rispetto alle quali la presenza di donne con mutilazioni genitali femminili (MGF) possono avere un ruolo, ma non necessariamente esserne l'unica causa.

Nella nostra indagine si tratta di utenti prevalentemente compresi/e nella fascia di età centrale (19-45 anni, 78%), il 12% di bambini e giovani, mentre solo il 4% ha una età superiore ai 45 anni, vi è anche una piccola quota per la quale gli intervistati/e non hanno indicato l'età. Sono in prevalenza donne (65%), ma è presente anche un'utenza maschile. Naturalmente la specializzazione di alcuni servizi caratterizza sia per età che per sesso l'utenza straniera (pediatria, ostetricia e ginecologia frequentati da bambini e donne), mentre in altri settori la composizione per sesso dell'utenza straniera è paritaria, come il pronto soccorso. Non emergono differenze regionali per quanto riguarda la composizione per sesso degli utenti migranti, ma in Abruzzo è più consistente la fascia dei giovani; dal punto di vista delle strutture si registra una maggiore utenza di bambini nel pubblico e di donne nel privato no-profit.

Il 70% degli utenti stranieri si presenta spontaneamente, soprattutto in strutture di emergenza come il pronto soccorso o nei servizi specializzati in accoglienza, ma anche nei reparti di ginecologia; è più frequente che tali pazienti siano inviati dai servizi sociali o sanitari verso i reparti di psichiatria, i consultori familiari, i servizi di accoglienza attiva ed il servizio sanitario aziendale.

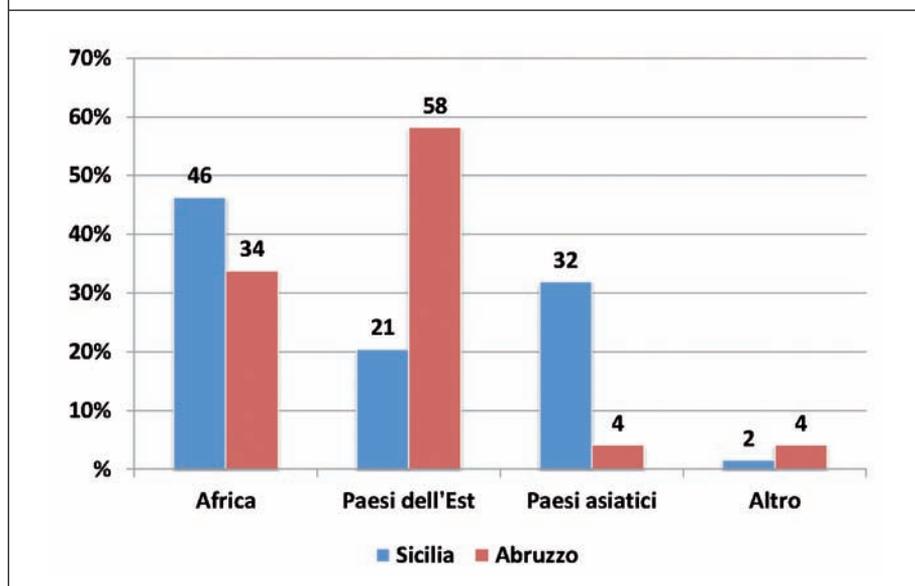
3.6.2 Le donne migranti

Una sezione del questionario è dedicata alla rilevazione delle caratteristiche delle donne migranti che si rivolgono ai servizi selezionati. Dall'indagine emerge come provengano soprattutto dai Paesi africani in Sicilia, e dai paesi dell'est Europa, in Abruzzo. La seconda area geografica di origine dell'utenza straniera in Sicilia sono i Paesi asiatici, provenienza molto meno frequente in Abruzzo (Grafico 3.20).

Circa la metà delle donne migranti che si presentano ad uno dei servizi selezionati (55%) ha espresso l'esigenza di essere seguita da una donna, ciò è segnalato soprattutto dal personale afferente ai reparti di ginecologia e ai consultori familiari, da coloro che prestano servizio nelle strutture private più che in quelle pubbliche. L'esistenza di sportelli specializzati e di protocolli di intervento specifici per migranti all'interno della struttura tende a far aumentare la segnalazione di questa esigenza.

A grande maggioranza (80%) gli operatori/trici ritengono che tale richiesta debba essere soddisfatta, in particolare i medici di medicina generale e di pronto soccorso, coloro che lavorano in strutture pubbliche e chi ha seguito più di una formazione sulla salute dei migranti e sulla violenza. Dal punto di vista territoriale osserviamo che se l'incidenza della richiesta è più elevata in Sicilia (58% rispetto al 52%), l'atteggiamento degli operatori/trici siciliani è meno incline a soddisfare tale esigenza di quanto invece rilevato far quelli abruzzesi (78% contro l'84%), ma si tratta di piccole differenze all'interno di una grande disponibilità.

Grafico 3.20 – Paesi di provenienza delle donne migranti utenti dei servizi per regione, % rispetto al totale.



Si profila un quadro in cui si manifesta una specificità della domanda dell'utenza migrante che si rafforza laddove il servizio è più specializzato e attrezzato verso questa utenza. La risposta degli operatori/trici indica una grande disponibilità all'accoglienza di esigenze specifiche, disponibilità che aumenta quando si tratta di presone che hanno una maggiore conoscenza delle problematiche specifiche della salute dei migranti e della violenza.

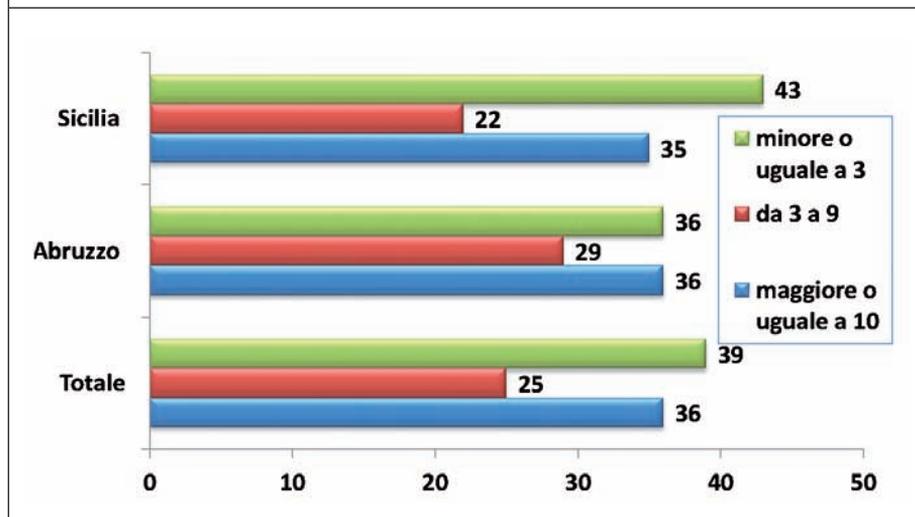
3.6.3 La violenza sulle donne migranti

Qui presentiamo quanto emerso sul tema della violenza di genere nella esperienza degli operatori/trici che vengono a contatto con donne straniere o immigrate, del suo riconoscimento e trattamento e sulla relazione che si instaura tra gli operatori/trici sanitari e sociali e le donne immigrate o straniere, vittime o sospette vittime. Questo aspetto è stato affrontato con una serie di quesiti tesi a verificare l'incidenza della violenza di genere così come emerge dell'esperienza diretta di incontro con donne migranti vittime o sospette vittime di violenza, le modalità di identificazione e riconoscimento, le tipologie di violenza riscontrate e gli autori, le azioni intraprese una volta rilevata la violenza. Il 64% degli operatori/trici interpellati è venuto a conoscenza o ha intuito che una sua paziente immigrata fosse stata vittima di violenza; in totale sono 149 gli operatori/trici che hanno avuto almeno una esperienza diretta di contatto con donne migranti vittime di violenza: sono soprattutto medici di pronto soccorso, pediatri/e e medici ed operatori/trici di area psicologica e psichiatrica, che prestano servizio nei pronto soccorso, nei consultori e negli ambulatori specializzati per stranieri, pubblici piuttosto che privati. La frequenza di esperienze di incontro con casi di violenza su donne migranti ha una maggiore incidenza tra gli operatori/trici abruzzesi (72%) che tra quelli siciliani (59%). La presenza, da un lato, di sportelli specializzati per donne che hanno subito violenze o per l'utenza migrante e, dall'altro, di protocolli specifici di intervento rivolti alle donne che hanno subito violenza, rende più frequente la probabilità di incontro con donne straniere vittime di violenza. Anche la frequentazione di corsi di formazione su violenza e salute dei migranti sembra che aumenti tale probabilità, in termini soprattutto di maggiore capacità di riconoscimento della violenza, o di maggiore competenza, e dunque disponibilità, a trattare casi di violenza o utenza migrante.

Dei 135 operatori/trici che hanno avuto una esperienza diretta di contatto con donne migranti vittime di violenza, circa il 40% ha avuto conoscenza o ha trattato almeno 3 casi, un quarto da 3 a 9 casi, ed il 35,6% un numero di casi maggiore o uguale a 10. Nella fascia più alta vi sono gli operatori/trici del pronto soccorso e dei reparti di ginecologia, in quella intermedia i consultori e gli ambulatori specializzati per stranieri, mentre nella fascia più bassa (meno di 3 casi) i reparti di

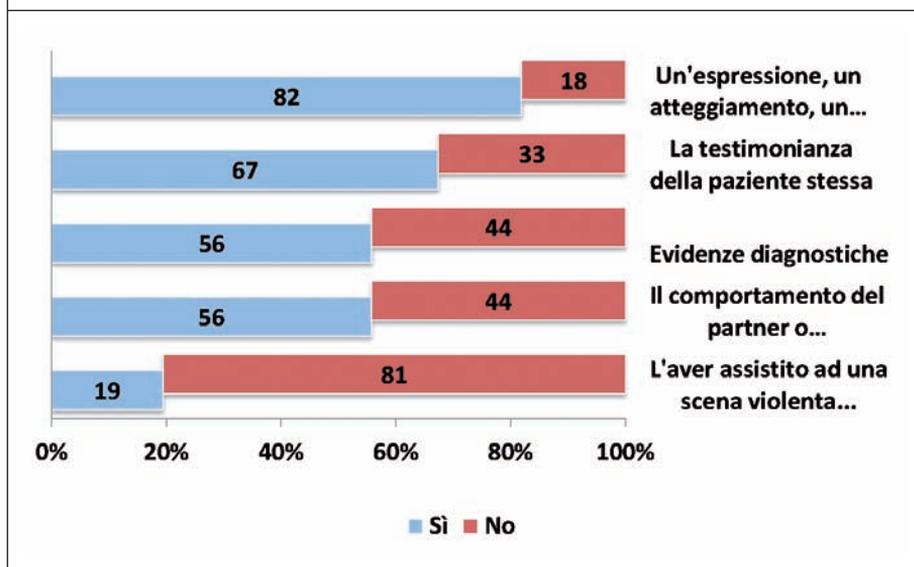
pediatria. Tra le due regioni oggetto dell'indagine non sussistono differenze significative, tranne che per una maggiore frequenza di bassa intensità di incontri con casi di violenza nell'area siciliana rispetto a quella abruzzese (Grafico 3.21).

Grafico 3.21 – Distribuzione dei casi di violenza verbale, psicologica, fisica, sessuale e economica di cui l'operatore è venuto a conoscenza o ha sospettato, per regione % sul totale.



Le modalità di riconoscimento ed individuazione di donne vittime di violenza sono rilevate attraverso un quesito al quale ha risposto circa la metà degli operatori/trici intervistati/e/e, una quota leggermente inferiore a quella di chi ha risposto di aver sospettato che una paziente straniera fosse stata vittima di violenza. Più che la testimonianza diretta da parte della donna stessa – che pure conta molto (67% delle risposte) –, è l'interpretazione del comportamento della paziente attraverso atteggiamenti, espressioni o manifesto disagio, a far supporre e verificare al medico o all'operatore che la persona sia stata vittima di episodi di violenza (Grafico 3.22). Le evidenze diagnostiche, altrettanto interpretabili come il comportamento dell'accompagnatore, sono aspetti ugualmente fondamentali nell'esperienza degli operatori/trici per l'individuazione di tali casi.

Grafico 3.22 – Quale/i circostanza/e le ha/hanno fatto supporre o verificare che una o più donne immigrate e/o straniere Sue pazienti fossero vittime di violenza?



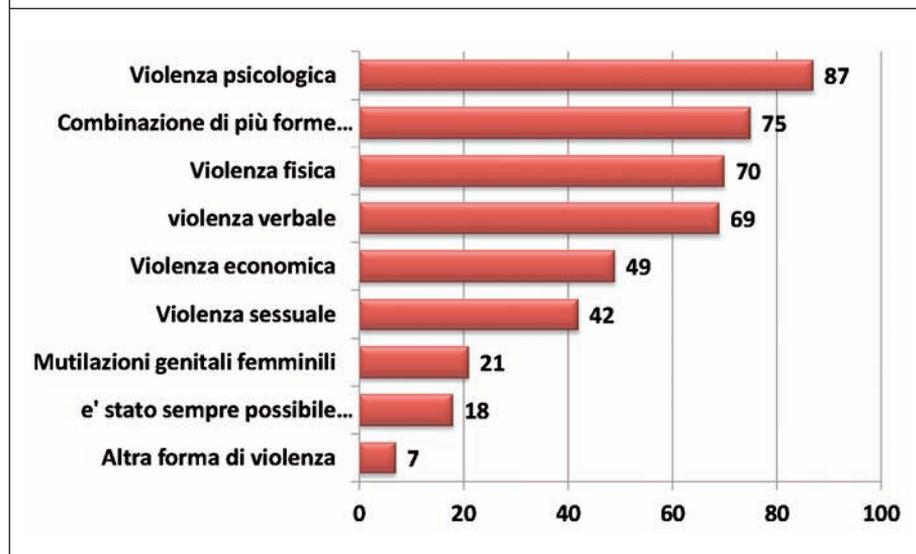
Procediamo cercando di capire meglio le modalità di accoglienza e trattamento secondo le caratteristiche degli intervistati/e che hanno risposto differenziandosi dalla media complessiva. L'individuazione della violenza attraverso la lettura del *comportamento della paziente* è sottolineata dai medici di medicina generale, da coloro che operano nei reparti di pediatria, nei pronto soccorso e negli ambulatori specializzati per stranieri, con maggiore anzianità di servizio, nelle strutture pubbliche, in Sicilia più che in Abruzzo.

Più o meno lo stesso profilo (con l'aggiunta delle figure professionali degli psichiatri/e e psicologi/ghe) caratterizza coloro che hanno avuto *testimonianza diretta* della violenza subita da parte della paziente stessa. Chi invece ha indicato maggiormente di aver fatto riferimento nel riconoscimento delle forme di violenza alle *evidenze diagnostiche* è il personale che presta servizio nei pronto soccorso e negli ambulatori specializzati per stranieri, operante più nelle strutture private, in maggioranza in Sicilia. Chi invece ha sospettato che la paziente avesse subito qualche forma di violenza sulla base del *comportamen-*

to del partner/accompagnatore della paziente, ha un profilo professionale di ostetrica, di ginecologo/a e di infermiere/a professionale, assistente sociale o operatore/trice sanitario; i reparti dove questa modalità emerge con più frequenza sono quelli di ginecologia e di pediatria, e lì dove il personale ha seguito corsi di formazione sulla salute dei migranti. Infine *l'aver assistito ad una scena violenta* tra la paziente e l'accompagnatore è stata una circostanza più frequentemente riportata da ostetriche e ginecologi/ghe e infermieri/e professionali, assistenti sociali o operatori/trici sanitari, nei reparti di ginecologia, nelle strutture private ed in Sicilia più che in Abruzzo.

La forma più frequente di violenza riscontrata sulle pazienti migranti che hanno subito almeno una tipologia di violenza è quella psicologica (Grafico 3.23), ma è la combinazione di diverse forme di violenza che emerge come modalità rilevante, dato che è riscontrata più frequentemente che non la violenza fisica e quella verbale considerate separatamente. La violenza economica e quella sessuale sono indicate come forme riscontrate dal 50% degli intervistati/e, ed è molto consistente l'indicazione delle mutilazioni genitali femminili, che nel complesso arriva a

Grafico 3.23 – Tipologie di violenza riscontrate sulle pazienti straniere, % sul totale.



quota 20%. Infine emerge una notevole difficoltà degli operatori/trici nel riuscire ad individuare con precisione il tipo di violenza subita dalla donna migrante, anche a causa, come vedremo meglio più avanti, di difficoltà connesse non solo alla comunicazione, ma legate ad atteggiamenti di chiusura e diffidenza delle pazienti straniere verso il personale operante nelle strutture socio-sanitarie coinvolte nella rilevazione.

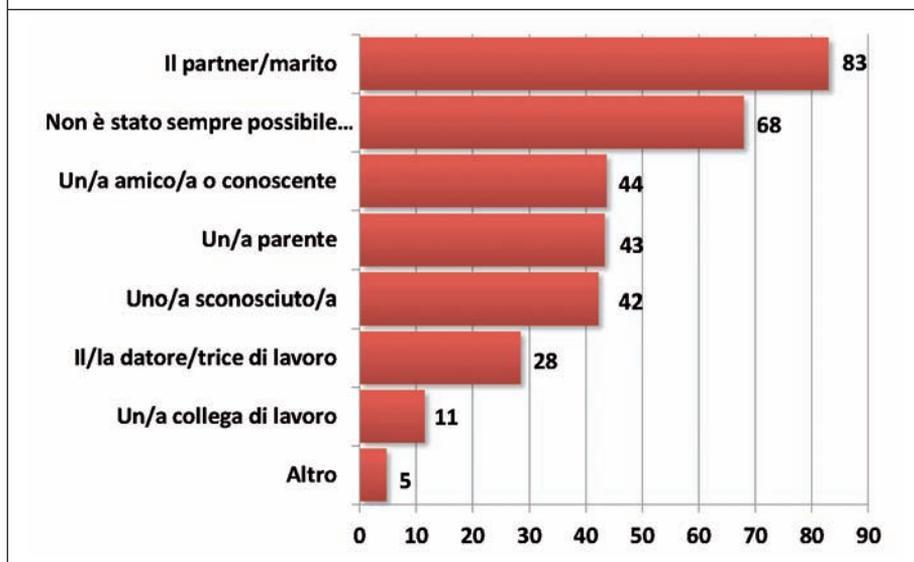
La *violenza psicologica* è riscontrata soprattutto in reparti pediatrici, psichiatrici e nei consultori, da medici pediatri o di medicina generale, in misura pari nelle due regioni considerate. La *combinazione di forme diverse di violenza* è equi-distribuita nell'esperienza delle figure professionali del campione, ma ha una rilevanza particolare nei presidi di pronto soccorso e negli ambulatori per stranieri, ed è segnalata in Abruzzo più che in Sicilia. Per quanto riguarda la *violenza fisica* notiamo che sono soprattutto i medici del pronto soccorso, dei reparti di pediatria e degli ambulatori specializzati per migranti ad incontrare pazienti vittime di questa forma di violenza ed in particolare medici di medicina generale, di pronto soccorso e pediatri/e. L'incidenza di questa forma di violenza è molto più elevata in Sicilia (80,3%) piuttosto che in Abruzzo (58,6%). La *violenza verbale* è rilevata particolarmente da infermieri, assistenti sociali e operatori/trici sanitari che lavorano in reparti pediatrici e psichiatrici, nei consultori familiari, nei servizi accoglienza attiva e nel servizio sanitario aziendale. In Abruzzo la violenza verbale è più frequentemente rilevata (76%) che non in Sicilia (63%). La *violenza economica* è intercettata in particolare nei consultori familiari, e nei servizi di accoglienza attiva, e non ha una specificità territoriale. La *violenza sessuale* è principalmente – quasi esclusivamente – rilevata da ginecologi/ghe e ostetriche nei relativi reparti di afferenza, ed è significativamente più segnalata in Sicilia che in Abruzzo (rispettivamente 48% e 36%). Infine le pazienti che hanno subito forme di mutilazioni genitali femminili sono segnalate più frequentemente da ginecologi/ghe e ostetriche, dai reparti di ginecologia e dai consultori: si tratta nel complesso di 28 casi, equamente suddivisi tra Sicilia e Abruzzo.

Nella maggioranza assoluta dei casi è il marito o il partner il responsabile della violenza sulle donne straniere, ma altrettanto frequente è il caso in cui non è stato possibile individuare l'autore della violenza (Grafico 3.24).

Che sia un amico o conoscente, un parente o uno sconosciuto la frequenza si attesta intorno al 40% dei casi, mentre le violenze in

ambito lavorativo nel complesso assommano ad una quota analoga. In quest'ultimo caso, la responsabilità più frequente è quella del datore di lavoro (28,5%), ma anche i colleghi sono spesso indicati come autori della violenza subita (11,5%). L'identificazione dell'autore della violenza nel marito o partner della paziente avviene con più frequenza nei reparti di ginecologia e ostetricia da parte di ginecologi/ghe; mentre l'impossibilità di identificare l'autore avviene più frequentemente nei posti di pronto soccorso, negli ambulatori specializzati per stranieri e succede con maggiore frequenza in Abruzzo (72,9%) rispetto alla Sicilia (62,5%).

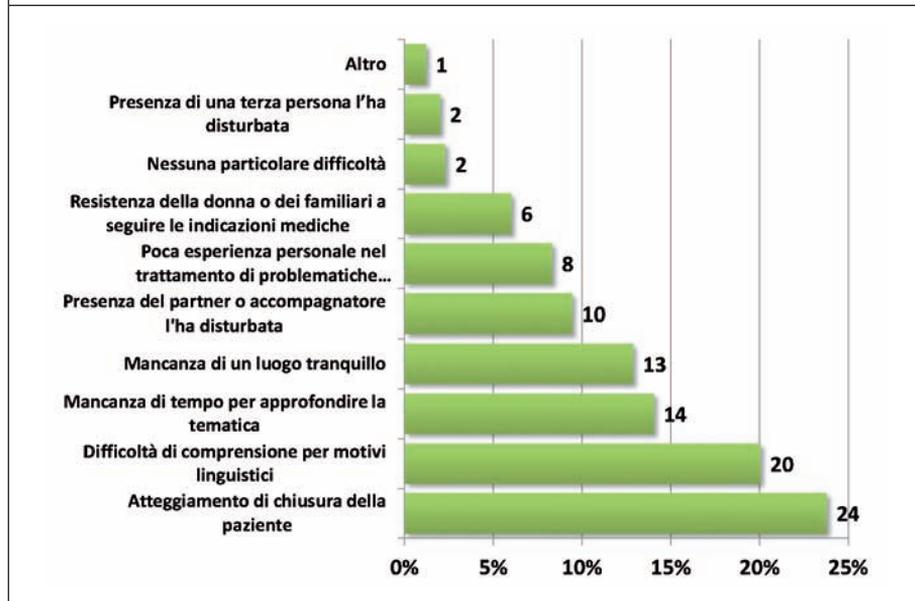
Grafico 3.24 – L'autore della violenza, domanda a risposta multipla, % di risposta per tipologia di autore.



Nei reparti di pediatria e nei pronto soccorso si accerta più frequentemente la responsabilità di un parente, specie in Sicilia. Le altre tipologie di autore della violenza sono più frequentemente indicate dagli operatori/trici nei presidi di emergenza rispetto a tutti gli altri servizi considerati. Infine è interessante segnalare la maggiore incidenza di datori di lavoro come autori di violenza in Abruzzo (34%) rispetto alla Sicilia (22%).

Nella relazione tra l'operatore e la paziente straniera vittima o sospetta di violenza, si possono creare delle difficoltà che sono in grado di interferire o impedire la diagnosi o addirittura l'accoglienza e la comprensione delle problematiche di cui la donna che si rivolge al servizio è portatrice. Purtroppo è solo una minoranza di operatori/trici che non segnala problemi (2%), mentre quasi un quarto denuncia una difficoltà grave, l'atteggiamento di chiusura (diffidenza, paura) della paziente che impedisce di stabilire una relazione soddisfacente. Anche i problemi linguistici rappresentano un forte ostacolo alla comprensione e alla relazione, ma sembrano più facilmente risolvibili. Seguono in ordine di importanza difficoltà legate ai vincoli di tempo per dedicarsi all'ascolto e all'approfondimento delle questioni poste dalle utenti straniere o problemi di spazi adeguati. La presenza di partner, accompagnatori o terze persone viene sottolineata come elemento di disturbo e di interferenza in una relazione che comunque si profila come complessa (Grafico 3.25).

Grafico 3.25 – Le difficoltà principali incontrate durante i colloqui con le pazienti immigrate o straniere vittime di violenza, (percentuali sul totale delle risposte, risposta multipla).



Solo 48 operatori/trici su 253 pari al 33% del campione hanno esplicitamente fatto riferimento alla violenza subita dalla paziente straniera nei certificati/cartelle cliniche prodotti: tra questi sono soprattutto medici di medicina generale e di pronto soccorso (58%), mentre sono la maggioranza i ginecologi/ghe ed ostetriche che dichiarano di non produrre un certificato con esplicito riferimento alla violenza diagnosticata.

Un test sul funzionamento delle reti formali o informali può essere ricondotto al quesito in cui viene chiesto agli operatori/trici se (ed eventualmente dove) hanno orientato la paziente vittima di violenza: si tratta di una domanda multipla in cui era possibile dare più di una risposta, nel commento facciamo riferimento all'insieme delle risposte. Nel complesso vediamo che solo una minoranza di operatori/trici (il 7%) ha dichiarato di non aver inviato la paziente ad alcuna struttura (Grafico 3.26). Si rileva una tendenza degli operatori/trici a utilizzare in modo privilegiato risorse e servizi esterni alla struttura, in primo luogo le forze dell'ordine (16%) ed i centri antiviolenza (15%), strutture principalmente destinatarie degli invii di pazienti/vittime, ma anche i reparti di ostetricia e ginecologia rappresentano una destinazione frequente (12%).

I presidi di pronto soccorso sono ovviamente i principali nodi di invio, in primo luogo verso i reparti di ginecologia e la polizia, mentre viceversa questi reparti inviano le pazienti alla polizia ed ai centri antiviolenza; i consultori familiari, i centri di accoglienza attiva più frequentemente inviano le pazienti che hanno subito violenza verso le associazioni di aiuto alle donne. I reparti di pediatria i servizi di accoglienza attiva ed i reparti psichiatrici indirizzano più frequentemente le migranti vittime di violenza verso strutture con operatori/trici sociali. Gli invii allo psicologo sono effettuati in particolare dal personale dei consultori familiari e dai servizi di accoglienza attiva. Le strutture di ospitalità ricevono pazienti indirizzate dai reparti di ginecologia e ostetricia e da pediatria.

Sembra in sintesi che ci sia una notevole interazione e scambio tra i diversi servizi e strutture che sostengono e seguono le donne vittime di violenza, ma naturalmente questo tipo di analisi è sicuramente più efficace se fatta a livello locale, ricostruendo i tragitti di scambio tra i servizi sul territorio.

Grafico 3.26 – Servizi destinatari di invio di pazienti e vittime di violenza, percentuali sul totale delle risposte, risposta multipla.



3.7. Le pratiche tradizionali dannose

Dal punto di vista conoscitivo l'indagine si propone di intercettare i nuovi bisogni sanitari di cui l'utenza migrante è portatrice e di mettere a fuoco le potenzialità e le carenze delle risposte a tali bisogni da parte dei servizi oggetto di analisi. Abbiamo quindi introdotto nel questionario una sezione che affronta il tema della diffusione di alcune pratiche tradizionali dannose tra le diverse comunità immigrate nelle regioni coinvolte.

Tra le forme di violenza che possono caratterizzare alcune comunità migranti abbiamo considerato anche la pratica del matrimonio forzato. Questo tipo di unioni si verifica nelle culture in cui i matrimoni vengono intesi come un'alleanza tra gruppi, e non come scelta libera di unione da parte di due persone. La linea di separazione tra il matrimonio forzato e matrimonio combinato o di convenienza è spesso molto sottile e per questa ragione le risposte alla domanda specifica che abbiamo posto agli operatori/trici vanno considerate con cautela e analizzate con spirito esplorativo, dato che – come molte fenomenologie di violenza contro le donne – il fenomeno è sommerso, quantitativamente poco conosciuto ed esposto ad un forte bias culturale.

Sono 69, pari al 30,4% del totale, gli operatori/trici che hanno risposto positivamente alla domanda relativa all'incontro con pazienti straniere che potevano essere state costrette a contrarre matrimonio contro la loro volontà. I casi sono equamente ripartiti tra le due regioni, ma presentano un peso percentuale più elevato in Abruzzo a causa della minore numerosità delle interviste. Sono più le operatrici ad aver incontrato casi di questo tipo, l'impatto è maggiore nei reparti di ginecologia, nei consultori familiari, nei servizi di accoglienza attiva e nei reparti psichiatrici. L'aver frequentato corsi di formazione specifici sulla salute dei migranti aumenta la possibilità di intercettare questi casi.

A differenza di quanto precedentemente osservato in caso di rilevamento di una forma di violenza, in presenza di un sospetto matrimonio forzato, prevale l'inazione: circa il 30 % delle risposte ottenute (era possibile darne più di una) indica che non è stato effettuato alcun invio ad altre strutture (Grafico 3.27). Il presidio più importante di ricezione, comunque, appare quello delle associazioni del privato sociale di aiuto alle donne e successivamente il ricorso ai servizi socio-sanitari attraverso operatori/trici sociali, psicologi, consulenti e mediatori culturali. Anche in questo caso risulta importante il ruolo attribuito alle forze dell'ordine.

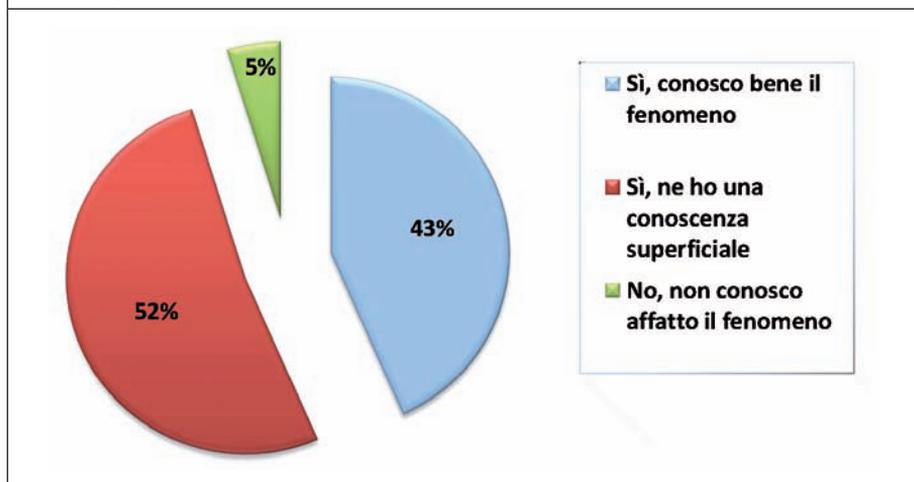
Grafico 3.27 – Servizi destinatari dell'invio di persone sospettate di aver subito un matrimonio forzato, percentuali sul totale delle risposte.



3.7.1 Le mutilazioni genitali femminili

Il questionario somministrato ha previsto una sezione specifica dedicata alle pratica delle mutilazioni genitali femminili(MGF). Una parte delle domande è stata mirata all'analisi della conoscenza del fenomeno, alle modalità di formazione o auto-formazione di tali conoscenze, alla diffusione dell'uso degli strumenti normativi e delle Linee Guida predisposte per il trattamento e la terapia delle donne e delle bambine vittime di MGF dal Ministero della Salute. Nel questionario è stata inserita una batteria di domande finalizzata alla valutazione della percezione del fenomeno tra gli operatori/ici; si tratta di un approfondimento dell'aspetto conoscitivo che sarebbe rimasto altrimenti limitato alla semplice risposta sulla conoscenza e sulle eventuali modalità di apprendimento. In considerazione del taglio della ricerca-azione che caratterizza il progetto IRIS e che prevede anche azioni di sperimentazione di interventi attraverso l'istituzione di sportelli e l'elaborazione di raccomandazioni, abbiamo ritenuto opportuno indagare su aspetti latenti e complessi come la reale conoscenza del fenomeno, il radicamento di eventuali stereotipi e luoghi comuni, gli atteggiamenti di coinvolgimento emotivo verso la pratica, gli atteggiamenti verso azioni di politica sociale o sanitaria. In particolare sono state formulate una

Gráfico 3.28 – Conoscenza del fenomeno delle MGF, percentuali sul totale delle risposte.



serie di affermazioni sul tema delle MGF ed è stato chiesto agli intervistati/e di esprimere il loro grado di accordo su queste. Il lavoro di individuazione e di selezione degli items ha richiesto un intenso lavoro di approfondimento sia mediante l'analisi della letteratura sulle MGF, che attraverso il confronto e il dibattito all'interno dell'equipe di ricerca. Le affermazioni sono state testate dal punto di vista semantico durante la fase di pre-test.

Nel complesso del campione la conoscenza del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili è ben diffusa, dato che la maggioranza assoluta degli intervistati/e dichiara di conoscere l'esistenza della pratica. Solo una minoranza, pari al 5%, dichiara di non conoscere affatto questo fenomeno (Grafico 3.28). La maggior parte (53%) afferma di possederne una buona conoscenza, mentre l'altra metà (43%) ammette di averne solo una conoscenza superficiale. Se confrontiamo questo dato con quanto risulta da indagini precedenti²⁹ constatiamo un livello di conoscenza decisamente migliore del fenomeno da parte degli operatori/trici siciliani ed abruzzesi, sia rispetto a quelli del Lazio che a quelli delle altre regioni, per le quali è stato stimato che tra il 28% e il 32% degli operatori/trici sanitari avevano una buona conoscenza del fenomeno, tra il 54% ed il 53% avevano una qualche conoscenza, mentre la quota di chi non conosceva affatto l'esistenza della pratica delle MGF risultava essere pari al 17% circa degli operatori/ici.

Sono soprattutto i ginecologi/ghe a dichiarare una buona competenza sul fenomeno, mentre la maggioranza dei medici di medicina generale, di pronto soccorso e degli infermieri/e ammette di averne

²⁹ M. Misiti, F. Rinesi 2009, Conoscenze e immagini delle MGF: un'indagine sugli operatori/ici dei servizi territoriali, in "Le mutilazioni genitali femminili nel Lazio. Conoscenze ed esperienze tra le comunità migranti e gli operatori/ici dei servizi territoriali" a cura di G. Candia Sviluppo locale edizioni, Roma. Si tratta di una ricerca quantitativa effettuata nell'ambito del l'Avviso Pubblico n. 1 del 13 agosto 2007 del Dipartimento per le Pari Opportunità per la regione Lazio, che ha definito un questionario nell'ambito del lavoro di ricerca del gruppo STOP-MGF in cui il coordinamento e l'effettuazione della ricerca era a cura dell'IRPPS-CNR. Tale questionario è stato a sua volta adottato dal gruppo di ricerca dell'INMP (Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il contrasto delle Malattie della Povertà). La parte del questionario della ricerca IRIS relativa alle MGF riproduce le domande di tale questionario, rendendo possibile e corretto il confronto dei risultati. Il volume che contiene i risultati della ricerca svolta dal INMP (è: L. Salvati e M. Zitti, 2010, I risultati della ricerca, in mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari, A. Morrone e A. Sannella, (a cura di), Franco Angeli Milano. La ricerca dell'INMP è stata effettuata nell'ambito del Avviso Pubblico del Dipartimento per le Pari Opportunità n. 1 del 13 agosto 2007, nei territori di Lazio, Piemonte Toscana, Sicilia e Puglia.

una conoscenza superficiale. In questo caso il livello di istruzione esercita un ruolo importante nella attestazione della conoscenza, che risulta migliore tra gli operatori/trici in possesso del dottorato e della laurea. Anche la formazione specifica sulla salute dei migranti migliora considerevolmente la conoscenza del fenomeno, come è molto chiaro dalla tabella che segue, dove si può osservare l'effetto della formazione consolidata rispetto a chi non l'ha mai fatta o a chi l'ha fatta saltuariamente.

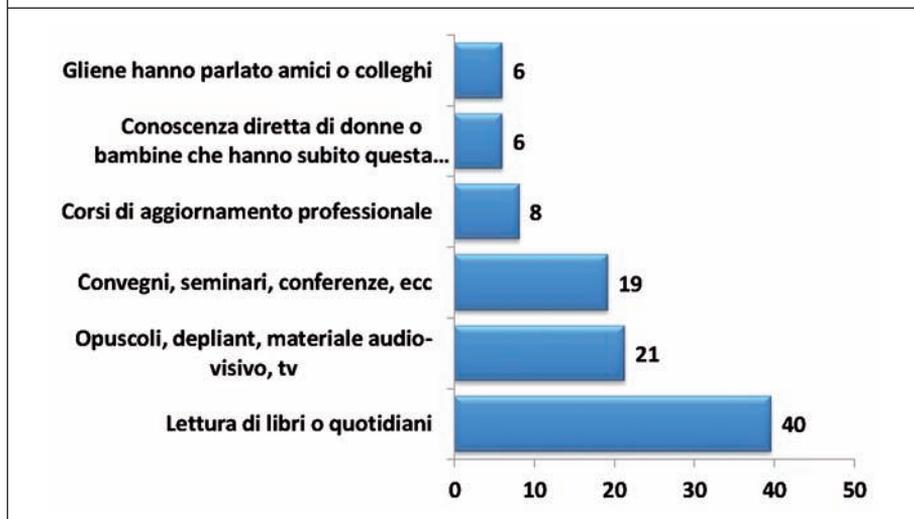
Tabella 3.6 – Conoscenza dell'esistenza della pratica delle mutilazioni genitali femminili per partecipazione a corsi di formazione sulla salute dei migranti, percentuali per frequenza di formazione.

	<i>Sì, meno di 5 volte</i>	<i>Sì, più di 5 volte</i>	<i>No, mai</i>	<i>Totale</i>
<i>Sì, conosco bene il fenomeno</i>	51,6	90,0	38,6	44,2
<i>Sì, ne ho una conoscenza superficiale</i>	43,8	10,0	56,6	51,2
<i>No, non conosco affatto il fenomeno</i>	4,6	-	4,8	4,6
Totale	100	100	100	100

Se osserviamo ora le modalità di apprendimento dell'esistenza e delle caratteristiche del fenomeno delle MGF così come segnalate dagli intervistati/e, comprendiamo come tale conoscenza sia in generale poco strutturata ed episodica (Grafico 3.29): le fonti utilizzate sono infatti libri e giornali, seguiti dalla Tv, documentari e altro materiale di divulgazione, o attraverso la partecipazione a convegni e conferenze. Solo una minoranza degli intervistati/e (8%) indica l'apprendimento dell'esistenza e delle caratteristiche delle MGF attraverso la partecipazione a corsi di aggiornamento e formazione; infine solo il 6% degli operatori/trici è venuto a conoscenza del fenomeno delle MGF in seguito ad una diretta esperienza di contatto con donne o bambine che hanno subito tali pratiche.

È interessante poter analizzare il tipo di fonte utilizzato per la conoscenza sul fenomeno delle MGF per tipologia professionale: il gruppo dei ginecologi/ghe si caratterizza per percorsi specialistici di cono-

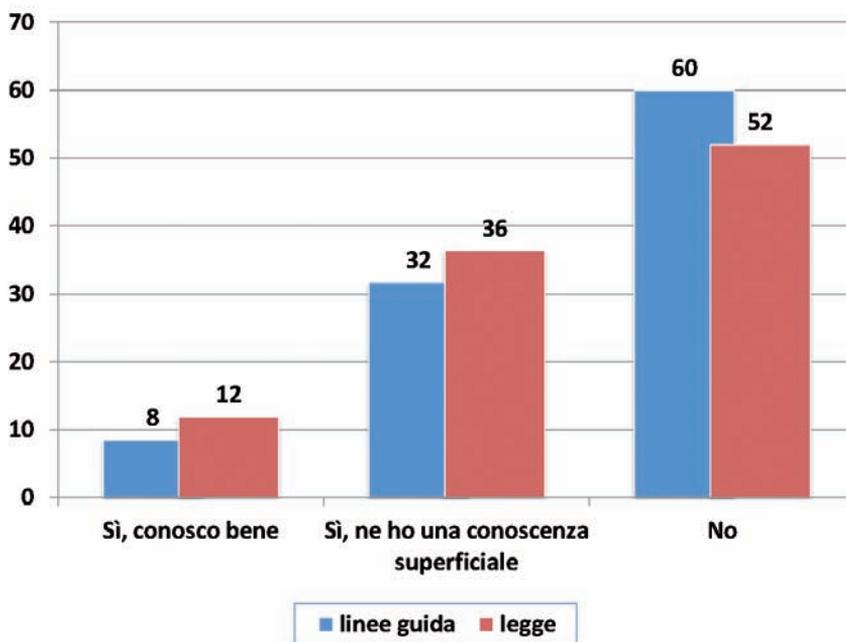
Gráfico 3.29 – Fonti della conoscenza del fenomeno MGF, percentuali sul totale degli intervistati/e.



scienza (convegni e seminari, aggiornamento professionale) e soprattutto per il contatto diretto con il fenomeno; i medici generici e i pediatri/e per un maggiore uso di media (tv, documentari, libri e giornali), mentre infermieri/e, assistenti, operatori/trici sanitari, oltre ai media, attraverso il passaparola di colleghi e amici.

Nel questionario sono stati introdotti due quesiti che riguardano specificamente la conoscenza da parte degli intervistati/e della legge italiana sulla prevenzione e divieto delle MGF (Legge n. 7/2006) e delle Linee Guida predisposte dal Ministero della Salute: entriamo quindi nel merito della padronanza e dell'uso di due strumenti essenziali per un corretto intervento da parte degli operatori/trici che vengono a contatto con utenza migrante, strumenti concepiti come ausilio agli operatori/trici sanitari nella complessa gestione e terapia dei casi di donne e bambine che hanno subito (o che rischiano di subire) MGF nel nostro Paese. Purtroppo è un'assoluta minoranza di operatori/trici (11,8% del campione, soprattutto ginecologi/ghe ed ostetriche) quella che dichiara di avere una buona conoscenza della legge sulle MGF: ancora inferiore è la percentuale di intervistati/e che ha una buona conoscenza dei contenuti delle Linee Guida, 8,4% (Gráfico 3.30). La

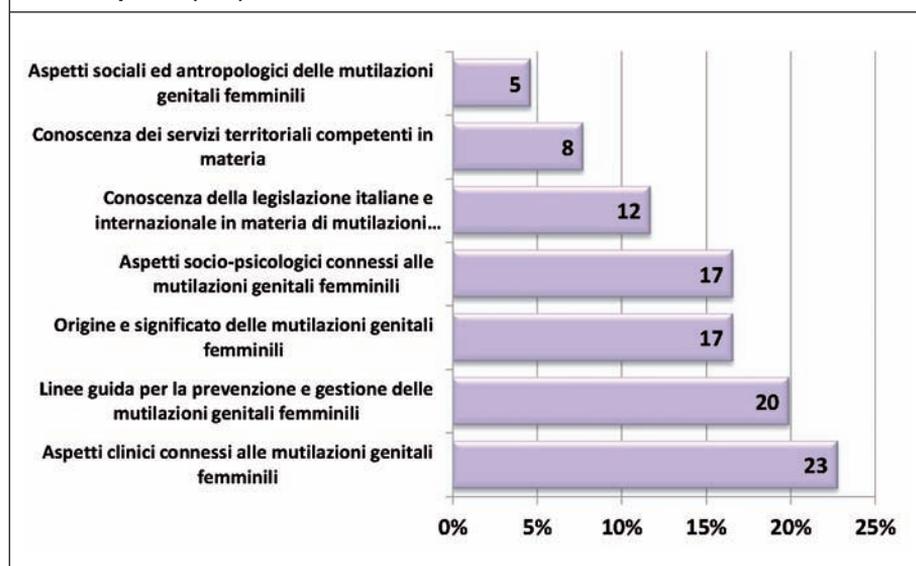
Grafico 3.30 – Conoscenza delle Linee guida sulle MGF del Ministero della Salute e della legge italiana Legge 9 gennaio 2006, n.7 “Disposizioni concernenti la prevenzione e divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”.



grande maggioranza degli operatori/trici (più della metà) non conosce né l'una né le altre (specie medici e infermieri/e), circa un operatore su tre ne ha invece una conoscenza superficiale (specie psicologi/ghe e ginecologi/ghe). Anche questo dato può essere confrontato con quello emerso nelle indagini precedentemente svolte su questo tema ed in particolare con i risultati emersi con riferimento alla regione Lazio (vedi nota 1) dove il livello di conoscenza complessivo della legge da parte degli operatori/trici sanitari era pari al 31,7%, dato decisamente inferiore al 48,1% stimato nella presente indagine e corrispondente alla somma di chi conosce bene e superficialmente la Legge. Per quanto riguarda le Linee Guida invece il livello di conoscenza risulta meno esteso: il 40% fra gli operatori/trici di Sicilia e Abruzzo contro il 63,9% tra quelli del Lazio nel 2009.

I servizi in cui esiste uno specifico protocollo di trattamento delle pazienti con MGF sono solo 7 e si trovano in maggioranza (5) in Sicilia. Se la gran parte degli operatori/trici (57%) dichiara che non esiste un tale protocollo nel servizio dove operano, quasi altrettanti dichiarano di non essere a conoscenza di questa informazione, ma molti ritengono che in caso di trattamento di pazienti con MGF o a rischio di subire MGF, l'informazione dovrebbe essere riportata sulla cartella clinica della paziente; tuttavia, circa un intervistato su tre non sa se questo avviene effettivamente. A fronte di questa situazione così carente quasi tutti gli operatori/trici (93%) riconoscono la necessità di una maggiore formazione sul tema, soprattutto attraverso corsi di aggiornamento professionale. Quasi tutti i temi proposti nel questionario come possibili argomenti da approfondire hanno riscosso l'interesse degli operatori/trici, tra questi quelli considerati maggiormente rilevanti si concentrano sull'approfondimento degli aspetti clinici connessi al fenomeno delle MGF e dei contenuti delle Linee Guida ministeriali (Grafico 3.31).

Grafico 3.31 – Le conoscenze in tema di violenza contro le donne che gli operatori/trici e le operatrici ritengono più importanti, frequenze % sul totale delle risposte (452).



3.7.2 Atteggiamenti verso il fenomeno MGF

Dall'analisi delle risposte alla batteria di domande relativa all'approfondimento del tema delle MGF emerge una nettissima consapevolezza degli operatori/trici intervistati/e nel situare i termini del fenomeno (Grafico 3.32): a partire dalla prospettiva dei diritti umani e della conseguente necessità di eliminazione della pratica, a quella della responsabilità dei Paesi di accoglienza dei flussi migratori proveniente da quei Paesi dove tale pratica è diffusa, all'esigenza di maggiore coinvolgimento dei media nell'informazione sul fenomeno. Tutti questi aspetti sono massimamente apprezzati dagli intervistati/e, raggiungendo livelli di accordo che coinvolgono la grande maggioranza delle risposte (tra 98% e il 95%). Anzi, si nota una forte propensione al massimo accordo soprattutto sui diritti umani e sull'implicazione da parte dei Paesi di accoglienza. La Dichiarazione e Programma d'Azione della Conferenza Mondiale sui Diritti umani del 1993, ha costituito la cornice teorico- giuridica del riconoscimento dei diritti delle donne quali diritti umani. Nell'articolo 18 si afferma che *"i diritti umani delle donne e delle bambine sono parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali. La piena ed eguale partecipazione delle donne nella vita politica, civile, economica, sociale e culturale, a livello nazionale, regionale e internazionale e l'eliminazione radicale di tutte le forme di discriminazione basate sul sesso costituiscono obiettivi prioritari della comunità internazionale. La violenza sessuale e tutte le forme di molestia e sfruttamento sessuale, incluse quelle derivanti da pregiudizi culturali e da traffico internazionale, sono incompatibili con la dignità e il valore della persona umana e devono essere eliminate"*. L'affermazione dei diritti delle donne e delle bambine è stato un tema ricorrente nelle agende delle organizzazioni internazionali e nelle azioni di governi nazionali occidentali e africani nelle lotte delle donne e

³⁰ Ci sono una serie di strumenti internazionali che riflettono l'impegno degli Stati a mettere fine alle pratiche tradizionali dannose, tra cui le MGF. Tali strumenti includono importanti articoli della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, della Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne e della Convenzione sui diritti dell'infanzia. Gli impegni sono reiterati nei piani d'azione scaturiti dalla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, dalla Conferenza di Pechino sulle donne e dalla Sessione speciale dell'ONU sull'infanzia. La risoluzione A/RES/56/128 dell'Assemblea Generale dell'ONU è interamente dedicata alle pratiche tradizionali o consuetudinarie che riguardano la salute delle donne e delle bambine, nel Protocollo sui diritti delle donne in Afri-

delle associazioni³⁰. Questa grande attività di informazione, elaborazione e mobilitazione ha dato i suoi frutti. Come detto, le MGF sono infatti percepite da quasi tutti gli intervistati/e come una violazione dei diritti umani, e questa opinione è molto profonda nella loro consapevolezza, in quanto l'assoluta maggioranza dichiara di essere completamente d'accordo con l'affermazione proposta. Ma anche la lettura di genere del fenomeno, che include tale pratica tradizionale tra le forme di violenza maschile contro le donne e la consapevolezza culturale del significato di appartenenza e di identità attribuito alle mutilazioni genitali nelle comunità che le praticano, riscuotono elevati livelli di accordo tra gli operatori/trici intervistati/e, anche se scendono le adesioni al massimo consenso (*molto d'accordo*) e si profila una quota consistente di disaccordo soprattutto su quest'ultima affermazione. Più articolate le posizioni sull'impostazione operativa e sulle modalità di intervento: gli operatori/trici si dividono nettamente tra chi predilige una lettura prevalentemente sanitaria delle mutilazioni genitali femminili e chi, invece, ritiene che il fenomeno necessiti una interpretazione più complessa anche nella prospettiva del trattamento terapeutico. L'adozione di proposte di mediazione culturale che prevedano la sostituzione della pratica con riti alternativi meno traumatici, risulta altrettanto controversa, ma con una prevalenza di chi disapprova questo approccio, rispecchiando in questo modo il dibattito che su tali proposte si è sviluppato a suo tempo in Italia³¹.

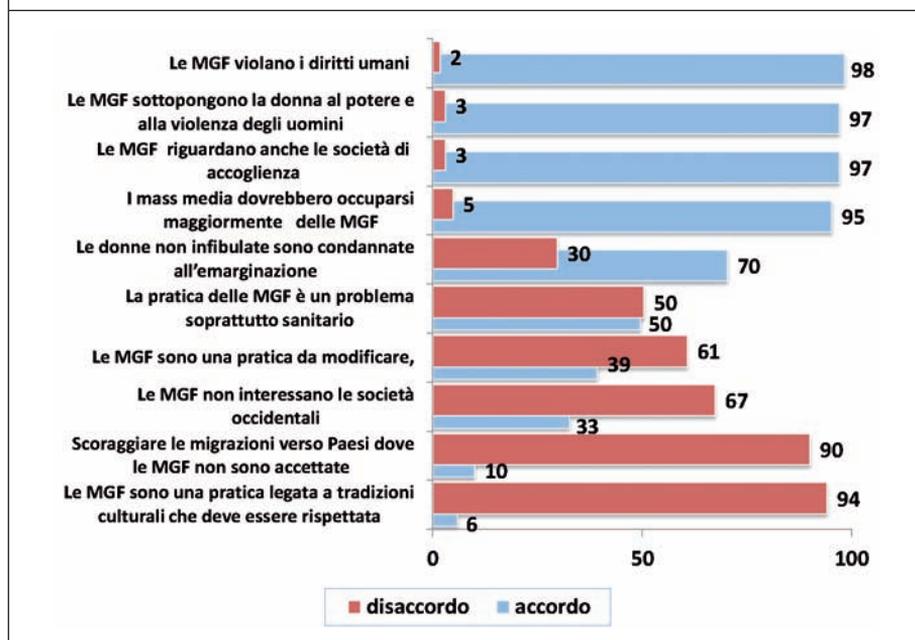
Sono decisamente rifiutate (90% e più di disaccordo) le affermazioni che propongono una lettura del fenomeno di tipo relativista, ossia che considera le mutilazioni come una tradizione culturale di alcune comunità e quindi in quanto tale da rispettare senza intervenire, ma anche su questo approccio è ricca la letteratura recente ed il dibattito che ha provocato³². Neanche la soluzione di scoraggiare selettivamente i flussi migratori delle persone provenienti da paesi in cui si pratica

ca, "Protocollo di Maputo" che fa parte della Carta africana sui diritti umani e dei popoli, gli Stati africani si impegnano a intraprendere tutte le misure necessarie per eliminare le pratiche sociali e culturali dannose. Gli impegni degli Stati mettono in risalto che le MGF rappresentano una vera e propria violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne e che hanno gravi conseguenze su di loro. Essi riflettono inoltre un sapere condiviso che le MGF sono una manifestazione della discriminazione nei confronti delle donne e delle bambine e della necessità della loro emancipazione.

³¹ *Abdulcadir Omar Hussien, L. Catania, 2005*

³² M. Fusaschi, 2003; C. Pasquinelli, 2007

Gráfico 3.32 – Atteggiamenti verso le mutilazioni genitali femminili secondo il livello di accordo (molto+abbastanza, poco+per niente), % sul totale delle risposte.



no le MGF e, in parte, la posizione di chi si chiama fuori ritenendo che questa pratica non interessa le società occidentali, non corrispondono alla posizione delle maggioranza degli operatori/trici che si esprimono chiaramente in disaccordo con queste affermazioni (Gráfico 3.32).

Per poter meglio analizzare il significato delle risposte ottenute andiamo a definire i profili degli intervistati/e attraverso le caratteristiche strutturali che li caratterizzano. L'analisi è limitata alle risposte sulle affermazioni più controverse, quelle cioè che presentano una sufficiente articolazione dei diversi livelli di accordo. La lettura che privilegia gli aspetti sanitari rispetto ad approcci articolati e complessi è il tema che più divide le opinioni degli operatori/trici sanitari intervistati/e: tra coloro che condividono l'approccio di tipo sanitario (50,4%), troviamo soprattutto i medici specialisti di ostetricia e ginecologia, seguiti dagli operatori/trici sanitari e infermieri e da chi presta servizio nei reparti di pediatria. Tra chi esprime un netto disaccordo su questa lettura troviamo i

medici di medicina generale e di pronto soccorso e in generale gli operatori/trici che lavorano presso strutture pubbliche piuttosto che private. A livello regionale il disaccordo è più elevato in Abruzzo.

Altrettanto controverso è il dibattito sull'adozione di riti alternativi alle mutilazioni genitali femminili, meno traumatici e gestiti da strutture sanitarie. Circa il 40% degli operatori/trici si esprime positivamente (equamente diviso tra molto e abbastanza d'accordo), tra questi si distinguono i ginecologi/ghe, i pediatri/e, gli infermieri/e e operatori/trici sanitari, coloro che lavorano nel privato sociale, gli operatori/trici della Sicilia. A questi si contrappongono coloro che non sono affatto d'accordo sull'adozione di tali pratiche alternative: questi sono più frequentemente medici di medicina generale e di pronto soccorso, gli operatori/trici che lavorano presso ambulatori specializzati per stranieri, in strutture pubbliche, in Abruzzo.

Il tema delle migrazioni si sovrappone a quello delle mutilazioni genitali femminili e ripropone il discorso dell'accoglienza, della gestione e del controllo dei flussi di migranti: le domande presenti nel questionario erano mirate a cogliere l'atteggiamento verso l'implicazione e il coinvolgimento attivo delle società occidentali meta dei flussi migratori. Se la risposta degli operatori/trici è netta nel rifiuto di politiche che impediscano o scoraggino l'arrivo di persone provenienti da paesi in cui si praticano le MGF (69% di "per niente d'accordo"), più articolate sono le opinioni sul coinvolgimento dei paesi occidentali sul tema MGF. Più di un quinto degli operatori/trici esprime il massimo accordo con l'affermazione che le MGF non interessano le società occidentali, mentre è circa il 40%, poco meno della metà, che non è affatto d'accordo. Tra questi spiccano coloro che hanno alti livelli di istruzione (laurea specialistica, master o dottorato di ricerca), i medici ginecologi, coloro che lavorano nelle strutture pubbliche e gli operatori/trici della Sicilia.

3.7.3 L'esperienza diretta

Entriamo ora nel merito delle rare esperienze dirette di assistenza a bambine e donne con mutilazioni genitali femminili, gli operatori/trici che sono venuti a contatto con pazienti con MGF sono 41 in tutto, pari al 17,3% del totale degli intervistati/e (Tabella 3.7). Il risultato rilevato attraverso la pratica degli operatori/trici è senz'altro superiore al dato emerso in altre indagini analoghe (vedi nota 1) dove il dato medio era

del 10% degli operatori/trici sanitari e sociali, anche se appare opportuno ricordare che il dato riferito ai soli operatori/trici sanitari sale in quella stessa indagine al 18%, quindi si attesta su valori del tutto simili a quelli emersi nella presente indagine e che ha coinvolto gli operatori/trici sanitari siciliani e abruzzesi.

Tabella 3.7 – Le è capitato durante la Sua esperienza professionale di assistere donne o bambine con mutilazioni genitali femminili?		
	Valori assoluti	%
<i>Si</i>	41	17,3
<i>No</i>	196	82,7
Totale	237	100,0

I casi di contatto con donne che hanno subito MGF si equi-ripartiscono tra le due regioni oggetto dell'indagine ed emerge come l'esperienza degli operatori/trici è spesso limitata all'incontro con un unico caso (Tabella 3.8): le motivazioni per le quali le donne con MGF si sono rivolte ai vari servizi sono prevalentemente legate alla gravidanza e al parto o alle necessità di cura connesse a disfunzioni urinarie o a patologie associate alle stesse MGF e, più frequentemente, ad una combinazione di diverse patologie come si evince dalla Tabella 3.9 .

Tabella 3.8 – Numero di casi di donne o bambine con mutilazioni genitali femminili assistite per regione, valori assoluti e percentuali.			
	Sicilia	Abruzzo	Totale
<i>Solo un caso</i>	9	10	19
	45,0%	47,6%	46,3%
<i>Più di 1 caso</i>	11	11	22
	55,0%	52,4%	53,7%
Totale	20	21	41
	100,0%	100,0%	100,0%

È interessante notare come tra le motivazioni per cui le donne o i genitori delle bambine con mutilazioni genitali femminili si sono rivolti al servizio dove operano gli intervistati/e, compaiono 7 casi di richiesta di de-infibulazione, prestazione complessa che richiede una specifica formazione sanitaria e, spesso, di assistenza psicologica della paziente.

Tabella 3.9 – Motivi principali per cui le donne o i genitori delle bambine con mutilazioni genitali femminili si sono rivolti al servizio, valori assoluti e % riferiti alle risposte alla domanda multipla.

	Valore assoluto	%
<i>Gravidanza e parto</i>	24	31,6
<i>Infezioni urinarie</i>	14	18,4
<i>Patologie ordinarie</i>	11	14,5
<i>Patologie connesse alle MGF</i>	8	10,5
<i>Disturbi mestruali</i>	8	10,5
<i>De-infibulazione</i>	7	9,2
<i>Altro</i>	3	3,9
<i>Disturbi psicologici</i>	1	1,3
Totale	76	100,0
Hanno risposto a questa domanda a risposta multipla 42 persone		

I rapporti tra gli operatori/trici intervistati/e e le donne o bambine con MGF sono nella maggioranza dei casi complessi e caratterizzati da diverse difficoltà: innanzitutto quella di comunicazione dovuta a motivi linguistici, seguita dalla diffidenza percepita dagli operatori/trici da parte delle donne, che, se associata ad altre analoghe indicazioni di disagio o problemi relazionali, diviene il principale motivo di difficoltà di interazione con le pazienti (Tabella 3.10).

Queste difficoltà sono generalizzate e riconosciute da altre ricerche e analisi su questi temi che individuano nelle difficoltà linguistiche e nella reciproca comprensione culturale i maggiori elementi di ostacolo riscontrati nell'assistenza all'utenza straniera, specie con riferimento a coloro che vengono dall'Africa, ed in misura minore rispetto agli immigrati che provengono da altre aree (paesi dell'Est o America latina)³³.

Sono 24 gli operatori/trici che hanno avuto contatti con bambine ritenute a rischio di subire qualche forma di mutilazione genitale, 10 in Sicilia e 14 in Abruzzo. Più della metà delle segnalazioni proviene dai reparti di pediatria (che si configurano quindi come il principale presidio per la prevenzione) seguono i reparti di ostetricia e ginecologia, quelli di psichiatria, i consultori familiari, i servizi di accoglienza attiva ed, infine, il pronto soccorso. I casi sono troppo pochi per poter analiz-

³³ ISTITUTO PIEPOLI S.p.A. 2009; Misiti, Rinesi, 2009.

Tabella 3.10 – Principali difficoltà incontrate nel colloquio con le pazienti, valori assoluti e % riferiti alle risposte alla domanda multipla.		
	Valore assoluto	%
<i>Difficoltà di comprensione per motivi linguistici</i>	23	25,0
<i>Atteggiamento di chiusura della paziente</i>	22	23,9
<i>Mancanza di un luogo tranquillo</i>	9	9,8
<i>Mancanza di tempo</i>	8	8,7
<i>Poca esperienza personale nel trattamento di problematiche connesse alle MGF</i>	8	8,7
<i>La presenza del partner o accompagnatore l'ha disturbata</i>	7	7,6%
<i>Resistenza della donna o dei familiari a seguire le indicazioni mediche</i>	7	7,6
<i>Nessuna particolare difficoltà</i>	4	4,3
<i>La presenza di una terza persona l'ha disturbata</i>	2	2,2
<i>Altro</i>	2	2,2
Totale	92	100,0
Hanno risposto a questa domanda a risposta multipla 42 persone		

zare le modalità di intervento attivate dagli operatori/ici, tuttavia il fatto che una buona parte di questi non hanno agito in alcun modo denuncia una reale difficoltà di intervento ed una carenza di strumenti soprattutto per la prevenzione della pratica.

3.8 Conclusioni

La ricerca quantitativa effettuata nell'ambito del progetto IRIS consente di ottenere un quadro inedito ed approfondito non solo sul funzionamento dei presidi sanitari quando incontrano donne (specie migranti) che hanno subito una qualche forma di violenza, ma anche sugli atteggiamenti, conoscenze ed esperienze sui temi della violenza contro le donne espresse dagli operatori/trici che vi lavorano. Il campione utilizzato nell'indagine rappresenta un gruppo di professionisti della salute operanti in una gamma di servizi che vanno dagli ospedali agli ambulatori sia pubblici che no profit, strutture pre-selezionate in base ad una mappatura che ha individuato servizi frequentati anche da una utenza migrante. La sua composizione, rappresentativa delle realtà campionate, è costituita da una maggioranza di medici, bilanciata da

una consistente rappresentanza di operatori/trici sanitari e sociali. Il campione è caratterizzato da una netta prevalenza di donne, e rappresenta soprattutto personale del servizio pubblico. Le loro risposte sono particolarmente utili per disporre di informazioni qualificate sul funzionamento delle strutture sanitarie in relazione al trattamento e alla presa in carico delle vittime di violenza e della crescente utenza di stranieri.

La carenza di servizi specializzati all'interno delle strutture coinvolte è il primo elemento di attenzione che emerge dai risultati: particolarmente limitata appare la strutturazione di strumenti specifici dedicati alle vittime di violenza sia in termini di sportelli dedicati (cui possono far riferimento solo il 15% degli operatori/ici), che di protocolli instaurati (che sono adottabili solo dal 29% degli operatori/ici); appare più critica la situazione dell'Abruzzo dove solo il 9% degli intervistati/e indica la presenza di sportelli nella struttura in cui presta servizio (in Sicilia tale percentuale è del 19%). La dotazione di servizi dedicati all'utenza migrante appare relativamente più diffusa: nel complesso poco meno della metà degli operatori/trici intervistati/e lavora in strutture che dispongono di uno sportello dedicato a questo tipo di utenza (42%), e circa il 30% in strutture dove esiste un protocollo specifico di intervento. In Sicilia il tema della salute dei migranti è presente attraverso strumenti dedicati secondo la testimonianza di circa la metà degli intervistati/e, mentre in Abruzzo la situazione appare decisamente meno sviluppata, sia in termini di sportelli operanti che di protocolli condivisi. Un ulteriore elemento di attenzione va posto sulla mancanza di informazioni del personale intervistato sulla presenza di tali servizi all'interno delle strutture in cui opera.

La consapevolezza della necessità di un adeguamento dei servizi alle nuove esigenze (crescente presenza di utenti migranti e adeguato sostegno alle vittime di violenza) è diffusa tra gli intervistati/e/e, ma la sua attuazione prevede formule diverse:

- *attraverso l'introduzione di nuove figure professionali specializzate o di nuovi servizi aggiuntivi, per la maggioranza;*
- *attraverso la ridefinizione ed il rafforzamento dei rapporti all'interno delle strutture mediante una maggiore collaborazione e la definizione di protocolli, per un numero inferiore di operatori/ici;*
- *attraverso una maggiore formazione, per una minoranza di intervistati/e.*

Su questo tema si manifestano delle peculiarità regionali: gli operatori/trici che prestano servizio in Abruzzo infatti puntano molto sulla necessità di istituire servizi specializzati aggiuntivi, al contrario gli operatori/trici della Sicilia vedono nella connessione tra settori e strutture il secondo strumento, in ordine di importanza, per supportare le migranti che hanno subito violenza.

Se il ricorso all'aggiornamento professionale generale è molto frequente, meno diffusa appare la formazione specifica e approfondita sui temi della violenza e della salute dei migranti, solo un terzo dei corsi frequentati ha infatti avuto come oggetto uno dei due temi. Di conseguenza la quasi totalità degli intervistati/e ritiene necessaria una maggiore formazione degli operatori/trici socio-sanitari sul tema della salute dei migranti e sulla violenza proprio attraverso corsi specifici.

La lettura della diffusione della violenza che emerge dall'insieme delle risposte è correttamente inquadrata nell'ambito delle relazioni familiari; mentre la maggiore attenzione dei media al fenomeno è individuata come il fattore responsabile per la sua aumentata visibilità sociale. È forse questo un riconoscimento degli interventi di comunicazione, informazione e divulgazione effettuate a livello locale (e nazionale) sulla violenza.

La lettura più sociale, rappresentata dalla connessione tra violenza e aree urbane degradate, è privilegiata negli ambulatori per stranieri e nei pronto soccorso, servizi in cui si può supporre che l'esperienza influenzi la percezione. Più un terzo degli intervistati/e attribuisce molta importanza alla capacità di reagire delle donne, ad indicare la presenza di un'area di forte consapevolezza del campione. La convergenza delle risposte sulle spiegazioni della violenza coerenti con la lettura che individua, alla radice dei comportamenti violenti, la conflittualità delle relazioni uomo/donna, si allinea nella prospettiva interpretativa consapevole ed interiorizzata del fenomeno della violenza. Anche nell'individuazione del rischio cui sono esposte alcune tipologie di donne, la risposta maggioritaria confluisce verso la percezione del fatto che la violenza sia un fenomeno diffuso e pervasivo, indipendente dai comportamenti delle donne, e radicato nella cultura patriarcale e maschilista, anche se resistono echi di stereotipi, sedimentati nel profondo, che individuano elementi di rischio per le donne vistose e attraenti.

Importante nell'orientare la lettura della violenza – ed è un aspetto che ricorre nell'analisi – il ruolo della formazione specifica pregressa: chi ne ha usufruito manifesta una maggiore consapevolezza e precisione nel suo riconoscimento e nella sua interpretazione. La stessa chiave di lettura si estende anche alle donne migranti, laddove la lettura di genere delle relazioni tra e intra le comunità di migranti, fa emergere la percezione che la violenza si concentri all'interno delle comunità, siano esse native o straniere. Deve tuttavia far riflettere l'asimmetria che si osserva nella percezione del rischio percepito nell'ambito della comunità nativa ed quelle dei migranti: la minaccia rappresentata dagli uomini stranieri è considerata molto più pericolosa per le donne italiane rispetto al rischio che correrebbero le donne straniere da parte degli italiani. Questo strabismo è indicativo di una superstita soggezione agli stereotipi e alle suggestioni mediatiche che hanno costruito la figura dello stupratore straniero ed enfatizzato la sua pericolosità, soprattutto rispetto alla potenziale aggressività degli uomini italiani verso le donne straniere, verso i quali si adotta una maggiore indulgenza, anche a causa dell'invisibilità di eventuali episodi di violenza e, tanto meno, di denunce.

Il nesso tra differenza culturale e rischio di violenza si concretizza nell'identificazione di specifiche comunità caratterizzate da un elevato pericolo di violenza. In particolare viene sottolineata la vulnerabilità delle donne provenienti dall'Est Europa, probabilmente a causa della loro prevalenza tra le donne trattate o coinvolte nella prostituzione; affiorano anche differenze territoriali legate alle diverse stratificazioni dei flussi migratori, nonché al diverso approccio culturale verso l'immigrazione.

L'esperienza con l'utenza migrante è una realtà consolidata in ambedue i territori (la quasi totalità degli operatori/trici la testimonia), anche se la maggioranza dei servizi ne ha una frequentazione episodica, diversificata a seconda della specializzazione del servizio che, per l'80% dei casi, non supera il 25% dell'intera utenza. Tra i due territori coinvolti si nota una maggiore utenza migrante tra gli operatori/trici dell'Abruzzo (98%) rispetto a quelli della Sicilia (88%), ma questo elemento va collegato al peso maggiore della presenza di immigrati in Abruzzo rispetto alla Sicilia. Si tratta di utenti prevalente-

mente compresi nella fascia di età giovanile-matura, ed una più limitata presenza di bambini, le donne sono in prevalenza, ma è presente anche un utenza maschile.

I dati descrivono situazioni dove emerge una tipicità della domanda migrante che si rafforza laddove il servizio è più specializzato e attrezzato verso questa specifica utenza. La risposta degli operatori/trici indica una grande disponibilità all'accoglienza di esigenze peculiari, che aumenta quando vi è una maggiore conoscenza delle problematiche particolari della salute dei migranti e della violenza, ottenuta attraverso una specifica formazione. Questo ha determinato una buona vigilanza sui casi di violenza sospetti o acclarati (64%) e ha dato la possibilità di fare luce – in base alla conoscenza diretta – sulle problematiche che emergono dall'incontro con donne migranti vittime di violenza. Nella relazione tra l'operatore e la paziente straniera vittima o sospetta di violenza, si creano difficoltà in grado di interferire o impedire la diagnosi o addirittura l'accoglienza e la comprensione delle problematiche di cui la donna che si rivolge al servizio è portatrice. Nell'affrontare queste difficoltà emerge come elemento fondamentale l'interpretazione del comportamento della paziente, aspetto che rende strategico il rafforzamento delle capacità individuali dell'operatore e quelle strutturali del servizio.

La combinazione di diverse forme di violenza emerge come modalità rilevante nell'assistenza alle donne migranti, la risposta che viene data, nella maggioranza dei casi, corrisponde alla necessità di massimizzare la collaborazione tra diversi reparti della struttura e la rete dei servizi, poiché risulta una pluralità di scambi tra servizi anche esterni alla struttura. Resta carente la refertazione e la certificazione della violenza diagnosticata.

Le difficoltà che si manifestano nella relazione con le pazienti straniere sono il segnale di quanto ancora deve essere sviluppato in termini di approfondimento e adattamento ad esigenze specifiche portate dalle donne migranti.

Quando si parla di violenza su donne straniere il discorso si allarga al tema delle pratiche tradizionali dannose in quanto forme di violenza contro le donne³⁴. Nell'indagine sono stati considerati i matrimoni for-

³⁴ CEDAW, *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 1979.

zati e le mutilazioni genitali femminili in quanto pratiche attuate in alcune comunità migranti residenti nel nostro paese ed in particolare nei territori dove si è svolta l'indagine. Le stime della diffusione di questi fenomeni sono molto scarse, anzi, inesistenti per i matrimoni forzati, ed episodiche per le MGF. L'indagine ha consentito di ottenere un quadro inedito sulla diffusione di tali pratiche tra le donne migranti utenti dei servizi intervistati/e nei due territori e sulle modalità di risposta erogate dagli operatori/ici. In particolare nel questionario sono indagate più in profondità le mutilazioni genitali femminili, in termini di conoscenza del fenomeno stesso e degli strumenti normativi e tecnici disponibili nel nostro paese.

Nel complesso del campione la conoscenza del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili è ben diffusa, dato che la maggioranza assoluta degli intervistati/e dichiara di conoscere l'esistenza della pratica e la maggior parte (53%) afferma di possederne una buona conoscenza: questo dato mostra un netto progresso rispetto ai risultati di analoghe indagini svolte qualche anno fa; naturalmente la competenza si concentra in alcune specializzazioni professionali, ma appare importante segnalare come alcune figure professionali cruciali nel sistema di presa in carico (medici di medicina generale, di pronto soccorso, infermieri/operatori/ici) dichiarino una conoscenza solo superficiale del fenomeno.

Purtroppo gli strumenti disponibili nel nostro paese sono poco conosciuti e mal sfruttati, sia la legge che le Linee Guida del Ministero della Salute risultano sconosciute alla maggioranza degli operatori/ici.

Sono molto pochi (solo 7) i servizi in cui esiste un protocollo di trattamento delle MGF, in maggioranza in Sicilia. I casi riscontrati sono 41 in tutto, pari al 17,3% del totale degli intervistati/e. Ma una valutazione più ampia è rilevata nelle forme di violenza in cui incorrono le donne migranti che si attesta intorno al 21%. L'incidenza è superiore alle stime presenti in altre indagini.

I casi di possibile rischio di mutilazione sono numericamente poco significativi, ma importanti in quanto più della metà delle segnalazioni proviene dai reparti di pediatria, che si configurano come il principale presidio per la prevenzione. I casi sono troppo pochi per poter analizzare le modalità di intervento attivate dagli operatori/trici che hanno risposto positivamente, tuttavia il fatto che una buona parte degli ope-

ratori/trici non sia intervenuta in nessun modo, denuncia una reale difficoltà ed una carenza di strumenti di intervento soprattutto per la prevenzione della pratica.

I rapporti tra gli operatori/trici e le donne o bambine con MGF sono nella maggioranza dei casi, complessi e caratterizzati da diverse difficoltà: innanzitutto quella di comunicazione dovuta a motivi linguistici, subito seguita dalla diffidenza percepita dagli operatori/trici da parte delle donne, che, se associata ad altre analoghe indicazioni di disagio o problemi relazionali, diviene il principale motivo di difficoltà con le pazienti.

Appare evidente che benché sia molto netta la consapevolezza degli operatori/trici intervistati/e nel situare i correttamente i termini teorici del fenomeno, l'esperienza diretta mette in evidenza difficoltà e lacune nell'approccio e nella pratica del trattamento, sia in termini di competenze individuali che di servizi e collaborazioni nell'ambito del sistema di presa in carico.

L'indagine ha solo tangenzialmente affrontato il tema del matrimonio forzato, scontando l'assenza di studi, di stime e la possibile ambiguità della sua identificazione. Tuttavia le risposte ottenute indicano l'affioramento di un fenomeno sommerso, dato che circa un terzo degli operatori/trici ha segnalato un incontro con pazienti straniere che potevano essere state costrette a contrarre matrimonio contro la loro volontà. In questo caso l'operatività e la possibilità di attivare misure e percorsi di intervento si è scontrata con l'assenza di strumenti legislativi o operativi adeguati.

CAPITOLO IV

Lo studio realizzato in Catalunya

di Daniela Heim, Gemma Nicolás Lazo, Cristina Fernández Bessa,
Encarnación Bodelón González

In questo capitolo si presentano i risultati della ricerca realizzata in Catalogna. Tale ricerca comprende un lavoro sul campo di tipo quantitativo di secondo livello ed uno di tipo qualitativo (interviste in profondità a persone esperte negli ambiti d'analisi di questo progetto). Il lavoro sul campo quantitativo di secondo livello è consistito nella raccolta e nella sintesi dei principali risultati degli studi più importanti sulle materia studiate, pubblicati in Spagna negli ultimi cinque anni³⁵.

Nel lavoro sul campo si sono realizzate 21 interviste, suddivise nei seguenti gruppi:

Gruppo 1: rappresentanti di associazioni o entità sociali con competenze sulle violenze di genere subite dalle donne straniere.

Gruppo 2: interviste realizzate a professionisti/e operanti nell'ambito della Sanità, dell'Educazione, dell'Amministrazione della Giustizia, del Dipartimento degli Interni e della Direzione Generale dell'Immigrazione della Generalitat della Catalogna e, infine, degli enti che intervengono nel Circuito di attenzione alla violenza di genere di Barcellona, che, nell'esercizio della loro attività lavorativa o delle loro funzioni all'interno dell'Amministrazione locale vengono a conoscenza di queste violenze e, in alcuni casi, hanno la possibilità e la responsabilità di prevenirle.

Nel corso di questo capitolo si farà riferimento alle differenti interviste mediante i codici alfanumerici che appaiono nei quadri che seguono, in cui si presenta l'elenco delle persone intervistate, la descrizione dell'ente cui appartengono e l'incarico o il ruolo professionale svolto.

³⁵ Tali risultati e la versione integrale dell'indagine, sono stati pubblicati nella pagina web del progetto (www.irisagainstviolence.it) e nel CD che accompagna la presente relazione.

GRUPPO 1 (Associazioni/Enti sociali)

Cod.*	Descrizione
1E	Mediatrice.
2E	Associazione di donne.
3E	Mediatrice.
4E	Coordinatrice entità sociale.
5E	Educatore Sociale.
6E	Coordinatrice entità sociale.
7E	Ricercatrice sociale.

GRUPPO 2 (operatori/operatrici, responsabili/e e tecnici/tecniche dell'amministrazione pubblica)

8E	Pediatra.
9E	Ostetrica.
10S	Ostetrica.
11S	Infermiera di Salute Pubblica e Ricercatrice.
12Edu	Professore di Istituto Superiore.
13Edu	Professoressa di Scuola Media.
14Int	Programma di Sicurezza contro la violenza maschilista (attualmente cancellato).
15Int	Direzione Generale Amministrazione di Sicurezza del Dipartimento degli Interni.
16Int	Mossos d'Esquadra-Policia de la Generalitat de Catalunya.
17J	Procura.
18J	Magistratura.
19Im	Direzione generale di Immigrazione. Generalitat di Catalunya.
20V	Programma delle Donne del Comune di Barcellona.
21Edu	Professoressa di Università.

¹ Le interviste sono identificate con il numero relativo e con una lettera che permette di identificare rapidamente l'ambito a cui appartiene l'intervista, in base alle corrispondenze seguenti: E= Entità sociale/Associazioni; S= Operatrici e operatori dell'ambito sanitario; Edu= Operatrici e operatori dell'ambito educativo; Int= Dipartimento degli Interni della Generalitat di Catalogna; J= Amministrazione della Giustizia; Im= Direzione Generale di Immigrazione, Generalitat di Catalogna; V= Circuito di attenzione alla Violenza di Genere.

4.1. Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

4.1.1. Conoscenza del fenomeno

Circa venti anni fa, le MGF erano praticamente sconosciute in Catalogna. Iniziarono ad emergere quando diversi pediatri ed ostetriche rilevarono casi di mutilazioni durante i controlli medici ordinari realizzati sulle bambine o nel corso delle gravidanze delle donne di origine subsahariana. Alla fine degli anni novanta, l'Amministrazione Pubblica catalana cominciò, quindi, a prestare attenzione al fenomeno:

“I primi casi si conobbero intorno al '90-'92, ma per ben 10 anni non si fece nulla. Meglio che nessuno parli del tema, che non si renda pubblico da nessuna parte [nei mezzi di comunicazione] e basta”. (19Im)

“Nel 2001 ci furono 2 casi nel Vallès che ebbero una gran risonanza sui mass media. A questo punto si creò una commissione parlamentare incaricata di elaborare un Protocollo di azione. Si elaborarono due protocolli: uno nell'ambito della Generalitat di Catalogna (Regione ndt) e uno a Girona, dove, per il tipo di lavoro che si realizzava, si costituì una commissione formata da tutti gli operatori implicati e si elaborò un protocollo parallelo a quello della Generalitat, che però dice più o meno le stesse cose. Questi due protocolli videro la luce nel 2002”. (16Int)

“Tra il 1992/1993 ed il 2003 non si fece nulla”. (21Edu)

Rispetto all'incidenza del fenomeno, tutte le persone intervistate sono concordi nell'affermare che attualmente i casi sono pochissimi. Non risulta, infatti, nessun caso di MGF in Catalogna dall'anno 2000. Data però l'incidenza che le MGF hanno in alcuni paesi, è possibile che alcune bambine che vivono in Catalogna possano subirne una durante un viaggio al paese d'origine:

“Da quel 2000... qui in Spagna, quando ci fu il caso di Banyoles... di una mutilazione che si praticò qui (...) In seguito, i casi di cui si ha conoscenza non sono successi qui, sono stati praticati nel paese d'origine. Da quando le MGF sono state proibite e sono perseguibili anche extra-territorialmente, non si sono rilevati casi e se ci sono stati, hanno fatto in modo che la bambina rimanesse là, senza riportarla mai più qui ...e poi, queste bambine saranno quelle che subiranno un matrimonio forzato. Non ritornano o ritornano solo quando sono già adulte”. (1E)

La popolazione a rischio non è distribuita in maniera uniforme su tutto il territorio, bensì vi sono zone con una maggior concentrazione, come nel caso del distretto di Girona, dove si è sviluppato maggiormente il lavoro preventivo. A Girona, in particolare, vive un gran numero di persone provenienti dal Gambia, paese subsahariano con un'alta incidenza di MGF³⁶:

“Ci troviamo adesso con bambine che sono le nipoti di persone arrivate negli anni '80, nel Maresme e al Pla de l'Estany. (...) Ho parlato molto delle zone di Girona, però si sta lavorando sodo anche in altri luoghi come nel Maresme e nel Vallès Oriental. C'è stata una crescita nella zona di Osona, a Vic c'è gente che è venuta in questi ultimi anni, ma nel Maresme, Vallès Oriental, la Selva, Girona, Pla de l'Estany e la Garrotxa ci sono molte persone che vivono qui da molti anni. (...) Parliamo di circa 18.000 persone (...) e tanto più aumenta questa popolazione, quanto più è necessario riprendere il tema”. (19Im)

Invece, nell'area metropolitana di Barcellona, la popolazione proveniente dalle zone in cui si pratica MGF è scarsa:

“La popolazione sub-sahariana a Barcellona è composta da circa 4.000 persone. Considerando l'Africa centrale si arriva circa a 5.000, di cui 2.000 sono donne. Tra queste, la maggior parte sono donne giovani o adulte e, in minor quantità, bambine piccole. Si tratta di una popolazione considerevole, ma la scarsità dei casi può dipendere da questo fatto, oltreché da una sottostima della popolazione sub-sahariana. Molte persone, inoltre, vivono e lavorano a Barcellona, ma sono domiciliate altrove. C'è la sensazione, quindi, che si tratti di una popolazione molto più numerosa di quella che risulta nei registri ufficiali”. (20V)

Pertanto, le testimonianze raccolte indicano che negli ultimi anni ci sono stati casi sospetti in alcuni quartieri della città di Barcellona, dove si è dovuto intervenire preventivamente. Nelle zone più remote e isolate della Catalogna, inoltre, si è rilevata la presenza di alcune famiglie considerate a rischio.

³⁶ L'incidenza delle MGF nella popolazione originaria dai diversi paesi è molto differente e dipende da fattori quali l'etnia, il legame che si stabilisce tra le mutilazioni genitali femminili e i precetti religiosi (anche se le MGF non lo sono) ecc. Tra le nazionalità maggiormente rappresentate in Catalogna si trovano: Senegal, in cui si stima un'incidenza del 28%, Gambia 78%, Nigeria 19%, Mali 92%, Ghana 4%, Guinea 96% e la Mauritania con un'incidenza del 71%, secondo i dati pubblicati dal Gruppo interdisciplinare per la prevenzione e lo studio delle pratiche tradizionali lesive GIPE / PTP, disponibili sul sito: http://www.mgf.uab.es/images/mapa_prevalencia_hd.png

4.1.2. Conoscenza degli strumenti

In Catalogna, lo sviluppo di strumenti di prevenzione per le mutilazioni genitali femminili inizia a partire dagli anni 2000, in concomitanza con l'aumento della popolazione residente nel territorio e proveniente da paesi che la praticano. In generale, i professionisti e le professioniste intervistate conoscono le linee guida ed i protocolli d'azione nei dettagli e valutano positivamente soprattutto il lavoro di prevenzione.

Una delle testimonianze raccolte segnala che le riforme giuridiche, successive all'attuazione dei primi protocolli, hanno avuto effetti persuasori nel rafforzare la prevenzione delle MGF nei Paesi di origine:

“la riforma della legge organica permette la persecuzione di qualsiasi straniero anche nel suo paese di origine (criterio di extraterritorialità). In un primo momento abbiamo pensato che fosse uno “specchietto per le allodole”, poi però ha avuto quell’effetto collaterale che a volte hanno le leggi e che non avevi previsto... Come faremmo noi ad andare in Mali per investigare su un delitto di un signore che ha mutilato una bambina? Già è molto difficile farlo qui. Tuttavia li è stato efficace, perché si dice: “Non fatelo qui, perché anche se lo fate qui, chi ne pagherà le conseguenze sarò io là”. (18J)

Dal 2007 il Segretariato per l'immigrazione del Governo della Catalogna sta promuovendo la creazione di tavoli locali di coordinamento del lavoro di prevenzione, inizialmente a Girona, e gradualmente sul resto del territorio dove risiede la popolazione a rischio:

“Dal 2007 (...) si sta evidenziando l'importanza della conoscenza degli operatori tra loro, quello che si inizia ad attuare sono tavoli di lavoro locali o territoriali. Attualmente ve ne sono una sessantina. Sono pochi o molti? Ce ne dovrebbero essere di più, ma già siamo presenti in quasi tutto il territorio catalano. Però a Girona evidentemente ve n'è il maggior numero, questo anche perché é realmente presente una maggior popolazione a rischio”. (19Im)

Per quanto riguarda l'intervento della polizia regionale catalana (Mossos d' Esquadra), le interviste suggeriscono che inizialmente era più attiva di quanto non lo sia attualmente, perché in precedenza interveniva come polizia comunitaria nella prevenzione delle MGF mentre adesso le sue funzioni sono disponibili solo come ultima risorsa:

“Attualmente interveniamo solo quando il resto degli operatori ce lo chiede. Puntualmente (...) ci chiedono di agire come dei poliziotti e di dire loro che sappiamo che stanno per viaggiare e di avvertirli che la bambina deve ritornare integra. Ciò accade in situazioni di emergenza. Nei casi in cui c'è più tempo, invece, gli operatori già si organizzano. (...) Insomma, agiamo quando è necessario agire in tempi stretti o il pericolo è imminente. Comunque, questo viene fatto per evitare di andare in tribunale. Il giudice non decide da un momento all'altro di ritirare il passaporto. Noi facciamo tutto il lavoro possibile per essere sicuri che non accadrà nulla (...). Il giudice è l'ultimo filtro. (...) Noi siamo il penultimo. Prima eravamo abituati a fare molta più pedagogia. Quando si interviene in un caso di rischio, facciamo istanza per l'inizio del procedimento giudiziario”. (16Int)

Per quanto riguarda l'attività della Procura, essa si divide in due fasi:

“Innanzitutto, quando veniamo a conoscenza di questi casi, raccogliamo tutte le informazioni. Poi richiediamo al Tribunale competente di stabilire tutte le misure cautelari necessarie per impedire che si commetta il reato. Questo siamo in grado di farlo in virtù delle ultime riforme legislative. Bisogna tener in conto, peraltro, che la MGF è punibile come reato non solo una volta consumato, ma anche in fase di concepimento del reato. Quindi, se veniamo a conoscenza che due o più persone si sono messe d'accordo per commettere il reato della MGF, nulla osta ad intervenire, perché il fatto è già punibile. Ciò che facciamo è presentare un'istanza al Tribunale competente dicendo che siamo venuti a conoscenza di questa situazione, mettendo a disposizione tutta la documentazione e, infine, richiediamo che si stabiliscano penalmente tutte le misure cautelari per evitare il verificarsi del reato”. (17J)

“In concreto, ciò che chiediamo è che si stabilisca per i minori un divieto di uscita dal territorio nazionale, che si ritiri il passaporto per impedire loro di lasciare il paese (...). Possiamo anche richiedere la sospensione cautelare della patria potestà dei genitori e il conseguente ingresso dei minori in un centro d'accoglienza e, quindi, che la tutela sia assunta dalle autorità competenti. Richiediamo, inoltre, di raccogliere le dichiarazioni dei genitori su cui gravi il sospetto che vogliano portare la minore al paese d'origine, o altrove, per praticare la MGF. Infine, richiediamo la citazione di coloro che riteniamo possano essere informati sui fatti”. (17J)

È necessario aggiungere che nel 2008, dopo l'approvazione della legge catalana sulla violenza di genere, è stato creato un gruppo di lavoro sulle MGF ed una commissione per il monitoraggio. Ciò potrà rafforzare notevolmente il lavoro di prevenzione poiché, oltre a disporre di un quadro giuridico e gerarchico all'interno del protocollo, consentirà il coinvolgimento di altre agenzie.

4.1.3. Punti di vista e percezioni

In questa sezione si sono raccolti i punti di vista delle persone intervistate in relazione:

- alla pratica della MGF;
- alle conseguenze del trattamento politico e mediatico del tema;
- alle percezioni rispetto alle possibilità di eliminazione delle MGF in futuro.

È importante evidenziare come le persone intervistate descrivano e interpretino la percezione di sé e del tema da loro riscontrate nelle donne che hanno subito MGF:

“Noi parliamo di mutilazioni genitali femminili e loro di circoncidione, che ha un significato completamente diverso (...). Infatti, non ne hanno coscienza. Ne diventano consapevoli solo quando viene loro spiegato, ma spesso non viene comunque interiorizzato (...) come una violenza. Dobbiamo spiegarglielo noi. Sanno che qui non vengono fatte mentre là sì e che se non viene fatta (...) a molte di loro dicono: “Se non ti circoncidi le donne vibreranno dal desiderio quando vedono un uomo come se non si potessero controllare” (...). Peraltro, c'è da considerare il fatto che se non la fanno, non possono farle sposare e quindi rappresenterebbero una spesa per la famiglia”. (6E)

“Ora è più facile con le donne; voglio dire, parlano tra loro, e quelle che vivono qui lo spiegano alle nuove arrivate. E' più facile. Prima, quando ne parlavamo con loro, la prima cosa che facevano era chiudersi in se stesse e non dirci più nulla”. (S9)

Per quanto riguarda il coinvolgimento degli uomini sul tema, esiste un dibattito che possiamo sintetizzare in questi termini: da una parte c'è chi ritiene che si tratti di una questione su cui possono esprimere un parere solo le donne, visto che è una pratica tradizionale riservata

esclusivamente a loro; dall'altra, c'è chi considera che anche gli uomini possano dire la loro:

“È una questione che gli uomini hanno quasi sempre evitato, perché in realtà riguarda soprattutto le donne (...). L'uomo non rientra nel rituale e non ne vuole sapere nulla, per loro l'unica cosa importante è che le donne arrivino al matrimonio mutilate. (...) tutto ciò che riguarda il rituale e tutto l'armamentario interessa solo alle donne”. (10S)

“Quando sono stata in Gambia ero convinta che si trattasse di un tema legato solo alle donne, in cui comandavano le donne e, quindi, che solo loro dovessero essere le nostre interlocutrici. Quando iniziai ad approfondire l'argomento, però, mi resi conto che mi stavo sbagliando. Mi risultò chiaro tempo fa, quando mi recai in una casa qui a Girona. Stavo parlando con una donna, l'uomo stava seduto sul divano e lui mi disse ridendo: “Parla pure con la mia donna che tanto io da questo divano posso chiamare in Gambia e decidere se la toccano o no”. Da allora, ho lavorato sia con le donne che con gli uomini. Cerchiamo un “compromesso” fra tutti. Se c'è anche solo una delle parti coinvolte di cui non ci fidiamo, ci rivolgiamo direttamente al Tribunale, perché vogliamo che, in caso di rischio, le parti coinvolte raggiungano un accordo formale”. (16Int)

“C'è la cattiva abitudine di dire che si tratta di un tema che riguarda solo le donne. Le donne che tagliano sono donne anziane e, casualmente, quasi sempre, sono le anziane delle famiglie degli uomini (...). Come minimo, sarà più facile che la mutilazione non avvenga se convinciamo entrambi! O, almeno, che uno convinca l'altro, se non è del tutto convinto!”. (19Im)

“Gli uomini (...) è più facile parlare con loro, sai? Perché hanno avuto rapporti con donne di qui. La migrazione è stata asimmetrica in termini di genere. Un giorno, un tipo molto simpatico mi disse: “Ora capisco perché mia moglie è come una “pietra” a letto (...)”. Lui amava molto sua moglie e quindi mi chiese: “Che posso fare?”. “Guarda”, gli risposi, “amala molto, prenditi cura di lei e non mutilare le tue figlie (...)”. (21Edu)

Per quanto riguarda la rilevanza penale delle MGF, le persone intervistate, in generale, sono favorevoli alla tipizzazione di un reato penale specifico:

“Io, in quel momento, avevo molti dubbi sull’effetto che ciò avrebbe avuto sulla popolazione che pratica le MGF o su quella a rischio, soprattutto perché è stato fatto alle loro spalle. Voglio dire, non fu una legge che contava sul consenso di una comunità che diceva: “vogliamo questo!” (...). Qui c’erano delle esigenze avanzate da una Catalogna bianca, una Catalogna che non pratica la mutilazione. Quando si regola un fenomeno, si corre il rischio che la comunità si senta messa in discussione, limitata o che abbia la sensazione che la vuoi correggere (...), e si possono ottenere gli effetti opposti (...). Devo dire che questo non è successo qui. La legge è stato un elemento positivo per molte famiglie. Il fatto che la pratica fosse tipizzata e punita in maniera così grave, rappresentò un aiuto per molte persone (...) per sfuggire dalle pressioni delle comunità di riferimento”. (16Int)

“La legge è importante perché offre un quadro giuridico per lavorare. In ogni caso, una legge c’era già anche prima.... È la extraterritorialità che è rilevante (...), tuttavia, in fondo, credo che la direzione giusta sia quella della conoscenza, del “dare potere” alle persone affinché possano decidere, comprendere e non perché lo dice la legge. (...). La legge non ha mai cambiato nessuna realtà. Io dico sempre, è proibito rubare ed è proibito uccidere, però...”. (21Edu)

Le persone intervistate sottolineano che la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili è un tema delicato che deve essere trattato con cura, responsabilità e sensibilità, anche dai mass media:

“Bisogna andarci con i piedi di piombo e con molta sensibilità. Non possiamo approcciarci al tema attaccando, perché così facendo otterremo solo una reazione di chiusura totale. A volte abbiamo paura, ci preoccupiamo del fatto che se tocchiamo il tema o cerchiamo in qualche modo di avvicinarci a loro... possano credere che siamo favorevoli alla mutilazione... non sia mai che pensino che siamo favorevoli alla mutilazione! Quindi, c’è bisogno di molta formazione e sensibilizzazione degli operatori e delle operatrici del settore”. (10S)

“Ci fu un programma in tv, anni fa, che mi fece arrabbiare moltissimo. C’era un movimento interno che funzionava molto bene e che raggiunse risultati importanti. Eravamo molto motivate (...). Il presentatore chiese a una donna, in diretta tv, se fosse stata mutilata. Questo è inammissibile! Quando una donna sta lottando contro la MGF, non ha

importanza se sia stata mutilata o meno. Quella donna aveva fatto un gran lavoro interiore, mille piccoli passi... e quel giorno tutto questo lavoro fu distrutto da quella domanda". (9S)

Gli operatori e le operatrici che lavorano nell'ambito del Circuito di attenzione alla violenza di genere della città di Barcellona segnalano che, oltre alla MGF, ci sono altri gravi problemi che riguardano le donne, con un numero di casi molto superiore, che richiedono, quindi, l'attenzione delle Istituzioni:

"Sono tutte le altre tipologie di violenza quelle che occupano principalmente il nostro lavoro all'interno del Circuito. (...) Per esempio, è molto più frequente l'abuso sessuale delle donne sotto l'influenza di sostanze chimiche, che la mutilazione. La questione della "tratta delle donne" è stata inclusa come violenza maschilista e ci sono molti più casi rispetto alla mutilazione. Sfruttamento e tratta sono questioni gravi, tanto quanto la mutilazione, e molto più presenti". (20V)

Quasi tutte le persone intervistate hanno la percezione che si stia andando nella direzione giusta e che le MGF possano essere eliminate alla radice. Ritengono, tuttavia, che non sia sufficiente il fatto che cessi la loro pratica o che non si rilevino altri casi in Catalogna. Ci vogliono profondi cambiamenti nei paesi di origine praticanti:

"Penso che sia un lavoro lento (...) che deve essere fatto in maniera multi-disciplinare e non da un unico gruppo. Affinché un giorno possa sradicarsi la pratica della MGF, dovrebbe avvenire una trasformazione sociale, culturale e religiosa. Se vi è solo una trasformazione culturale, ma non cambia né la religione, né la società, allora non arriveremo mai a nulla. Dobbiamo fare come un puzzle e fare in modo che questi tre elementi si uniscano. Quando ci sarà una trasformazione in ognuno di questi elementi, allora – credo – si potrà raggiungere l'obiettivo". (10S)

"Alla fine si sconfiggerà la MGF da qui, dall'Africa e dalle comunità. E il modo è quello di comprendere le conseguenze sulla salute, capire che non serve a nulla e che il Corano non dice nulla di tutto ciò (...). Da qui si può spiegare in questo senso, ma la cosa migliore sarebbe che un bel giorno qualcuno "di là", nella propria lingua, cominci a lottare per questo e non venga visto come un tema occidentale o da una prospettiva europea". (19Im)

Un'esperta, che lavora su questi temi da oltre vent'anni, fa un bilancio triste della situazione, basandosi sulla sua esperienza nei paesi d'origine:

“Il mio bilancio è triste, molto triste, perché, dopo oltre 25 anni dalla fondazione della IAC, i tassi di incidenza non sono cambiati (...). Si sono investiti milioni di dollari negli ultimi 25 anni e i risultati sono sotto gli occhi di tutti. Si pensi a paesi come l'Egitto, ad esempio, che è uno dei paesi più sviluppati dell'Africa. Nel '95, quando si proibì la MGF, c'era un tasso di incidenza del 97%, e il DHS del 2005 ci dice che il tasso era del 96%. C'è stata una riduzione dell'1% in dieci anni! (...) Quindi, credo ci sia veramente bisogno di fermarsi e rivedere le metodologie che si stanno usando, in quali contesti funzionano”. (21Edu).

In ogni caso, considera che il lavoro realizzato dal suo gruppo possa contribuire a migliorare la situazione. Si tratta di una proposta di intervento che punta sulla formazione degli operatori e delle operatrici che lavorano a stretto contatto con le persone coinvolte, sia in Europa che nei paesi di origine:

“Per quanto riguarda il lavoro che stiamo facendo, penso che sia una buona strada da percorrere, esportabile nel resto d'Europa e dell'Africa e in questo senso si sono espresse anche le Nazioni Unite. Penso che in questi tempi di crisi economica, in cui è necessario fare investimenti oculati, dopo aver fatto una revisione, si sono resi conto che gli indici di incidenza erano rimasti invariati ...che avevano investito milioni di dollari puntando sul metodo della ricerca applicata, che consiste nel trasmettere conoscenze poco a poco, a cascata. L'unica cosa che rende il progetto sostenibile è, dunque, quel po' di conoscenza che riesce a trasferirsi. Quando si formano operatori esperti, che lavorano sul territorio, sia in Spagna sia in Africa (...). Penso inoltre che si tratti di un lavoro che rafforzi tutti gli altri”. (21Edu).

Peraltro, nonostante il fatto che le persone intervistate non abbiano approfondito l'argomento, sono emersi dal ricerca sul campo alcuni cenni sul dibattito internazionale relativo alla pertinenza ed efficacia della realizzazione di rituali alternativi che non implicino l'asportazione dei genitali femminili:

“Sono in disaccordo con il rituale di iniziazione che si propone in alcuni luoghi, perché so che le comunità ritengono che non debba

esserci niente di alternativo. Credono si tratti di una pratica da eliminare alla radice, senza alternative. Se mai avessi incontrato una donna che mi avesse detto di aver bisogno di un alternativa e che avremmo dovuto costruirla, allora l'avrei costruita con lei". (8S)

"Fino a due anni fa, quando assistei al primo congresso Internazionale sulle MGF tenutasi a Banjul e dove vennero persone da tutto il mondo, la questione delle mutilazioni genitali femminili la vedevo diversamente da come la vedo adesso. Ovviamente credo sia un fatto da eliminare alla radice, però, forse, il nostro modo o il nostro atteggiamento non era quello corretto e non lo è tuttora (...) perché è molto difficile colpevolizzare una madre, quando lei stessa lo fa per amore. Anche se noi non lo possiamo comprendere. Facciamo fatica a comprenderlo. Credo che, come succede per esempio in Kenya e in Tanzania (...), si stanno raggiungendo piccoli traguardi, poiché si salta il rito di passaggio, il primo passo, ossia il momento di maggior dolore e di sangue che, in realtà, per loro, è il momento cruciale del rito. Il fatto che saltino questo passo e che facciano tutto il resto, cioè che svolgano il rito di iniziazione senza realizzare la mutilazione, mi fa essere speranzosa. E ci sono già due paesi, come Kenya e Tanzania, dove ci stanno riuscendo". (10S)

Va notato, tuttavia, che la stessa persona ritiene che i riti alternativi non abbiano nessun senso nel caso di MGF eseguite su bambine molto piccole:

"Se stai per fare questo perché è un rito di passaggio in cui, oltre alla questione fisica, ci saranno durante quei giorni anche altre componenti, come trasmettere alla donna come dovrà comportarsi come moglie, come madre, nella società... allora non ha senso per le bambine piccole, perché per una neonata o una bambina di quattro mesi o di un anno o due anni, non c'è nessun altro componente, c'è solo la questione fisica". (10S)

4.1.4. Protocolli: punti forti e punti deboli

In questa sezione si è cercato di tirare le somme sui punti di forza e di debolezza dei protocolli, basandoci sulle opinioni delle professioniste ed esperte intervistate che lavorano nell'ambito della prevenzione delle MGF e conoscono, quindi, gli strumenti di lavoro e il loro funzionamento.

Per quanto riguarda i punti di forza, una delle questioni più rilevanti è quella del controllo della popolazione a rischio:

“La popolazione proveniente da luoghi dove ci sono etnie che praticano la MGF è molto controllata attraverso le reti sanitarie o scolastiche. “Controllata”, nel senso che si sa da dove provengono e, dunque, si può fare un lavoro preventivo. Se le bambine tornassero da un viaggio mutilate, si verrebbe a sapere”. (14Int)

“Qui si sta lavorando molto perché ci sono 20 tavoli di lavoro in funzionamento [nella regione di Girona] e, pertanto, la maggior parte delle bambine, se non tutte, hanno un tavolo di riferimento. Ogni bambina potenzialmente a rischio è seguita da una persona esperta dell’ambito educativo e sanitario e, inoltre, è seguita dalla polizia che ne garantisce l’incolumità fisica”. (16Int)

Il coordinamento tra i diversi settori professionali, con l’attribuzione di responsabilità e competenze specifiche, è considerato un aspetto molto rilevante dei protocolli:

“È essenziale che ci sia un protocollo che coinvolga tutti i Dipartimenti della Regione, così tutti sanno cosa fare (...). Senza protocollo non avremmo né tavoli, né gruppi di lavoro. Avremmo solo quattro operatori, sensibilizzati sul tema, che lavorano per conto proprio. Avere degli operatori molto coinvolti, volenterosi e preparati è senz’altro un bene, ma purtroppo non è sufficiente. Dobbiamo impegnarci affinché tutti lavorino con la stessa responsabilità”. (16Int)

“Un giorno, un pediatra mi disse: “Questo non è solo un problema di salute”(…) ed io risposi, “No, ha ragione, ma comunque si può fare anche educazione sulla salute in questo tema.” (...) Nell’ambito sanitario lavorano molto con i protocolli, tutto è molto protocollato, allora aggiunsi: ‘Guardi, qui è prevista come attività...’, allora, iniziò a vederlo in modo diverso”. (11S)

Nonostante le valutazioni positive già menzionate, l’elenco dei punti deboli è lungo e spesso in relazione con la complessità stessa del fenomeno o con la predisposizione degli strumenti preventivi. Uno dei problemi segnalati riguarda il diverso grado di attuazione del Protocollo in funzione di diverse variabili: il territorio, gli sforzi fatti nel lavoro preventivo, la popolazione a rischio residente nella zona e, infine, la motivazione degli operatori coinvolti.

Una debolezza generalizzata, rilevata da quasi tutte le persone intervistate, è il disconoscimento totale dei protocolli e del fenomeno delle MGF da parte di alcuni operatori in determinati territori. La Direzione Generale per l'Immigrazione della Generalitat della Catalogna è consapevole di questo:

“Si è fatta formazione nei diversi ambiti? Non tutta quella che avremmo voluto. Ci sono state delle Giornate. Nell’ambito sanitario si è fatta molta più formazione, anche se è un tema su cui non ci sono molti casi... Siamo stati proattivi, ma dobbiamo far i conti con i soldi che abbiamo. Man mano che si organizzano i tavoli di lavoro, approfittiamo dell’occasione per realizzare una sessione formativa o per fare un seminario attraverso l’Istituto Catalano della Salute oppure attraverso altri ambiti”. (19Im)

Un altro punto debole è la prevenzione, poiché, come affermano molte delle persone intervistate, nonostante la diffusione dell’informazione, l’elaborazione di materiali specifici e la formazione rivolta a operatori e a operatrici dei diversi settori, l’efficacia del lavoro preventivo dipende, in ultima analisi, dal grado di motivazione di chi lo realizza. Le carenze nell’implementazione dei Protocolli e i diversi gradi di coinvolgimento degli operatori finiscono per generare problemi:

“A volte si fa tutto di corsa, all’ultimo momento. Ciò succede perché manca molto lavoro di prevenzione. Ci sono stati casi in cui hanno ritirato il passaporto alla bambina quando, in realtà, noi avevamo già lavorato con questa bambina. Sia io sia la mia collega, come educatrici, avevamo già fatto molto lavoro e sapevamo che quel padre non avrebbe mutilato la figlia. Poi, però, l’assistente sociale venne a conoscenza del caso all’ultimo minuto e, per la mancanza di coordinazione, non si lavorò bene, le ritirarono il passaporto e quindi...”

Il padre non voleva mutilare la figlia. Dissi loro che avevamo lavorato molto, che ero sicura che non avrebbe mutilato la figlia (...). Casi così creano sfiducia e un brutto ambiente. Peraltro, non era un problema di lingua, dato che il padre parlava sia il catalano che il castigliano. Le cose andarono così proprio per la mancanza di prevenzione, per la mancanza di contatto con la famiglia. Perché se si conosce abbastanza bene una famiglia e si mantiene il contatto, questi errori non si verificano. Anche se non sei un pediatra, si può capire se è una famiglia a rischio o meno”. (1E)

“Ci fu un caso che alla fine non fu a rischio, ma non si poteva sapere prima... visto che non ci fu nessun lavoro preventivo con la famiglia. L’allarme scattò in occasione di un viaggio. Il semplice fatto di essere africano e di voler fare un viaggio non definisce una situazione di rischio. Ci devono essere anche altri elementi. In questo caso, fu fatto un intervento telefonico per avvisarli che le bambine sarebbero dovute ritornare integre... Il giudice non poteva ritirare il passaporto per mancanza di prove. Questo caso emerse in ambito sanitario e scattò l’allarme ma, naturalmente, non vi erano indizi sufficienti. Il caso non era stato sufficientemente studiato. Nell’ambito sanitario non si era parlato con loro... così si ritrovò a parlare con loro solo la polizia e, inoltre, all’ultimo minuto”. (16Int).

Per quanto riguarda il ritiro dei passaporti alle bambine, l’agente di polizia intervistato afferma che, a fini preventivi, è preferibile agire con sufficiente anticipo rispetto ai fatti:

“È meglio ritirare i passaporti per tempo e che la gente si adoperi per recuperarli nel caso in cui voglia viaggiare. Così ci assicuriamo che siano consapevoli delle conseguenze alle quali vanno in contro se realizzano una determinata pratica”. (16Int)

Così come ci ha riferito un operatore dell’ambito sanitario, può anche succedere che, una volta attivato l’allarme per il rischio di mutilazione (soprattutto considerando l’imminenza di un viaggio), si dispongano misure cautelari, senza aver realizzato nessun lavoro preventivo con la famiglia, né nessun lavoro immediatamente posteriore:

“Nel 2008 le ritirarono il passaporto. Poi, in quella famiglia, nessuno lavorò nuovamente con lei per i due anni successivi. Quindi, naturalmente, ci fu una certa resistenza. Una volta che succede una cosa così, allora è più difficile lavorarci sopra, anche se la donna ci aveva accolto molto bene”. (11S).

Questa situazione, come commenta la professoressa intervistata, è dovuta al fatto che esistono due linee di azione, una preventiva e una reattiva, frutto di una “applicazione perversa” dei protocolli:

“... non si rispetta il protocollo e i poliziotti finiscono per fare il lavoro di prevenzione. Così, a partire da qui, comincia ad esserci una specie di “biforcazione di percorsi”: da un lato, un lavoro di ricerca serio, che promuove la formazione per la prevenzione da parte dei servizi sanitari, sociali ed educativi; dall’altro una linea molto, molto più... difficile... capisci?”. (21Edu)

In definitiva, il lavoro di prevenzione non viene fatto correttamente:

“Se questa strada non funziona e l’operatore o l’operatrice non hanno potuto fare un lavoro di prevenzione, perché per esempio non sono riusciti ad avvicinarsi alla famiglia ecc. ... beh, allora, c’è la polizia. Non è che ci siano due percorsi, in realtà ce n’è uno solo; noi apportiamo un contributo importante, cioè tutto il percorso della conoscenza e della formazione per la prevenzione. È come se ci fossero tre parti e l’ultima, che è questa (...), cosa fanno? Nulla! E chi fa prevenzione alla fine sono i poliziotti. Sono loro che comunicano con i direttori delle scuole. Ossia, quando c’è un caso, o una bambina durante la ricreazione racconta che sta per partire per il Senegal, allora, chiamano direttamente la polizia e quindi, tutto questo percorso non sarà fatto”.

“Il bilancio è che si sarebbe potuto fare molto più lavoro di prevenzione e che le istituzioni dovrebbero investire maggiormente nella formazione dei loro operatori, specialmente su quelli dell’ambito sanitario, dei servizi sociali e dell’istruzione. Sono tre ambiti privilegiati, perché già esiste un contatto con le famiglie, cioè non si irrompe nella vita di una famiglia, bussando alla porta e chiedendo il passaporto”.

Poi c’è la questione dell’“interlocutore di comunità”: *“(…) Con me non interloquisce un poliziotto, ma l’insegnante dei miei figli, l’infermiera, questa è la gente che interloquisce con me e a cui do ascolto (...) questo da una parte. D’altra parte, penso che (...) li guardano in modo perverso, come se fossero persone che non si possono integrare, incapaci di comprendere una nuova realtà (...) non sono gli stessi che in Africa (...)”.* (21Edu)

Un’altra problematica, associata a questo tipo di situazioni, è rappresentata dalla possibilità che il Giudice stabilisca misure cautelari di grande impatto sulle famiglie, senza aver raccolto elementi sufficienti per conoscere il tema e prendere una decisione:

“Il Giudice si rivolse all’assistente sociale con una domanda molto diretta: “Pensa che la bambina sarà sottoposta a una mutilazione genitale?” E lei disse: “Io questo non lo posso dire; io, come professionista, posso dire ciò che ho visto: la famiglia non ha mai nascosto l’intenzione di partire e ha realizzato tutti i controlli pediatrici e le vaccinazioni; la bambina aveva chiesto quali erano i compiti da svolgere e per

questo la scuola era venuta a conoscenza del viaggio; la madre ha dichiarato di essere contraria alla pratica della mutilazione e ...io non lo so. Il giudice è lei, però...". Il giudice non è preparato su quest'argomento e passa la patata bollente agli operatori e questi si trovano in una situazione delicata... non è facile per loro". (11S)

In questo senso si esprime anche il giudice intervistato:

"Ci si affida molto al criterio degli operatori. Il giudice non può saperlo. Dal giudice vanno quello dell'associazione dei vicini, la mediatrice culturale, la polizia che ha parlato con la famiglia, il maestro... se c'è tempo; però a volte non c'è e occorre accelerare".

Il direttore della scuola dice: *"questa bambina è nella nostra scuola e abbiamo notato un comportamento... (...) Naturalmente non hai tempo di... L'unica cosa che puoi dire è: "Per il momento, che non parlano". Poi parlerò con i genitori e si vedrà... (...) Successivamente, di solito i genitori si tirano indietro e si archivia il caso". (18J)*

Nonostante il fatto che nei casi di sospetto si stabilisca, per ordine giudiziale, la misura cautelare del ritiro del passaporto, molte delle persone intervistate affermano che, in generale, i procedimenti vengono successivamente archiviati. Infatti, in Catalogna non sono state registrate condanne per il reato di mutilazione genitale femminile.

Fuori dall'ambito giudiziario, gli operatori e le operatrici hanno molte difficoltà nel raccogliere i dati e, di conseguenza, garantire la riservatezza degli stessi. La mancanza della registrazione dei dati, tra le altre cose, è uno degli elementi che complica la supervisione dei casi delle bambine che rimangono nel paese di origine dopo il viaggio e non tornano in Catalogna:

"In questo momento ci troviamo con... non abbiamo dati perché quando non ritorni, non ritorni e basta... Però ci sono ragazze di 13, 14, 15, 16 anni che non ritornano. Un giorno sono partite, non per essere mutilate, che potrebbe anche essere, ma sta di fatto che non ritornano e restano lì. Sono ragazze catalane che parlano in catalano, il fula, lo spagnolo, ragazze di Olot e che sono cresciute qui, portate via dalla loro vita. Come si sentiranno? C'è tutto questo dietro e questa è una gran difficoltà. Dobbiamo lavorare molto". (19Im)

La mancanza di elementi per poter affermare che quelle bambine che non sono tornate dal loro paese di origine (o da quello delle loro famiglie, se erano nate qui) siano state mutilate o meno, rappresenta uno dei limiti principali dei protocolli e di tutte le strategie di prevenzione. Una delle persone intervistate raccontò un caso in cui aveva lavorato con il padre di una ragazza che si rifiutava di firmare il documento di compromesso:

(...) se lui avesse firmato [il compromesso], avremmo potuto obbligare la ragazza a rimanere in Gambia, diceva: "Mia figlia ha il passaporto del Gambia, non spagnolo. Se lo firmo, che le facciano un passaporto spagnolo!" (...) Le leggi sono così e non possiamo cambiarle. Ci minacciava dicendo: "È del Gambia e se decido che rimanga là, voi non sarete in grado di venire a prenderla". (11S)

Infine, secondo le testimonianze raccolte, l'ultimo punto debole dei protocolli riguarda la mancata attuazione delle misure dirette al recupero psico-fisico delle donne che hanno subito MGF. In generale, gli operatori sanitari consultati su questo aspetto, pur essendo persone coinvolte ed informate, non erano a conoscenza di nessuna misura diretta specificamente a questo fine:

"La questione che rimane più irrisolta è quella del recupero della salute fisica e psicologica di queste bambine. Per esempio, il Dr. Barri, della Clinica Deixeus esegue delle ricostruzioni genitali. In questo momento ha ricevuto un finanziamento per poterne realizzare 30. Ma quante donne sono informate della possibilità di fare questo processo di ricostruzione? Quante hanno servizi di supporto e di aiuto? (...). Si sono fatti molti passi in avanti nell'ambito del recupero fisico anche se non tutti i casi sono operabili. Tutti, però, potrebbero essere trattati dal punto di vista psicologico e invece sono molto poche le donne che ricevono qualche tipo di aiuto". (16Int)

"Credo che non si stia lavorando sul piano psicologico, per esempio, per aiutare le ragazze che sappiamo essere tornate mutilate (E. "Il Post-mutilazione"). Il post-mutilazione, vale a dire tutta la questione della ricostruzione, va bene, ma non per tutti e non tutti avranno accesso a questo tipo di intervento. Penso che adesso, per le mappe delle mutilazioni che abbiamo fatto, inizierà il boom delle ragazze che sono nate qui o che sono qui da molto piccole e si ritroveranno che...

come dire, non sono come le altre ragazze, no? Sono nere, povere, i genitori non parlano la lingua... ecc. e per di più sono state mutilate! Beh, qualcuno dovrà pure occuparsi di questo aspetto, no? Quindi penso che sia estremamente importante lavorare con queste ragazze adolescenti che stanno scoprendo la loro sessualità, che cominciano ad avere rapporti sessuali e che si rendono conto di essere diverse, ossia, ancora più diverse di quello che già si sentono...". (21Edu)

4.1.5. Le richieste

Le richieste delle persone intervistate sono diverse. La più comune riguarda la necessità di migliorare la diffusione delle informazioni, la sensibilizzazione e la formazione, rivolta tanto alle famiglie a rischio, quanto agli operatori e alle operatrici.

"Penso che ci siano lavori che dovrebbero fare gli addetti alla sanità, non noi associazioni... Per esempio, spiegare le conseguenze della mutilazione, le malattie che si possono contrarre (...). Spesso, accade che il pediatra debba spiegarlo ai genitori quando stanno per partire, lo stesso giorno che devono firmare il documento di compromesso, perché ha saputo che stanno per compiere un viaggio. Un assistente sociale non può spiegare le conseguenze della mutilazione delle donne. Questo lo fa un medico e lo fa perché è il suo lavoro. Quindi è questa parte che dovremmo elaborare di più". (1E)

"Io credo che tra gli operatori stessi ci sia una grande ignoranza su questo tema (...). Penso che sarebbe fondamentale fare delle campagne di informazione e di formazione. Per essere chiari, quando parlo di operatori, mi riferisco a tutti gli ambiti: sanitario, sociale, educativo... Ci sono molte persone che sanno che cosa è la MGF e punto. Non sanno nient'altro (...). E [queste campagne] si dovrebbero fare più regolarmente (...). Come si fece, per esempio, con la campagna di sensibilizzazione "gravidanza senza fumo". Sono stati fatti anche dei corsi e la gente ci andava, perché non si fanno dei corsi? Si potrebbero fare". (10S)

Ci sono, inoltre, alcune richieste relative al miglioramento della raccolta dei dati e dei registri, nonché rispetto alla necessità di predisporre servizi di supporto per le donne che hanno subito una mutilazione. Infine, ci sono le richieste specifiche espresse dai professionisti dell'ambito sanitario. Queste fanno riferimento alla necessità di stabilire

regole precise nei loro protocolli di azione e nelle cartelle mediche, al fine di migliorare la prevenzione.

“Quello che noi [ostetriche] facciamo, è la rilevazione del caso: quando abbiamo una donna mutilata che ha una bambina, ci mettiamo subito in contatto con il pediatra e l’infermiera del pediatria. Un ulteriore problema che abbiamo è il fatto che non vi è una relazione tra la storia della madre e quella della figlia. Se si potesse porre un avviso nella cartella clinica della madre dicendo: “attenzione a quando la bambina nasce perché la madre è stata mutilata”. Ma non possiamo (...) perché la bambina ancora non ha una storia propria fino a quando non nasce, e non può essere messa in relazione a quella della madre. Quindi, dobbiamo aspettare che nasca”. (9S)

“[nella sezione che riguarda il bambino emigrato del “Protocollo di attività preventive in età pediatrica] risulta: “Controllo fisico” e dice: “Verificare se ha fatto la MGF”. E qui, per me, manca una precisazione. Si dovrebbe aggiungere: “Se non è stata fatta, fare prevenzione”. Però non dice nulla. Bisogna guardare qualche pagina più indietro, alla voce: “Educazione sanitaria. E lì mette: “Profilassi della mutilazione genitale” e ti rimanda a una pagina web, molto lunga, dove è difficile persino incontrare l’indice. Lì trovi il manuale per professionisti del 2004, quello verde, dell’ICS”. (11S)

4.2. Matrimoni forzati (MF)

4.2.1. Conoscenza del fenomeno

In Catalogna ci sono molte comunità provenienti da paesi in cui il MF è una pratica tradizionale che sopravvive in modi differenti. Sulla base dei racconti raccolti, abbiamo potuto constatare che il fenomeno è presente, riguarda alcune donne appartenenti a gruppi minoritari e ha implicazioni differenti, a seconda dei contesti culturali delle famiglie e delle comunità.

La presidentessa dell’Associazione Endam Jokkere esprime la sua profonda preoccupazione per la frequenza di questi tipi di matrimoni tra le comunità di origine sub-sahariana residenti in Catalogna:

“Molte di queste donne non si sono sposate per amore. I matrimoni forzati possono avvenire sia da minorenni che da maggiorenne,

però tutti sono forzati. L'unica differenza è che se sei maggiorenne in teoria potresti decidere tu ma, in realtà, entrambe le modalità sono forzate. Molte madri hanno subito MF". (1E)

Nel 2010, la Fondazione Ambit Dona realizzò un lavoro di Ricerca-azione sulle donne nigeriane in contesti di violenza, riscontrando casi molto complessi di MF, come per esempio il seguente:

"Nel gruppo delle donne o ragazze nigeriane il caso il tipico di matrimonio forzato è: famiglia con molti figli, composta spesso da varie femmine. Quindi, se uno dei figli è malato e lo devono portare all'ospedale (che li è molto caro), si presenta un uomo che dice: 'lo ho molti soldi'. Quindi il padre risponde: 'ti darò questa figlia o scegli un'altra di queste mie figlie e portala con te in cambio di una certa somma di denaro.' Quindi la figlia finisce per sposare un uomo di 20 anni più vecchio di lei che ha più di una moglie e vari figli della sua stessa età. Lei non sa se deve giocare con i bambini o che cosa deve fare con questo uomo... Abbiamo diversi casi di questo tipo". (6E)

Nel caso della comunità pakistana, ha spiegato la presidentessa dell'Associazione Donne pakistane (ACESOP), vengono di solito mantenuti forti legami con la società di origine. Secondo la tradizione, la religione ed i ruoli assegnati agli uomini e alle donne, i matrimoni sono spesso organizzati dalle famiglie, indipendentemente dalla volontà delle parti, che di solito si fidano del criterio dei loro genitori e sono d'accordo con la scelta.

"Sicuramente [il MF] andrà bene, perché non c'è altra scelta, perché non ci sono bar, né ristoranti, non escono, non vanno al cinema, quindi se non sono i genitori ad organizzare il matrimonio, nessuno si sposerebbe mai. Sono fattori culturali necessari, funzionano così". (2E)

A volte succede che i "patti matrimoniali" avvengono nel contesto migratorio in cui vivono le famiglie (in questo caso Pakistane). Le "relazioni" familiari e matrimoniali si intrecciano, così, con i requisiti delle politiche migratorie, dando luogo, frequentemente, a situazioni molto complesse. In un contesto internazionale in cui le politiche migratorie sono sempre più restrittive e in cui l'unico modo per emigrare legalmente sono i contratti lavorativi (con alcune limitazioni) o il ricongiungimento familiare, i matrimoni con persone munite di permesso di sog-

giorno permanente divengono un modo molto pratico per facilitare la migrazione legale in Europa. Una delle conseguenze di questa prassi, è la strumentalizzazione dei matrimoni e spesso delle donne stesse, che diventano un mezzo per consentire il mantenimento della catena migratoria transnazionale di alcune famiglie.

Sulla base delle interviste realizzate sembrano esistere casi di MF anche all'interno di un gruppo molto eterogeneo, come per esempio nella comunità gitana. Dalla FSG ci arriva notizia che praticamente non esistono casi di MF tra la popolazione gitana autoctona, mentre sono stati rilevati più di frequente casi nelle famiglie Rom dell'Est.

Per quanto riguarda la prevenzione dei MF in Catalogna, il Dipartimento degli Interni dell'Amministrazione Catalana è stato all'avanguardia nell'elaborare una Circolare ("Ordine di servizio") per regolare la gestione dei casi di MF da parte delle forze dell'ordine. Si fece un grosso sforzo per cercare di capire le caratteristiche principali del fenomeno:

"Tra il 2007 e il 2009, nell'ambito delle forze dell'ordine, abbiamo raccolto informazioni su sedici casi di MF. Non sono molti, però bisogna considerare che dall'introduzione di questa procedura, nel luglio 2009, fino a dicembre dello stesso anno (ossia nell'arco di sei mesi) ci sono stati altri tredici casi. Quest'anno (2010), nei primi tre trimestri, abbiamo rilevato già dodici casi (...). E in questi dodici casi, sei riguardano maggiorenni e sei minorenni". (14Int)

I dati forniti dal Circuito di attenzione alla violenza di genere della città di Barcellona, in linea con quelli della polizia catalana, precisano che i pochi casi registrati nell'ultimo anno in Catalogna sono spesso legati ad altre situazioni di violenza. Le informazioni fornite dalle persone intervistate del Dipartimento degli Interni e della polizia catalana sono complementari alle spiegazioni fornite dalle comunità stesse.

"Per quanto riguarda le comunità in cui si producono più casi, sappiamo, per esempio, che a Girona si tratta del Gambia e del Senegal, però a Barcellona ci sono molte comunità che non hanno alcun contatto con la polizia ed è quindi molto più difficile rilevare i casi". (15 Int)

"A Barcellona c'è una comunità di persone che provengono da luoghi dove si praticano i MF. C'è una grande comunità di persone che vengono dal Pakistan. (...) C'è una associazione che (...) ha dovuto

accogliere le donne vittime di matrimoni forzati (...), però le comunità di persone provenienti da questi luoghi non lo hanno ancora riconosciuto istituzionalmente. In Catalogna, a seconda dei posti, c'è un'importante comunità marocchina. E, almeno a livello istituzionale, (...) si dichiara che la pratica dei MF non sussiste. Guardando, invece, i casi che abbiamo avuto, possiamo ovviamente osservare che è proporzionale. Cioè, se c'è una zona in cui ci sono molte persone marocchine, allora vi è una maggiore percentuale di ragazze vittime di matrimoni forzati (...) e, perciò, è localizzabile. Abbiamo anche avuto qualche caso di rom, ma dobbiamo anche stare attenti a come lo diciamo, in quanto, a livello istituzionale, hanno riferito che non vengono praticati (...). Ma l'etnia gitana è molto complessa ed eterogenea... e non possiamo stigmatizzare (...) sta di fatto che, a livello istituzionale (...) non riconoscono che questa pratica esista ancora". (14Int)

La polizia ha notizia dei casi in diversi modi:

"Le notizie ci arrivano, più che dalle vittime, dagli operatori e dalle operatrici del settore sociale. Soprattutto dai servizi sociali e, più raramente, dall'ambito educativo. Ci sono anche persone che sono venute direttamente alla stazione di Polizia, ma per casi di abuso, non di matrimonio forzato. Veniamo a conoscenza dei casi di matrimonio forzato attraverso le denunce per violenza di genere. Cioè, scopriamo i casi di matrimoni forzati già avvenuti, perché si verifica un delitto associato. O c'è stata violenza o coercizione per forzare il matrimonio o ancora violenza di genere nell'ambito di un matrimonio forzato". (16 Int)

4.2.2. Conoscenza degli strumenti

Il Dipartimento degli Interni della Generalitat di Catalogna ha elaborato, nel 2009, la Procedura della Polizia per l'Attenzione e la Prevenzione dei Matrimoni Forzati, nell'ambito delle azioni strategiche per lottare contro la violenza maschilista. In pratica, una volta che la Polizia viene a conoscenza di un caso:

"Cerchiamo di capire cosa sia successo alla ragazza e cos'ha intenzione di fare ... A volte non vogliono fare nulla, ma è importante lasciare la porta aperta. (...) Cerchiamo di mantenere i contatti, senza opprimerla, ma facendole capire che, se si trova in una situazione di

emergenza, può trovarci subito. Stabiliamo una sorta di “parola chiave” tra noi e le ragazze, per evitare sospetti. Le offriamo consigli strategici: nascondere il passaporto, incontrarci in luoghi diversi dalla stazione di polizia. C’è un’intera comunità che sta sorvegliando le ragazze e dobbiamo adeguarci alle loro necessità per evitare di metterle in pericolo. Insomma, cerchiamo di essere per loro un aiuto, non un ulteriore problema.” (15Int)

“È importantissimo coordinarci bene con la DGAIA. Questo è essenziale. L’importante è che si occupino del caso il più rapidamente possibile, perché loro sono già dotati degli strumenti giuridici per poter dire “questa ragazza resta con noi” o assumere la tutela di fatto o procedere per l’emancipazione, a seconda delle situazioni. Si tratta di meccanismi previsti dalla legge per questi e per tutti gli altri casi di adolescenti in difficoltà. L’importante è che vengano a conoscenza del caso in fretta. Per questo in questa stazione di polizia c’è la DGAIA, che può intervenire immediatamente, oppure li chiamano, li informano, e loro si occupano del caso”. (18J)

“Per proteggere le donne adulte che dicono di no ci deve essere una denuncia; in caso contrario, non si può fare nulla. Non è possibile dar loro protezione. Molte non vogliono denunciare perché si tratta della loro famiglia”. (15Int)

Come strategia di prevenzione, si sta lavorando affinché i gruppi di lavoro già organizzati nei diversi comuni per coordinare i servizi per la prevenzione delle MGF si occupino anche della prevenzione dei MF

“I gruppi di lavoro per la mutilazione stanno attualmente lavorando per integrare la questione dei matrimoni forzati. Si farà la proposta dal gruppo di lavoro di Girona e ci saranno persone che, dall’ambito locale, non solo si occuperanno delle mutilazioni, ma dovranno anche considerare i MF. Questo sarà il punto di partenza per cercare le giuste strategie per affrontarli”. (16Int)

4.2.3. Le percezioni / opinioni

Di seguito, presentiamo le diverse percezioni delle persone intervistate sul MF, nonché il loro parere sui ruoli e sui diritti delle donne nei diversi contesti culturali:

“Come voi [“los payos”], partiamo da una cultura totalmente patriarcale, una cultura molto maschilista e una situazione in cui le donne sono valutate in base al loro grado di sottomissione. Essere sottomessa è una garanzia che sarai una buona donna, una buona moglie. Quest’idea é tuttora valida e tuttora si valorizza. Non si dà valore al fatto di avere una formazione, di avere una laurea, ma all’essere decante, stare al di sotto del proprio partner”. (4E)

“In Pakistan la violenza domestica non s’intende come si intende qui. Qui si considerano violenza domestica molte situazioni che là sono rituali culturali, questioni d’onore della famiglia”. (2E)

“Quando ti hanno educata come parte di un tutto, credi di non poter andare avanti senza la famiglia”. (3E)

Nell’ambito educativo si discute sulle carenze formative degli insegnanti:

“Noi insegnanti e tutori non siamo formati né preparati per poter rilevare i possibili casi; forse c’è una maggiore preparazione nelle scuole dove c’è un indice di incidenza di casi più elevato”. (12Edu)

“Non mi sono mai trovato di fronte a uno di questi casi, né ho lavorato in nessun centro in cui si parlasse di questo argomento o ci fosse un protocollo al riguardo. Ho solamente avuto come alunne ragazze che sono tornate nei loro paesi di origine durante le vacanze estive ed avevano un’età a “rischio di matrimonio”. (13Edu)

In altri settori, si discute sui vantaggi che avrebbe portato la regolamentazione e la punizione dei medici in modo che potessero essere perseguiti:

“A livello penale, non è un reato che vadano li a sposarsi. La legge serve solo affinché la gente si renda conto che ciò non è ammissibile. L’esistenza della legge aiuta. Nel caso di matrimoni forzati non esiste nessuna legge”. (16Int)

“Nella mia esperienza, tra gli indiani ed i sub-sahariani ci vorranno anni affinché la situazione cambi. Qui si arriverà a legiferare sulla questione dei matrimoni forzati. Perché penso che ci debba essere una legislazione specifica e chiara. Questo prima o poi succederà, io sono fiducioso e spero inoltre che [come nel caso delle mutilazioni genitali femminili] ci sarà la extraterritorialità, perché di solito non succede che il matrimonio avvenga durante un viaggio. Una cosa porta all’altra”. (8S)

Infine, riportiamo le percezioni degli operatori intervistati dell'ambito del Dipartimento degli interni rispetto alle possibili forme di approccio ai MF:

“L’ambito sanitario ha un ruolo molto importante. Dall’ambito sanitario si può lavorare senza entrare in giudizi etici o morali chiedendo che si posticipi il momento del matrimonio ai 18 anni per evitare che quel corpo subisca una gravidanza. Se lo posticipi fino ai 18 si può iniziare a lavorare con la ragazza da una prospettiva diversa”. (16Int)

“I colloqui formativi sono molto utili. Le ragazze stesse cominciano a percepire che la famiglia si prepara: risparmiando, progettando un viaggio per incontrare qualcuno... Loro inconsciamente sanno cosa le aspetta... quindi dicono di no ed incominciano ad adottare...”. (15Int)

4.2.4. Protocolli: punti forti, punti deboli

Come abbiamo visto anteriormente, l'unico strumento specifico predisposto dall'Amministrazione per affrontare il MF è la Circolare della polizia catalana (l'Ordine di servizio). Di conseguenza, la valutazione è praticamente limitata solo all'ambito delle forze dell'ordine. Come punti di forza, le testimonianze evidenziano il fatto che si tratta di uno strumento innovativo che è servito a incanalare l'esistenza dei casi che finora non erano venuti alla luce. Peraltro, si riconoscono anche alcuni punti deboli:

“Le situazioni che arrivano alla polizia sono solo quelle già esplose o sul punto di esplodere. Possiamo elaborare indicatori solo man mano che ci troviamo con i vari casi da analizzare. Per il momento, abbiamo bisogno di raccogliere molte più informazioni sul maggior numero possibile di casi per poter stabilire un modello”. (16Int)

“La polizia dispone di una Circolare (Ordine di Servizio). Gli altri dipartimenti ne sono privi. E sul territorio... dipende in larga misura dalla buona volontà o la sensibilità dei singoli individui... ed è un problema quando la politica pubblica dipende dalla volontà e dalla consapevolezza di coloro che lavorano nel territorio”. (15Int)

Nessuna delle persone intervistate che lavora con le comunità dà una valutazione positiva sulle risorse disponibili per la prevenzione e l'approccio del MF, sia per la carenza di strumenti, sia per l'ignoranza degli stessi o per le esperienze negative legate all'inadeguatezza delle risorse rispetto alle necessità delle donne e delle bambine.

Nel contesto dei matrimoni tradizionali, denunciare il partner (che spesso è anche un membro della famiglia) per qualsiasi tipo di violenza è vissuto come un tradimento, non solo per i familiari più stretti, ma anche nella comunità. Questo rappresenta una grande pressione per le donne che denunciano e comporta spesso il ritiro delle denunce, anche a costo di compromettere la propria situazione amministrativa. In questo senso si è espressa la presidentessa dell'Associazione donne pakistane:

“Abbiamo accompagnato molte donne alla stazione di polizia per sporgere denuncia. È molto importante. Necessario. Ma ciò che accade è che l'aiuto che danno loro non è sufficiente. Una volta che una donna denuncia il marito alla stazione di polizia, avrà un nemico per sempre. Quindi, se le donne non hanno un lavoro stabile e una mentalità sana, non possono rischiare. E poi, di solito, ritirano la denuncia perché subiscono un'enorme pressione da parte della famiglia, della comunità, dalla madre, dal padre, dalle sorelle e dai fratelli...a questo proposito. E alla fine, normalmente, la denuncia viene ritirata. I governi hanno stabilito molte, moltissime norme per evitare che una donna ritiri la denuncia. Hanno stabilito sanzioni che vanno dal ritiro del permesso di soggiorno all'espulsione. Ma, alla fine, la pressione familiare vince sempre. Per la mia esperienza... bisogna risolvere questo problema, o non risolveremo mai niente”. (2E)

Gli educatori intervistati fanno speciale menzione alla mancanza di risorse adeguate alle esigenze di prevenzione e protezione delle donne e delle ragazze rom che vivono un MF, dal momento che si tratta di strumenti pensati per la società maggioritaria, senza tener conto delle particolarità dell'etnia gitana (critiche che potrebbe essere valide anche per altre realtà minoritarie):

“L'ultima legge sui matrimoni è ridicola: si vuole regolare l'età per sposarsi! Pensano che registreranno il matrimonio? Continueranno a sposarsi! Continueranno a pagare ciò che serve! Se non vanno al Registro civile per formalizzare il matrimonio, a che cavolo serve legiferare su questo? Non ha senso! Quindi, indipendentemente dai regolamenti che faranno, queste situazioni rimarranno sempre al di fuori. Se vogliono legiferare per intrattenersi in Parlamento ok ... ma è inutile. Le famiglie di etnia gitana continueranno a sposarsi quando e con chi vogliono e come gli pare e piace...”. (5E)

4.2.5. I bisogni

Le domande emerse coincidono: più educazione, integrazione, non discriminazione, accessibilità al lavoro retribuito, luoghi di incontro... In poche parole, strumenti per l'*empowerment* delle donne e delle bambine migranti o appartenenti a minoranze etniche a rischio di subire MF. Rispetto ai MF, le comunità richiedono soprattutto che si garantiscano i diritti delle bambine. Inoltre, si esigono risposte istituzionali a lungo termine per affrontare questa forma di violenza:

“Ci vuole l’impegno istituzionale di un’amministrazione che sia in grado di fare un lavoro che non costringa le donne ad essere visibili o ad essere fotografate, che non consista nel dare statistiche con numeri concreti... Questo non serve a nulla...”. (7E)

“Fanno leggi e protocolli che sono inutili, perché non hanno il coraggio di adottare una visione a lungo termine. Occorrono misure di opportunità reali, scommesse coraggiose e decise, azioni propositive che, dal punto di vista elettorale, non sono disposti ad assumere con questi gruppi. Pertanto, la prognosi è che la situazione diventerà cronica e complicata. Almeno, negli ultimi 8 anni, la situazione è stata così per la questione dei rom di origine rumena. La situazione è ancora più deteriorata che se si fosse agito in modo inclusivo sin dall’inizio. Ma non si fa, né si vuole fare, né si sa fare”. (5E)

Sono necessari strumenti specifici per affrontare i casi di MF, sia in termini di centri di accoglienza, in grado di alloggiare e fornire un adeguato supporto alle donne e le ragazze che fuggono da questi matrimoni, sia in termini di strumenti specifici rivolti alle donne che appartengono alle comunità che potrebbero imporre queste pratiche, che possano accoglierle con le loro specificità culturali:

“Non ci sono strumenti per i matrimoni forzati. Se le ragazze vogliono andarsene da casa, ti trovi con situazioni molto diverse: ci sono comuni in cui è possibile collaborare con qualche ente, con un centro di accoglienza, ma ce ne sono molti altri che ne sono privi. Non si può nemmeno cercare di utilizzare gli strumenti esistenti per la situazione di violenza che possa esserci”. (15Int)

Inoltre c'è una richiesta per l'educazione alla non discriminazione e all'uguaglianza, unita al rispetto per le tradizioni e le specificità culturali. In relazione a questa richiesta di rispetto, dobbiamo evidenziare la

domanda specifica espressa in particolare dall'Associazione delle donne pakistane ma emersa anche in relazione ad altre comunità nel corso delle interviste. Si tratta del ruolo dei mass media nell'affrontare il problema:

“Abbiamo bisogno di assicurare i genitori [delle ragazze che frequentano l'Associazione] sul fatto che il nostro intento è quello di aiutare. Ma ciò che accade è che da me vengono molti giornalisti a chiedere interviste. Io racconto tutta la verità, ma il giorno dopo esce la notizia sui giornali e i genitori non permettono più che le ragazze vengano da noi, non si fidano... (...). Io non dico bugie ai giornalisti, racconto loro tutto ciò che vedo e soffro quotidianamente... ma loro invece di aiutare, di facilitarmi il lavoro... peggiorano le cose...”. (2E)

Una delle professoresse intervistate ha detto che “sarebbe molto positivo se nelle scuole ci fosse più informazione su questi temi” (13Edu) e la stessa richiesta proviene anche da una delle persone intervistate che lavora nel Dipartimento degli Interni, che sottolinea l'importanza delle scuole e degli istituti per la rilevazione e la prevenzione dei MF. Peraltro, molte persone intervistate, sempre nell'ambito del Dipartimento degli Interni, credono si debba puntare su strumenti di protezione specifici per le vittime di MF:

“Sarebbe necessario promuovere la creazione di un ordine di protezione qui in Catalogna. Dovremmo lavorare in questa direzione perché per il momento non possiamo fare nulla se non per via giudiziale o attraverso una denuncia. Non abbiamo modo, per esempio, di ritirare un passaporto, dobbiamo chiedere alle ragazze di nascondere o buttarlo via”. (15Int)

Infine, la Procura punta sulla creazione di un reato specifico e per la perseguibilità extraterritoriale dei MF:

“Abbiamo molte difficoltà a perseguire questo tipo di reati. Per cominciare, ci vorrebbe una riforma legislativa che stabilisse, tra le altre cose, la competenza dei tribunali spagnoli per perseguire tali condotte, perché se si commettono all'estero non possiamo fare niente”. (17J)

CAPITOLO V

Lo studio realizzato in Sicilia

di A. Alessi

È nel nostro habitus mentale pensare che una ricerca consista nell'applicazione di un articolato tecnico attraverso cui incrementare la nostra conoscenza su un fenomeno che "naturalmente" ci si mostra. La ricerca sociale, ma a ben vedere qualunque impresa dedita alla conoscenza, ci pone di fronte un "paradosso": attraverso lo studio di un fenomeno, supposto dato, nei casi più fortunati, ci capiterà di imbatteci nel nostro stesso sguardo. Non dobbiamo immaginare una figura escheriana, un garbuglio di percorsi ricorsivi o labirintici che ci riporti inevitabilmente al punto d'inizio, ma piuttosto, dobbiamo sforzarci di pensare a un vero e proprio *discorso* conoscitivo che implicherà a pari titolo due interlocutori che dialogando prenderanno reciprocamente le misure. Già Galileo ne *Il Saggiatore* (1623), demolendo le opinioni tradizionali sulla realtà fisica, descriveva un osservatore che *poiché ha orecchie e occhi* percepisce i colori e i suoni e non certo perché queste siano proprietà del reale. Così, come nella percezione del mondo fisico la realtà di senso comune ci appare molto più "vera" del mondo galileiano, nella percezione del mondo sociale il nostro habitus sarà decisivo per ciò che vedremo. Lo sa bene uno dei nostri intervistati che riferisce la frase di un collega ginecologo che a proposito della scarsa rilevazione delle MGF osserva che *"in effetti vedi quello che sai"*.

In questo senso studiare un *oggetto sociale* è sempre un osservare qualcosa *in rapporto a* (a chi osserva, al vertice di osservazione, agli strumenti interpretativi etc.); per ciò stesso, rintracciamo già in tale costruito epistemologico, connaturata, l'idea di un dia-logo, un attraversamento, un al di là da sé, un travasamento di significati dall'osservatore all'oggetto di osservazione e viceversa.

A partire da questi brevi appunti epistemologici proponiamo la bontà di un approccio con cui affrontare il tema della nostra ricerca, che sostituisca alla tradizionale (neppure più tanto come si è visto) coppia soggetto/oggetto, la coppia identità/alterità che meglio rappresenta il carattere costruttivista del nostro "andare a guardare". A ben

vedere, si tratta di avere presente che vi è un luogo, uno spazio di significati costituenti la nostra identità, da cui partiamo, inevitabilmente, nell'esplorazione di un luogo altro, entrambi dati da delimitati confini. Confini mentali, potremmo aggiungere. Da questo punto di vista occuparsi di donne straniere ed ancor di più donne straniere vittime di violenza, significa riflettere su una realtà sociale di straordinaria potenza metaforica, che mette in campo una rete concettuale i cui nodi sono proprio quelli dell'identità, dell'alterità, del confine, della differenza, del potere. Lo straniero è la figura del limite, traccia un confine tra chi appartiene ad un ordine, ad uno spazio politico comune, partecipando di una medesima identità, e chi ne è escluso. In questo senso le donne e gli stranieri hanno molto in comune. La violenza contro le donne è una realtà sociale che è rimasta a lungo esclusa dalla comune percezione e dagli studi sociali, ed il tema della differenza è un tema caro al pensiero femminista ed alle studiosse dei *women studies*. Il tema del potere e della diversa sperequata partecipazione ad esso, riguarda il rapporto tra i sessi quanto il rapporto tra l'istituzione, che mette a norma, e le differenti soggettività. Negli anni '90 la studiosa J. Scott osservava che il genere è il primo terreno nel quale il potere si manifesta; esso stabilisce ed articola differenze trasmutandole in disuguaglianze attraverso un diverso accesso ai beni materiali e simbolici ed una diversa collocazione gerarchica dei soggetti. Il nostro punto di vista è che questo è sovente potentemente rappresentato anche nel rapporto tra pazienti e medici, tra operatori/trici ed "assistite", all'interno delle istituzioni. Un medesimo filo rosso che ci condurrà a rilevare una curiosa comunanza di destino tra figure sociali apparentemente molto diverse. Alle donne così come alle straniere ed ai pazienti è posto la medesima ingiunzione di adeguarsi, adattarsi, consegnarsi ad un rapporto gerarchizzato che dispone e regola rigidamente la relazione con la figura reciproca, gli uomini, i cittadini in patria, l'operatore sanitario. E soprattutto ad ognuno di queste viene ingiunto di consegnarsi passivamente allo sguardo dell'altro; un corpo quello femminile, un'identità quella straniera, che si pretendono muti, senza storia, senza alcuna presenza. Il soggetto è deposto.

Da questo orizzonte è esclusa la possibilità di una narrazione, di un senso da ricercare o condividere. L'idea della *therapeia* nel significato originario dell'accompagnamento verso la guarigione, del comune percorso, del curarsi dell'altro si perde nel gesto tecnico. E pur tuttavia, ci

si inoltra in un terreno che travalica la problematica questione di una medicina sempre più distante dalla origine umanistica ippocratica, tesa al disvelamento del significato idiosincratico del sintomo nell'esperienza del malato, e sempre più intrisa di un *techne* rivolta alla malattia di un corpo a pezzi, a discapito dell'attenzione alla persona. Un terreno in cui, ancora una volta, si gioca una partita di potere e di libertà. Il dibattito sulla fine vita cui abbiamo assistito, surreale nell'affermazione della naturalità di condizioni di vita medicalizzate del tutto artificiale, o i veti sull'utilizzo della pillola abortiva, ne sono un buon esempio. Un terreno in cui i corpi divengono campi di battaglia. Quello delle donne in particolar modo. È evidente il riverbero del governo patriarcale dei processi affiliativi e procreativi nelle politiche sanitarie sulla salute delle donne e nell'applicazione di metodiche mediche (si pensi agli inesausti dibattiti sulle tecniche del parto, l'IVG, etc.), ma forse lo è meno il carattere ingiuntivo di un immaginario maschile dominante nella "serena" applicazione di interventi medici sul corpo delle donne. L'inconfutabilità della violenza insita nelle mutilazioni rituali adottate nelle popolazioni "straniere", è stemperata nella nostra coscienza collettiva allorquando ci si rivolge alla trionfale applicazione di raffinate tecniche di chirurgia estetica volte a modificare, plasmare il corpo femminile ad immagine e somiglianza del modello sessuale prevalente. Con buona pace del diritto alla salute e alla integrità fisica e psichica delle donne.

La questione dello sguardo è rilevante. Lo sguardo dell'altro sovente è persecutorio, lo è nell'esperienza di tutti noi, non solo in quella del paranoico. Ma lo è quello che non si implica, facendo sé soggetto e riducendo l'altro ad oggetto in un atto arrogante di potere. Ed il potere spesso corre lungo i binari del disconoscimento, in questo caso della forclusione di una semplice realtà. L'Altro, che guardo, mi guarda.

Basterebbe forse la consapevolezza di questa semplice verità per riarticolare un rapporto gerarchizzato nelle relazioni tra soggetti o diverse soggettività. In questo senso l'interculturalità, secondo il nostro punto di vista, riguarda proprio l'adozione di un assetto autoriflessivo, senza dimenticare le mediazioni simboliche che adottiamo per guardare all'altro. Non si tratta cioè di dimenticare la propria storia, i valori, i profondi convincimenti, di farsi "neutri", ripulire il campo di osservazione di tutto quello che ci fa ciò che siamo, indossare un immacolato camice bianco che nasconda la nostra più intima identità, o lasciare

che solo su di esso permangano i segni dell'incontro con l'altro, per potersi rivestire dei propri panni semplicemente spogliandosene, ma partire proprio da essi. "Partire da sé" come recitava una storica formula femminista, dar vita ad una pratica conoscitiva e relazionale disancorata dall'idea di un soggetto unico universale. Rinunciare al sicuro riparo universalistico ed assumere responsabilmente la propria "differenza" quale viatico verso una rinnovata etica delle relazioni che possa veder confrontarsi pariteticamente la parzialità della nostra misura del mondo, di sé, dell'Altro.

5.1 La ricerca

L'indagine è stata strutturata attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione di operatori/trici del settore sanitario, composto sulla base anche della distribuzione per figure professionali operanti in ciascuno dei servizi censiti, e la realizzazione di interviste semistrutturate a "testimoni privilegiati". Nel caso di quest'ultimi si tratta di soggetti individuati quali "esperti", sulla base di una competenza sviluppata nella conoscenza del fenomeno, o "testimoni" in quanto direttamente esposti al fenomeno. L'applicazione di tale metodologia di analisi qualitativa è assai utile avendo lo scopo di integrare le indicazioni derivanti dall'analisi dei dati statistici e di evidenziare aspetti che non emergerebbero dalla lettura della parte quantitativa, in specie nell'esplorazione di fenomeni complessi, quale quello in oggetto, ed in cui i convincimenti, la percezione, gli intimi convincimenti del campione, possano avere un effetto distorsivo.

Nelle città di Palermo e di Mazara del Vallo sono stati somministrati, per la parte quantitativa dell'indagine, 153 questionari ad operatori ed operatrici operanti in ospedali palermitani e di Mazara, e in alcuni consultori dell'ASP di Palermo. In specie per quanto concerne Palermo, gli ospedali coinvolti sono stati: l'A.U.O.P. Policlinico di Palermo, l'A.O. O.R. Villa Sofia Cervello di Palermo, l'A.O. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, l'A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo. A Mazara del Vallo l'indagine è stata realizzata nell'unico ospedale della città, l'A.O. Abele Ajello. Come si vedrà, per motivi statistici si è deciso di accorpare i dati di Mazara a quelli di Palermo in ragione dell'esiguità dei numeri assoluti del campione mazarese. Pur tuttavia, alcune notazioni saranno rivolte ad evidenziare caratteristiche

proprie del territorio mazarese. Inoltre sono state effettuate, sulla base di una griglia semistrutturata, 13 interviste a testimoni privilegiati: si è trattato di operatori/trici delle strutture ospedaliere e operatrici di Ong che svolgono attività specializzate in favore di utenti immigrati, assistenti sociali dei comuni coinvolti, funzionari della polizia di stato, mediatrici culturali, ed infine, donne immigrate vittime di violenza.

5.2 Il quadro generale

Come già detto a Palermo sono stati/e intervistati/e, con un questionario semistrutturato, 139 operatori/ici, 14 a Mazara del Vallo.

In prevalenza il campione è costituito da donne che ne rappresentano il 68%.

Ma quali sono le caratteristiche professionali delle/gli operatrici/ori intervistati?

Si tratta di un campione in cui il comparto sanitario è fortemente prevalente rispetto alla componente "socio-sanitaria" che risulta residuale costituendo appena il 5,2% del campione (psicologi, pedagogisti, assistenti sociali). Ovviamente questo riflette l'impianto generale dell'organigramma delle strutture sanitarie in cui le figure professionali socio-sanitarie appaiono scarsamente presenti. Nel 34,2% si tratta di operatori/trici di ginecologia (ginecologi ed ostetrici) nel 17,8% di medici di pronto soccorso, nel 27,6% di infermieri professionali, mentre trascurabili risultano altre specializzazioni (pediatria, psichiatria, medicina generale, altro). In definitiva, oltre il 78% del campione è rappresentato da operatori/trici dei Reparti di Ginecologia e Ostetricia e di Pronto Soccorso. In tutti i casi, i servizi di appartenenza del campione cui è stato somministrato il questionario sono pubblici o privati convenzionati, e tutti gli intervistati sono italiani.

Come ci si aspettava (sulla base della preliminare analisi di contesto) i servizi indagati hanno una buona presenza di utenza immigrata ed in prevalenza donne, target della ricerca (ovvia la scelta di ginecologia). Si tratta di utenza quasi esclusivamente giovane o giovane/adulta (fascia di età 19-45) in linea con i dati di flusso della popolazione migrante. Quasi la metà della popolazione migrante che giunge ai servizi è costituita da africani, un terzo circa da asiatici e per il 20% da cittadini dei paesi dell'est, in specie romeni.

Solo una piccolissima parte del campione è costituito da personale di recente assunzione (appena 11,2% lavora da meno di sei anni nell'attuale servizio), laddove la porzione preponderante annovera una ventennale esperienza presso la struttura cui presta attualmente servizio: professionisti "di lungo corso" con una significativa maturità professionale. Dunque, il nostro intervistato tipo può essere descritto come un medico o infermiere di ginecologia o del pronto soccorso, donna, che vanta una ragguardevole esperienza professionale spesa per buona parte all'interno del medesimo servizio (com'è consuetudine in ragione dei meccanismi di reclutamento e gestione delle risorse umane all'interno del comparto pubblico).

5.3 La formazione degli operatori/trici

Ma in che misura codesto personale, fortemente stabilizzato, usufruisce in maniera continuativa di opportunità formative o di aggiornamento? Sorprendentemente dalla batteria di domande dedicate a quest'aspetto, emerge un'insufficiente attività formativa tra il personale, e questo nonostante le disposizioni di legge volte a promuovere un approccio formativo permanente. Infatti soltanto il 29,1% del campione dichiara di essere impegnato in attività di formazione in maniera continuativa mentre oltre la metà degli intervistati afferma di avere partecipato ad attività formative negli ultimi tre anni appena da due a cinque volte.

Purtroppo, l'indagine non ci fornisce evidenze sufficienti a comprendere a pieno il motivo di questa anomalia (è acquisito che il moderno profilo delle professioni non può rinunciare ad un assetto di formazione permanente). Tuttavia, vorremo provare ad offrire qualche spunto di riflessione, anche in virtù di precedenti ricerche³⁷ in cui questo dato già rilevato, si correlava alla scarsa propensione alla formazione del personale con più anni di anzianità di servizio. Codesti operatori sovente si auto-percepiscono come professionalmente "compiuti" e, sovente, sempre meno motivati nei propri luoghi di lavoro. In questo senso, è determinante la scarsa attenzione (esiguità del numero di corsi organizzati dalle aziende o in ogni caso di scarsa qualità) anche in termini di premialità (assenza di efficaci meccanismi meritocratici

³⁷ Progetto Urban, Rete anti violenza nazionale, Alessi A., Lotti M. R. (a cura di), *Trovare le parole. Violenza contro le donne. Percezione e interventi sociali a Palermo*, Palermo Ed. Anteprema, 2001.

collegati alla qualità della prestazione professionale erogata) da parte delle aziende sanitarie, ed in gran parte del settore pubblico, all'implementazione delle competenze del proprio personale.

Più in generale, si osserva una modesta attitudine delle strutture alla rimodulazione della propria mission o alla promozione di attività innovative e, comunque, non approcciandole attraverso un modello di compartecipazione attiva e consapevole da parte delle risorse coinvolte nei processi di cambiamento cui si voglia dare avvio. Come osservato da diversi operatori sovente da parte dirigenziale *“ci si limita ad emanare direttive”* (medico) cui non corrispondono adeguate risorse né una adeguata analisi dei vincoli insiti nei modelli organizzativi adottati, o addirittura, in palese contraddizione con politiche aziendali di tagli economici e riduzione del personale indiscriminati, e senza alcun raccordo con gli obiettivi di servizio indicati. In altri termini si riscontra sovente l'adozione di culture organizzative e gestionali che *selezionano* più o meno attivamente competenze non coerenti con le prestazioni che vengono solo formalmente richieste al personale.

Rivolgendo la nostra attenzione agli items specifici inerenti la formazione fruita dagli/le operatori/trici negli ultimi tre anni sul tema della salute dei/le migranti e della violenza contro le donne, scopriamo che il 66,7% del campione non ha mai partecipato ad alcun corso in merito ai/alle migranti e il 67,4% in merito alla violenza contro le donne.

Il dato sale quasi al 90% se a questo valore sommiamo chi ha partecipato solo una volta in tre anni ad un corso (89% circa per quanto riguarda gli/le immigrati/e e nel 87% in merito alla violenza contro le donne).

Colpisce, mettendo a confronto in valore assoluto i numeri, che presumibilmente nemmeno coloro che sono direttamente impegnati nei servizi specializzati per gli/le immigrate (ambulatori, servizi sociali e di accoglienza attiva) abbiano potuto godere di attività formative continuative nello specifico ambito applicativo. Spesso la formazione, come esplicitamente riferiscono alcuni degli intervistati in ambito sanitario, *“ce la facciamo sul campo... leggendo libri di nostra iniziativa...”*. Non va meglio nell'ambito dei servizi sociali comunali, come ci racconta una assistente sociale dell'unico servizio specialistico della A.C. sugli immigrati: *“Non abbiamo avuto corsi di formazione, il comune non fa corsi di formazione specifici, siamo noi che partecipiamo quando possiamo ai vari corsi perché vogliamo accrescere il nostro sapere”* (Ass. Soc.

Comune di Palermo). Non si può non osservare a fronte dello scarso impegno istituzionale sulla formazione, il senso di responsabilità da parte di alcuni degli operatori/ici, che a fronte delle nuove sfide operative hanno cercato di aggiornarsi: *“sulle MGF ci siamo letto tutto quello che abbiamo trovato... oltre alle circolari ovviamente... è spontaneo lavorando andarti a cercare... documentare... su queste vicende, per cercare di capire... ne abbiamo parlato tra di noi... il bisogno della formazione che abbiamo se non viene colmato cerchiamo di autogestirci... ci teniamo a fare il lavoro bene... se ci fosse più formazione saremmo sempre disponibili”* (Funziario Questura di Palermo).

Ma gli/le operatori/trici come valutano il proprio livello di formazione su queste tematiche?

Abbiamo proposto una batteria di domande volte ad esplorare indirettamente questo aspetto la cui lettura va realizzata, a nostro giudizio, mettendole in rapporto le une alle altre, se non si voglia lasciarsi abbagliare da singole risposte sin troppo adamantine. Abbiamo chiesto esplicitamente se si ritenesse opportuna una maggiore formazione sui temi della salute dei migranti e della violenza di genere. Il campione mostra un atteggiamento molto deciso a questo proposito esprimendosi per il sì nel 94% dei casi (valore identico per le due tematiche). Peraltro si ritiene necessaria un'attività strutturata in approfonditi corsi di aggiornamento (opzione preferita dal 75,7% ad attività episodiche tipo convegni, seminari, opuscoli, etc).

Un atteggiamento inequivocabile si potrebbe desumere, se non perché le risposte alle domande su quali siano i contenuti dei bisogni formativi espressi (“Quali sono le conoscenze in tema di salute dei/delle migranti e dei/le stranieri/e che gli/le operatori/trici con la Sua professionalità dovrebbero ritenere più importanti”) ci costringono a tentare una lettura più articolata.

Pur avendo la possibilità di dare risposte multiple (gli intervistati cioè potevano indicare più argomenti di interesse) solo nel 7,7% gli/le operatori/trici hanno ritenuto rilevanti conoscenze in merito al fenomeno della violenza contro le donne straniere e migranti e sulle mutilazioni genitali femminili (sulle MGF si tornerà oltre). Tenuto conto che una parte significativa del campione opera in ginecologia (47,8%), una percentuale di scelta così bassa lascia quantomeno perplessi. Viceversa la “conoscenza di strumenti che facilitano la

comunicazione transculturale” (23% di scelta) de “i servizi territoriali dedicati all’utenza straniera” (16,7% di scelta) così come la “conoscenza dei fattori di rischio per la salute dei migranti” (16,4%) riscuotono maggiore interesse. In altri termini, gli/le operatori/trici privilegiano quelle conoscenze che consentano di comunicare più agevolmente con le straniere, spesso riferendosi più che alla mediazione culturale specificatamente alla traduzione (che gli/le operatori/trici chiamano un po’ confusamente mediazione linguistica), e dei servizi cui inviare, a volte sembrerebbe demandare, la presa in carico dei/lle pazienti per bisogni “altri”.

Tra gli/le operatori/trici sanitari appare sottesa l’idea, che avremo modo di argomentare meglio esaminando gli items successivi, che la violenza contro le donne migranti (nelle sue diverse forme) non sia in sé un problema di pertinenza medica, tanto da non richiedere alcun approfondimento specialistico. Una grave sottovalutazione, tenuto conto delle documentate evidenze della specifica rilevanza epidemiologica della violenza sulla salute delle donne italiane e straniere. Qui si fa molto evidente il nesso tra scienza, senso comune e pregiudizi di genere. Lo scarso interesse tra i medici delle ricerche in merito agli effetti della violenza sulla salute delle donne, viene interpretata in buona parte della letteratura, come effetto del peso dei pregiudizi di genere che inducono a ritenere irrilevante nella diagnostica la violenza; ciò non per motivi “scientifici” ma “culturali”, essendo molto alta la soglia di tolleranza sociale nei confronti della violenza contro le donne (sullo sfondo l’equiparazione tra salute e morale che fa sì che comportamenti socialmente non sanzionabili e dunque non *immorali* tendenzialmente non vengano ritenuti patogeni).

Ancora più illuminanti le preferenze espresse in merito all’interesse formativo per i contenuti specifici della violenza di genere (“Quali sono le conoscenze in tema di violenza contro le donne che gli/le operatori/trici con la Sua professionalità dovrebbero ritenere più importanti?”). Anche qui, infatti, ci si riserva qualche sorpresa.

L’item che potremmo definire di “elezione” per professionisti della salute e cioè “la conoscenza degli effetti sulla salute della vittima” viene ritenuto di interesse soltanto nel 11,1% dei casi. La distribuzione sui rimanenti items indica un interesse generico alla problematica (l’item “informazioni sulla diffusione del fenomeno” raccoglie il 25,6% delle preferenze), lasciando ancora una volta l’impressione che que-

sta platea di operatori/trici abbia difficoltà a calare la tematica della violenza nel corpus articolato delle proprie competenze tecnico-professionali.

Pertinente a questo proposito la pregnanza di un discorso medico che “considera le malattie delle donne con una prevalente derivazione biologica ormonale e quelle degli uomini con una prevalente derivazione socio ambientale” (Petetti, Rusticali, AGENAS, 2010) e cioè che raffigura il corpo della donna come un luogo altro dallo spazio delle relazioni, e da un tempo, se non quello biologico. Un corpo senza storia, mero ricettacolo di un susseguirsi o accumularsi di eventi biologici. Come ci ricorda la filosofa Cavarero “a partire dai greci nella rappresentazione simbolica dei due sessi la corporeità come tale, in quanto carnea componente dell’esistere, viene assegnata soprattutto alle donne, mentre invece agli uomini tocca la più gloriosa componente del logos...” (A. Cavarero, *Corpo in figure* Feltrinelli, 1995).

5.4 Protocolli e servizi

Si è voluto indagare la conoscenza da parte del campione dei protocolli e dei servizi specializzati di cui le strutture si sono dotate. Come ben descritto nella parte di analisi di contesto, le diverse aziende non presentano una situazione omogenea, ma ciascuna realtà, nella sua peculiarità, si è dotata di almeno un servizio specializzato e/o di un protocollo specialistico (Servizi di Accoglienza Attiva e relative procedure, U.O specialistiche, protocollo per le violenze sessuali, etc.).

Per quanto riguarda l’utenza immigrata, il 55% e il 40,1% degli/le operatori/trici è a conoscenza rispettivamente degli sportelli dedicati e dei protocolli d’intervento della propria azienda, mentre per quanto riguarda la violenza contro le donne solo il 27,8% degli/le operatori/trici è a conoscenza di protocolli d’intervento in uso nella propria azienda.

Sovente manca anche la conoscenza delle norme che regolano l’accesso ai propri servizi da parte degli stranieri: *“Nonostante gli ospedali, i consultori, le farmacie siano aperti anche agli stranieri gli/le operatori/trici non conoscono la legislazione... non sanno nemmeno degli Stp o Eni per fare le ricette... il problema della carenza di informazione è il problema...”* (operatrice di ONG). Altri operatori/trici del no-profit raccontano che non di rado, gli invii ai servizi specializzati

degli ospedali seguono percorsi tortuosi, e dovendo essere loro stessi a colmare i gap d'informazione tra gli operatori dei servizi pubblici: *“Devi essere fortunato a trovare quello a conoscenza... ogni volta devi cominciare daccapo...”*.

In generale, appare scarsamente presente l'interconnessione tra i servizi all'interno della medesima struttura ospedaliera o tra istituzioni diverse, tenuto conto che solo nel 22% circa dei casi l'utenza migrante giunge su invio da parte di altri soggetti della medesima struttura ospedaliera e che solo il 23,7% degli/le operatori/trici è a conoscenza dell'esistenza della Rete Antiviolenza cittadina.

Pur non potendo essere del tutto univoca la lettura del dato a causa, come già detto, della eterogeneità tra le diverse aziende (peraltro in alcuni casi effettivamente le aziende non hanno alcuna procedura specifica per le donne vittime di violenza né servizi specialistici fatta eccezione per le Accoglienze Attive e le procedure relative), rimane il fatto evidente che una vasta parte del personale, sino al 70%, o non è a conoscenza dei servizi specializzati di cui le aziende dispongono né delle procedure sviluppate al loro interno (alcune delle quali disposte per legge³⁸) o non possono usufruirne non essendosene le aziende mai dotate. Vieppiù, non possiamo ritenere verosimile l'ipotesi che vigga una sorta di “autosufficienza” delle singole unità operative, che faccia sì che si determini un certo disinteresse verso procedure o altri servizi ritenuti irrilevanti o superflui allo svolgimento delle proprie attività, tenuto conto che l'istituzione dei servizi specializzati e delle procedure è derivata proprio dal rilevamento della difficoltà a fronteggiare le problematiche sanitarie connesse ai temi della immigrazione e della violenza contro le donne nello svolgimento delle attività “ordinarie” di cura ed assistenza. D'altronde, chiedendo agli/le operatori/trici se valutino opportuno attivare presso la propria struttura protocolli di intervento per le donne che hanno subito violenza, nel 90% dei casi si esprimono favorevolmente. Per quanto arduo sia addentrarsi nella comprensione delle dinamiche che all'interno di strutture complesse quali quelle ospedaliere producono alterazioni tali nelle relazioni di sistema da mortificare l'impatto degli investimenti delle medesime aziende nello sviluppo di procedure o nella strutturazione di servizi

³⁸ Decreto 4 luglio 2003 dell'Assessorato alla Sanità, le *Linee guida per l'assistenza sanitario ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*.

innovativi, va comunque segnalata la rilevanza del problema e la necessità di una riflessione.

La ricerca non ha indagato direttamente l'efficacia degli interventi sanitari e sociali, né dispone di indicatori specifici di cui avvalersi. Pur tuttavia, è più che ragionevole presumere che gli/le operatori/ici, in una percentuale significativa, manchevoli di formazione sui temi in oggetto, e della necessaria conoscenza delle procedure o di altri servizi, oggettivamente sguarniti del necessario equipaggiamento, potrebbero sviluppare atteggiamenti di negazione e di deresponsabilizzazione (del tipo "non rilevo il problema o comunque non è di mia pertinenza") o sperimentare forme di forte demotivazione, a grave detrimento della performance lavorativa e della qualità della risposta alle utenti. È ben noto come il senso d'inadeguatezza dell'operatore possa tradursi in processi proiettivi, che investendo il proprio servizio renderà questo oggetto di svalutazione e di continua lamentazione o, cosa ben più grave, rivolgendosi verso le pazienti, farne una presenza fastidiosa, ostile, inadatta ai nostri interventi, fuori posto. Ci sembra significativa la testimonianza di un assistente sociale nel rappresentare il senso di impotenza dell'operatore e di parallela stigmatizzazione della donna utente. In un contesto particolarmente povero di interventi e risorse, e di grave inerzia dei decisori, si esprime in questi termini a proposito delle violenze contro le donne all'interno della comunità immigrata: *"Secondo me la percentuale è molto alta, perché le segnalazioni ci sono... ma non la posso quantificare ... come servizio ci siamo occupati solo di un caso... ci arrivano segnalazione dalle scuole dove i bambini raccontano qualcosa... anzi parlano molto... ma col servizio si bloccano"* ed ancora *"abbiamo avuto solo due tre casi (di violenza domestica)... noi interveniamo quando la cosa è eclatante, nel senso che se interviene l'ambulanza perché la donna è in fin di vita l'ospedale ci avverte..."* ... *"queste donne sono soggiogate ma secondo me anche a loro piace essere soggiogate, perché quando noi cerchiamo di aiutarle loro non vogliono il nostro aiuto"* ... *"purtroppo i casi che abbiamo seguito non sono andati a buon fine perché... se manca la collaborazione della donna... purtroppo questo servizio ha poco personale, forse se avessimo di più potremmo fare altro"*. Un'altra assistente sociale del Comune di Palermo racconta: *"Non avendo avuto una formazione specifica non si interviene nel colloquio con strumenti che possono favorire l'emersione del fenomeno"*. Altresì si rischia di

essere travolti da aspetti controtransferali che non trovano un adeguato contenimento emotivo: *“Non abbiamo la supervisione. Per me è stato difficile... ho dovuto assistere all’interrogatorio di una bambina che aveva subito violenza... sono stata male per giorni perché appunto non ho formazione ... è pesante... è molto forte il contatto con questa realtà...”*. Una diffusa incuria che accomuna operatori e utenti, gli uni e gli altri, lasciati ad affrontare in solitudine e con pochi strumenti problemi delicatissimi e onerosi. Tutti gli/le operatori/trici denunciano la mancanza di mediatori culturali (spesso presenti soltanto in attività volontaria), e perfino nei servizi specializzati per immigrati (ospedalieri, comunali, ma anche l’ufficio immigrazione della questura) risalta l’assenza di personale con adeguate competenze linguistiche (quasi tutti gli/le operatori/trici intervistati dichiarano di avere la conoscenza di una sola lingua straniera a livello scolastico). Non desta meraviglia, dunque, che, dei/le 107 operatori/trici che hanno fornito una risposta, il 39,3% riterrebbero d’aiuto l’ampliamento dell’equipe ad altre figure professionali (mediatori, traduttori, psicologi) ed una loro migliore integrazione operativa nella gestione di situazioni di violenza.

5.5 *Gli atteggiamenti degli/delle operatori/trici verso la violenza di genere*

Si è voluto indagare con una batteria di domande i convincimenti, ed eventualmente gli stereotipi, del nostro campione sulla violenza di genere. Si delinea un gruppo ben informato sul tema, seppur permangano in alcune aree del campione, fortunatamente minoritarie, credenze fortemente stereotipate.

Nel nostro campione è certamente passato il concetto che la violenza contro le donne trova espressione prevalente all’interno delle famiglie e nei rapporti di intimità (ne è convinto il 94,1% del campione) così come in merito alle motivazioni della violenza, tendono a prevalere le spiegazioni di ordine politico-culturale attinenti i rapporti di potere tra i sessi.

Appare più ambiguo e più permeabile agli stereotipi “maschilisti” il giudizio degli intervistati sulla violenza sessuale. Per quanto circa 85% del campione si dica convinto che la violenza sessuale riguardi tutte le donne (e dunque che sia imputabile ai modelli di relazionalità tra i sessi e non a caratteristiche specifiche di alcune donne, un tempo si

diceva delle “donne poco perbene”) al contempo quasi un terzo del campione esprime l’idea che qualità di avvenenza o di attrattiva delle donne siano causa della violenza sessuale, secondo una visione che attribuisce all’uomo una incontenibile sessualità, provocata da atteggiamenti femminili non in linea con la tradizionale “composta modestia” richiesta alle donne. In questo pesa particolarmente il pregiudizio espresso dagli uomini del campione.

Circa metà degli intervistati viceversa, sottolinea come le situazioni di “fragilità” sociale possano esporre le donne al pericolo della violenza sessuale, considerando particolarmente a rischio le donne disagiate o in difficoltà e le immigrate.

È condivisa l’opinione che il fenomeno della violenza contro le donne sia ampiamente diffuso e che assai scarsa sia la propensione delle donne alla denuncia. Dunque, pur permanendo aree di ambiguità (in linea con quanto si osserva nella popolazione generale) gli/le operatori/trici appaiono consapevoli del peso del fenomeno e del semiante poco manifesto che assume.

Allorquando si cala la questione della violenza contro le donne all’interno della realtà immigrata gli intervistati tendono ad interpretare il fenomeno come un fatto intraetnico.

Gli uomini italiani e stranieri vengono ritenuti gli autori prevalenti di violenza nei confronti delle donne della medesima nazionalità, ma altresì, dobbiamo segnalare una grande sottovalutazione della violenza da parte degli italiani nei confronti delle donne immigrate e, di converso, l’amplificazione della violenza degli stranieri sulle italiane. Sebbene in precedenza fosse stata collegata alla condizione di donna migrante l’incremento del rischio di violenza, si ha l’impressione che il campione allorquando debba riconoscere il volto violento della società ospitante, esiti, si ritragga, rifugiandosi in strategie difensive. In un movimento centrifugo vengono espulse dalla consapevolezza le forme espressive di violenza nei confronti delle donne migranti che lambiscono in vario modo la vita quotidiana, e che per ciò stesso dovrebbero essere più attenzionate; lo sfruttamento sessuale da parte dei clienti italiani delle prostitute, spesso trattate e minorenni, o delle badanti sottoposte a molestie sessuali o a condizioni di lavoro umilianti all’interno delle nostre case. Viceversa, ciò che si consuma all’interno di un mondo “Altro” (le MGF, le spose bambine, etc) appare più immediatamente e inequivocabilmente definito come violento.

Ma cosa accade quando gli/le operatori/trici vengono investiti della questione del rilevamento del fenomeno nell'esercizio della propria pratica professionale? ("Negli ultimi tre anni le è mai capitato di venire a conoscenza o di sospettare che una sua paziente immigrata o straniera fosse vittima di violenza?")

A tale domanda hanno fornito una risposta 132 operatori/ici: il 59,8% del campione dichiara di avere rilevato o sospettato una situazione di violenza tuttavia la frequenza con cui questo è accaduto è per la maggioranza degli intervistati piuttosto bassa (per l'86,4% meno di 9 volte).

Da questa risposta in avanti segnaliamo una tendenza del campione, che si ripropone per tutte le domande di "approfondimento", che si fa più evasivo. Infatti, pur ipotizzando che abbia risposto a queste domande solo chi ha dichiarato di avere effettivamente rilevato il problema (rimarrebbe escluso solo un 40% circa del campione) si constata un trend in incremento del dato *mancante*. In altri termini aumenta la tendenza a non rispondere, in particolare alle domande tese a comprendere meglio quali elementi di osservazione abbiano allertato o quale specifica iniziativa sia stata posta in essere per le pazienti vittime di violenza.

In merito a quali siano le circostanze che hanno indotto a sospettare o rilevare la violenza, tutti gli indicatori trovano un elevato accoglimento, in particolare le circostanze "comportamentali" della paziente (85,1%) o del maltrattante (61,4%).

Per quanto riguarda le forme di violenza individuate, sostanzialmente vengono segnalate tutte, con una certa prevalenza della violenza fisica (80,3%) e psicologica (86,3) e della combinazione di più forme di violenza (73,1%). Osserviamo solo una certa discrepanza di valore percentuale tra il rilievo della violenza fisica ed il dichiarato accertamento di evidenze diagnostiche (64,7%): difficile pensare che in ambiente medico non si abbiano evidenze diagnostiche di una situazione di violenza fisica.

Fra gli autori prevalgono partner o marito (81,5%) parente (50%), amico o conoscente (44,4%) e sconosciuto (61,5%), minoritaria la percentuale relativa al datore di lavoro (21,7%) e al collega di lavoro (11,5%), mentre risulta elevata la percentuale dei casi in cui non è stato possibile individuare l'autore (62,5%).

Ma gli/le operatori/trici in queste circostanze verso quali strutture orientano le donne immigrate vittime di violenza? Spiccano strutture “esterne” alle aziende di appartenenza, percepite come specializzate, anche se in maniera diversa, sul tema della violenza: istituzioni forti come la polizia (38,4%) o privato sociale dedicato all’aiuto delle donne vittime di violenza (37%). Ad una certa distanza percentuale si colloca l’opzione di invio ad un operatore sociale (23,3%) o ad uno psicologo (17,8%). L’unica U.O. a cui gli/le operatori/trici sanitari sembrano inviare le pazienti è la ginecologia (30,1%), presumibilmente per la violenza sessuale. Osserviamo che nessun operatore fa riferimento a servizi aziendali interni specializzati (alla voce Altro: specifica) e soltanto in due dichiarano di inviare ad altro medico specialista (si sarebbe potuto ipotizzare che al di là dei servizi aziendali si potesse assistere ad una qualche propensione ad inviare a qualche singolo collega riconosciuto quale “esperto” in materia). D’altronde si era già detto della scarsa interconnessione interna.

Comunque, tra gli/le operatori/trici sanitari sembra prevalere l’idea che la specificità dell’intervento richiesto riguardi più la condizione di “vittima” della donna piuttosto che la sua condizione di straniera e che si ritengano preponderanti nell’intervento gli aspetti di supporto sociale o psicologico, che vengono immediatamente “esternalizzati”. È però necessario rilevare che in tutto il campione solo in 29 dichiarano di aver referato o segnalato in qualche maniera la violenza rilevata. Il dato non può non indurre una certa preoccupazione e ci interroga sulla natura di questa propensione, cui probabilmente, al di là degli aspetti di sistema oggettivamente disincentivanti, gli atteggiamenti personali sul tema, o anche i pregiudizi, non sono estranei. Ci può essere di aiuto alla comprensione la raccolta del dato relativo a quali siano le maggiori difficoltà incontrate nel colloquio con le pazienti vittime di violenza o di MGF.

Gli/le operatori/trici hanno evidenziato problematiche riconducibili a deficit di ordine strutturale o organizzativo, la mancanza di spazi fisici adatti alla conduzione di un colloquio e di tempo, (ambienti caotici e senza alcuna privacy, sovrannumero dell’utenza rispetto alle risorse umane, etc.) o a caratteristiche proprie della paziente quale le difficoltà di comprensione linguistica o l’atteggiamento di chiusura della donna. Ma quello che appare più evidente è la scarsa o scarsissima considerazione delle proprie componenti personali (“Disagio nell’ascolto della violenza” ammesso solo da un operatore) o professionali (“Poca espe-

rienza nel trattamento di problematiche connesse alla violenza”-16,4%) quali possibili fonti di difficoltà nell'affrontare le tematiche della violenza. D'altronde, in altra parte del questionario solo il 6% degli intervistati si diceva interessato ad affrontare l'argomento degli stereotipi presenti tra gli/le operatori/trici sui temi in oggetto. Si registra cioè una ridottissima tendenza ad assumere un atteggiamento autoriflessivo, o comunque attento all'esplorazione delle proprie risonanze controtransferali, di rilievo in tematiche sensibili quali quelle in oggetto, pesando, probabilmente, anche una rappresentazione della professione medica come “asettica”, incarnata da operatori “neutri” nello svolgimento delle proprie mansioni. In questo quadro l'idea che la questione dell'accoglienza, quale cultura di riferimento e policy della struttura ospedaliera, possa essere al centro o tra le priorità nel rapporto con le pazienti, appare assai improbabile. Alcuni operatori/ici, lasciano intendere con sconforto, che porsi il problema dell'accoglienza o del proprio coinvolgimento emotivo, tenuto conto delle condizioni di lavoro, sia un lusso che proprio non ci si possa concedere “...*qui non ci sono nemmeno le sedie...*”. Una carenza questa di grandissima rilevanza per le conseguenze in termini di qualità del servizio, di benessere procurato alle utenti e di capacità del sistema di rilevamento della problematica della violenza di genere. A conferma del peso della appropriatezza della accoglienza, la diversa e quasi sempre maggiore capacità di penetrazione da parte delle organizzazioni no profit che mettono al centro la relazione con l'utente, nel rilevamento delle violenze. In altri termini si può tracciare una linea di correlazione tra attenzione ad un approccio gender sensitive e di “cura della relazione” con le utenti e l'emersione del fenomeno della violenza di cui sono vittime. Anche da questo punto di vista, l'adozione di una medicina di genere che possa garantire alle donne l'appropriatezza delle cure appare un obiettivo strategico non ulteriormente differibile.

5.6 Le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni forzati

Una batteria di domande ha inteso indagare la conoscenza, la percezione i convincimenti degli/le operatori/trici in merito alle mutilazioni genitali femminili.

Una valida percentuale di operatori/trici (39,6%) afferma di avere una buona conoscenza del fenomeno, anche se solo 8% dichiara di

avere acquisito conoscenza del fenomeno attraverso corsi di aggiornamento, prevalendo come fonti d'informazione i libri o i quotidiani (37%), opuscoli, depliant, etc. (24,6%), convegni e seminari (22,5%). Il 54,4% asserisce di avere una conoscenza solo superficiale delle pratiche di mutilazione femminili. Comunque il 91,4% riterrebbe opportuna una maggiore formazione sul tema. Piuttosto ridotta la percentuale di chi ha un'adeguata conoscenza della legge italiana sulle MGF (12,2%) e delle Linee Guida del Ministero della Salute sulla prevenzione ed il trattamento delle MGF (8,6%). Solo il 3,6 % degli/le operatori/trici sostiene che esista un protocollo d'intervento sulle MGF nella struttura in cui opera.

Coerentemente a questi dati gli/le operatori/trici dichiarano molto importante, in particolare, approfondire la conoscenza degli aspetti clinici connessi alle MGF (24,5%), la conoscenza delle linee guida (17,0%), ma anche degli aspetti socio-psicologici (16,6%), e la legislazione italiana e internazionale (12,5%).

La percentuale degli/le operatori/trici sanitari che dichiara di essersi imbattuta in pazienti mutilate è del 14,3%, di cui l'80% con un numero di casi rilevato negli ultimi 3 anni abbastanza esiguo (da 1 a 5 casi).

Secondo l'esperienza degli intervistati solo in pochissimi casi le donne giungono alle strutture sanitarie chiedendo la de-infibulazione, o altri interventi esplicitamente connessi alla MGF; mentre prevalgono le richieste per patologie connesse, o nella gran parte dei casi, per la gravidanza ed il parto (su un totale di 39 casi riferiti, è il 30,8%).

Anche in merito alle bambine, appare molto bassa da parte degli/le operatori/trici la percezione di rischio di mutilazioni: dei/le 142 operatori/trici che hanno risposto, solo il 7% asserisce di aver temuto per bambine con cui si è venuto in contatto.

La sensazione è che il fenomeno per quanto presente nelle popolazioni immigrate dai paesi in cui sono diffuse le pratiche, sia *“da un punto di vista strettamente epidemiologico poco pesante...”* (Medico servizio ospedaliero per immigrati) e che l'impatto della società ospitante, così come la diversa articolazione del gruppo parentale o la sua assenza, scoraggi la prosecuzione delle pratiche rituali.

Ad ogni modo, per quanto riguarda le MGF, il giudizio degli/le operatori/trici è molto netto: per il 97% rappresentano una violazione dei diritti umani e devono essere eliminate e per il 96,3% degli/le operatori/trici la società di accoglienza deve provvedere alla prevenzione e al

contrasto di codeste pratiche indicate dal 87,3% del campione come espressione del potere e della violenza degli uomini sulle donne. Meno netto il giudizio sulla natura prevalentemente sanitaria del problema su cui il campione si spacca a metà. Anche la possibilità di offrire supporto in favore di pratiche rituali “meno traumatiche” o lesive della salute delle donne divide il campione sostanzialmente in due, con una piccola prevalenza di chi si dice contrario (43,2% contro il 56,8%). Soprattutto chi ha una maggiore conoscenza del fenomeno tende ad avere un atteggiamento più aperto verso la possibilità di avvallare rituali alternativi, probabilmente in ragione della maggiore conoscenza dell’ampio dibattito in atto tra gli addetti ai lavori.

Diverso appare il discorso sui matrimoni combinati che, sebbene fenomeno percepito ma difficilmente rilevato dagli/le operatori/trici sanitari nello svolgimento delle proprie attività professionali, a giudizio dei testimoni privilegiati è pratica ancora molto presente all’interno di alcune comunità immigrate.

Il quadro dipinto dai testimoni intervistati, riferendosi a queste comunità, è molto fosco, non solo per la presenza del fenomeno, ma soprattutto per la mancanza di supporto sociale alle potenziali vittime o di interventi mirati nelle comunità più “a rischio”.

Un funzionario di Polizia racconta *“un paio di settimane fa siamo intervenuti in maniera preventiva per una segnalazione che era in corso una sorta di fidanzamento...abbiamo chiamato la ragazza... abbiamo fatto di tutto ma ci siamo sentiti impotenti, siamo sicuri che la ragazza appena compirà 18 anni verrà rispedita nel paese di origine a sposare il tizio che il nonno ha scelto. Qui sarebbe utile il sociale... noi non possiamo colmare i vuoti degli altri pezzi...”* ed ancora *“siamo venuti in contatto con questa comunità da quando abbiamo fatto l’operazione relativa ai bambini che vendevano i fiori... il ruolo delle donne in quelle case era praticamente inesistente... c’erano donne che vivevano chiuse segregate a casa e soprattutto completamente isolate anche perché non conoscono una parola di italiano”* *“io penso che quello che si deve fare... riguarda il sociale... manca assolutamente il pezzo sociale laddove ci sono nuclei familiari che non vengono seguiti adeguatamente”* e ancora *“dai servizi sociali non c’è mai arrivato nulla... se i servizi sociali ci indicassero qualcosa potremmo intervenire...”*.

La testimonianza riapre una tema che ha attraversato buona parte del nostro lavoro di investigazione per quanto riguarda gli aspetti di

“sistema” del contrasto della violenza e del supporto alle vittime, e travalicando l’aspetto specifico dei matrimoni forzati. Da più aree (sanitaria, polizia, privato sociale) viene segnalata come fortemente carente la parte di intervento “sociale”, in particolare per quel che compete l’ente locale, incapace di offrire attraverso i propri servizi una adeguata progettualità per le utenti che decidessero di chiedere aiuto, o, come detto, di monitorare le situazioni a rischio. *“Il mio vissuto è spesso di assoluta impotenza... mi trovo un muro... l’inesistenza di programmi di protezione e di reinserimento efficaci... io per prima non mi sento di dire denuncia la tua vita migliorerà... so che spesso non sarà così...”* (operatrice ong, servizio per immigrati). Parole davvero drammatiche che danno il segno di una debacle nelle politiche sociali che richiederebbe un ben diverso impegno da parte delle istituzioni.

CAPITOLO VI

Lo studio realizzato in Abruzzo

di Roberta Pellegrino e Michela Salvucci

La ricerca è stata articolata su due livelli d'indagine: una rilevazione quantitativa ottenuta attraverso la somministrazione di un questionario ad operatrici/tori del settore sanitario e la realizzazione di interviste a "testimoni privilegiati" necessarie per leggere ed integrare le informazioni acquisite dalla precedente. Sono stati indagati due temi centrali per l'intera ricerca: il fenomeno delle violenze e degli abusi nei confronti di donne e giovani donne legati a pratiche tradizionali dannose (ad esempio MGF, matrimoni forzati, violenza sulle badanti – o eventuali altre forme specifiche di violenza connesse alle tradizioni culturali) e, in generale, il fenomeno della violenza contro le donne.

Il questionario dell'indagine quantitativa è stato articolato in modo da osservare due macroaspetti: da un lato è stata sondata la 'conoscenza' delle/gli operatrici/tori dei servizi sanitari pubblici (ospedalieri e territoriali), intesa come integrazione di quanto ciascun operatore possiede in termini di formazione, percezioni e opinioni personali, esperienza empirica e quotidiana acquisita nel lavoro con l'utenza, e dall'altro è stata verificata l'operatività dei servizi di appartenenza degli stessi in termini di presa in carico, presenza di procedure e/o protocolli e di proposte future. Pertanto l'analisi dei dati statistici ottenuti è stata affrontata seguendo proprio i tre ambiti della 'conoscenza' evidenziati: Formazione/Percezione ed Opinioni/Esperienza pratica.

Il campione intervistato è composto da medici e personale sanitario dei servizi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali di Pescara e Teramo (rispettivamente sono stati somministrati 57 questionari a Pescara e 43 a Teramo): sono stati coinvolti 19 medici e operatori del Pronto Soccorso e degli Ambulatori Specializzati, 30 medici e operatori/trici dei Servizi di Ginecologia e Ostetricia, 36 di Psichiatria e dei Consultori Familiari e 15 dei Reparti di Pediatria. Il campione d'indagine così formato è costituito con netta prevalenza da donne (75%).

6.1 Formazione

Il campione abruzzese risulta essere sicuramente ben 'aggiornato', nel senso che ben l'85% dichiara di aver avuto esperienza di aggiornamento professionale, per più di 5 volte, negli ultimi tre anni. Indubbiamente si tratta di personale 'adulto', visto che il 74% del campione ha più di 44 anni e il 60% possiede titoli di studio elevati (se si considerano congiuntamente laurea, specializzazioni o master). È interessante notare come la distribuzione delle risposte affermative sia stata trasversale rispetto a tutti i servizi coinvolti: Pronto Soccorso, Ambulatorio Immigrati, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Reparti di Psichiatria e Pediatria e i Consultori pubblici.

Quando invece al campione è stato chiesto di specificare il proprio impegno in attività formative sul tema della salute dei migranti, è altresì interessante sottolineare come la situazione si sia capovolta: il 73% del campione dichiara infatti di non aver mai seguito un corso specifico sulla materia. Questo dato inoltre non varia secondo le altre variabili prese in considerazione nell'indagine (titolo di studio, età o ruolo presso i servizi interessati dall'indagine), ed appare ricco di significato specie se messo in relazione con le dichiarazioni delle/gli intervistate/i sulla presenza di utenza migrante nel servizio che ha visto una totale affermazione del sì.

La combinazione di queste due dichiarazioni rende evidente l'esistenza di 'incongruenze' nei servizi: sembrerebbe che ad un 'reale' accesso dell'utenza straniera e migrante non corrisponda un investimento in termini di adeguata formazione, condizione strategica per ottimizzare la capacità dei servizi di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute dei migranti soprattutto alle esigenze particolari³⁹ relative ad aspetti culturali quali ad es. le pratiche legate alle tradizioni.

Continuando la nostra analisi sulla conoscenza e formazione rispetto ai temi della ricerca, in particolare rispetto al tema della violenza contro le donne il dato continua ad essere scoraggiante in quanto ben il 73% del campione dichiara di non aver mai seguito un corso di formazione sulla violenza di genere, mentre solo il 13% dichiara di aver seguito almeno due corsi negli ultimi tre anni.

³⁹ A. Marrone, A. Sannella, *Sessualità e culture, Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, Collana Confini Sociologici, Franco Angeli Ed., Milano 2010.

6.2 Percezione ed opinioni

L'analisi della 'conoscenza' dei fenomeni oggetto dell'indagine si arricchisce studiando la dimensione della percezione e dell'opinione personale. Anzitutto, si è indagata la percezione del campione sul tema generale della violenza contro le donne: il 93% si dichiara molto o abbastanza d'accordo sul fatto che la violenza contro le donne sia prevalentemente diffusa tra le pareti domestiche. Questa elevata percentuale corrisponde ad un dato di realtà di cui molte ricerche sul tema danno riscontro, pertanto si può ipotizzare che sia connessa alle attività di sensibilizzazione intraprese, da diversi anni, nei territori indagati, alle campagne informative attivate dal Dipartimento per le Pari Opportunità e all'impegno dei mass-media nel trattare gli episodi di cronaca nera, in cui raramente risulta che l'autore della violenza è uno sconosciuto. Anche per quanto riguarda la 'visibilità del fenomeno', ben l'87% degli intervistati si dichiara d'accordo con l'idea che la violenza sia oggi più visibile grazie all'influenza dei mass-media e il 75% del campione concorda con l'affermazione che la maggiore visibilità dipende anche da una maggiore capacità di ribellione delle donne.

Inoltre, la maggior parte delle/gli operatrici/tori che hanno espresso accordo con dichiarazioni che trovano riscontro nella realtà hanno partecipato più volte ai corsi di formazione sulla violenza di genere testimoniando così che, oltre all'effetto di sensibilizzazione, la formazione è indubbiamente servita a fornire elementi di conoscenza propri del fenomeno. Ciò nonostante, quando si chiedono opinioni che riguardano aspetti o dimensioni diverse del fenomeno, si riscontra l'emersione di 'stereotipi' resistenti, in particolare, relativamente al fatto che la violenza sia più diffusa in ambienti degradati, il 68% del campione esprime il proprio accordo con tale dichiarazione, opinione trasversale rispetto alle altre variabili utilizzate (titoli di studio, età, etc.).

A tal proposito, sembra importante soffermarci sul ruolo centrale degli stereotipi così come evidenziato, a partire dal secolo scorso, da numerose teorie elaborate nell'ambito delle scienze sociali e della psicologia sociale⁴⁰.

⁴⁰ Agli inizi del XX secolo, grazie ai pionieristici studi di Lippman, il concetto di stereotipo diventa infatti il centro d'interesse per diverse scienze umane pur mantenendo un'ambivalenza costitutiva. Ma ciò che, ad oggi, è accreditato, in tutte le discipline che entrano in relazione con esso, è che lo stereotipo è un concetto ben definito che permette di analizzare sia il rapporto tra l'individuo e l'altro da sé, sia le relazioni tra i gruppi e i loro membri individuali. Cfr. R. Amossy - R. Herschberg Pierrot, *Stéréotypes et Clichés*, Éditions Nathan, Paris 2000.

Attraverso le analisi sullo stereotipo, che riguarda fundamentalmente il processo cognitivo e linguistico dell'apprendimento sociale, è infatti possibile analizzare l'immagine che i membri di un gruppo hanno di se stessi e degli altri. In tal senso, è significativo che lo studio degli stereotipi si sia concentrato principalmente sull'analisi delle rappresentazioni di genere⁴¹ e sulle rappresentazioni etniche⁴², non tanto guardando al tema della veridicità degli stessi, quanto piuttosto ad una riflessione sull'uso che ne viene fatto. Lo stereotipo, quando è 'svalorizzante', appare come un potente strumento di legittimazione, specie in situazioni di dominio, nel caso in cui vi sia competizione e conflitto sociale, così come nel caso di subordinazione di un genere rispetto ad un altro e/o di un gruppo sociale e/o etnico rispetto ad un altro. In effetti, 'la promulgazione di immagini di superiorità-inferiorità in una società è uno dei mezzi che il gruppo dominante ha per mantenere la sua superiorità'⁴³. Perlopiù fonte di errori e di pregiudizi, lo stereotipo appare però, anche come un fattore di coesione sociale, un elemento costruttivo in rapporto a sé e all'Altro.

Tornando ai dati relativi alla violenza contro le donne, il fenomeno viene spiegato dal nostro campione, anzitutto come 'desiderio di affermare una cultura che consideri la donna inferiore' e come 'desiderio di possesso della donna', rispettivamente con 42% e 41%, ma anche come 'desiderio di difendere le prerogative maschili' che raggiunge il 35%.

Queste risposte danno conto di una convinzione e di un nesso che mette bene in luce il fatto che si riconosca al tema della violenza un legame con tematiche più socio-culturali attinenti alla relazioni tra i generi.

Il dato è interessante se si considera che il campione intervistato è costituito prevalentemente da donne che mostrano quindi di avere 'consapevolezza di genere', che vuol dire, anzitutto, collocarsi nell'intersezione tra dimensione individuale e dimensione sociale, utilizzando un costrutto – il genere – che consente molteplici aperture di ordi-

⁴¹ Numerosi studi hanno affrontato il tema dell'immagine tradizionale della donna come madre, angelo del focolare, o oggetto estetico abbinato a campagne pubblicitarie. Cfr. M.J e P.H Chombart de Lauwe, *La Femme dans la Société*, CNRS, Paris 1963.

⁴² Sulle ricerche degli stereotipi etnici cfr. D. Katz e K.W. Braly, *Racial stereotypes of 100 college students* – in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1933, 28, pp.280-29.

⁴³ Cfr. M. e C.W. Sherif, *Social Psychology*, Harper-Inter Ed., New York 1969.

ne concettuale nella misura in cui determina l'uscita da visioni riduttive relative alla sessualità e all'organizzazione sociale della differenza sessuale. Come afferma Taurino: "Una delle aperture concettuali del concetto di genere è, ad esempio, la possibilità di cogliere, nei diversi aspetti della realtà, gli elementi e i processi culturali che ne sono alla base"⁴⁴.

Uno stereotipo 'negativo' emerge, invece, quando si rileva la percezione della tipologia di donne potenziali vittime di violenza sessuale. Un consenso quasi unanime (81%) è raccolto dalle affermazioni che la violenza sessuale possa riguardare tutte le donne (che sottende che la violenza sia un fenomeno 'sessuato') e prevalentemente le giovani donne (79%); il 74% del campione pensa che riguardi le donne migranti, il 63% pensa che riguardi le donne disagiate, mentre le affermazioni che hanno riscontrato il minore accordo, sono relative al coinvolgimento in situazioni di violenza di donne vistose e di donne attraenti, rispettivamente con il 47% e 41% di accordo, percentuali comunque abbastanza elevate.

Le risposte ottenute hanno offerto numerosi spunti di riflessione. Innanzitutto, colpisce come sia presente lo stereotipo che il fenomeno della violenza sessuale sia connesso alla giovinezza, attrattiva e a caratteristiche che richiamano il modello della provocatrice, della seduttrice. Queste dichiarazioni possono trovare una spiegazione alla luce di alcune ricerche effettuate nell'ambito degli studi socio-costruzionisti, che affrontano la questione dell'analisi degli stereotipi di genere focalizzando l'attenzione sulla rilevanza delle dinamiche inerenti sia la socialità, sia la socializzazione⁴⁵. Secondo questo approccio le concezioni sociali legate al genere non hanno solo l'effetto di deformare la percezione delle persone o di rafforzare specifiche concezioni, ma sono anche in grado di suscitare, nei soggetti legati a specifiche aspettative, comportamenti che tendono a confermare gli stereotipi. Recentemente due studiosi, Steele e Aronson (1995), hanno elaborato un modello teorico denominato *Stereotype Threat*, ossia 'minaccia legata agli stereotipi', che spiega la dinamica di attribuzione di tratti apparte-

⁴⁴ A. Taurino, *Psicologia della differenza di genere*, Carocci Editore, Roma 2005.

⁴⁵ Socializzazione da intendersi come il complesso dei processi per mezzo dei quali i modelli di ciascuna società sono trasmessi da una generazione ad un'altra". Cfr. H.R. Schaffer, *Lo sviluppo sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.

nenti ad uno stereotipo negativo. Nel nostro caso, ad esempio, le donne che hanno aderito allo stereotipo della 'donna giovane e attraente quale potenziale vittima di violenza sessuale', sono cadute nella *Stereotype Threat*. Ciò significa che a volte chi appartiene ad un gruppo sociale ben distinto (prevalentemente per genere o etnia) può vivere un tale stato di ansia derivante dalla paura di confermare il pregiudizio che vige nei suoi confronti, che alla fine la tensione può avere per effetto la scelta di comportamenti che finiscono per confermare il pregiudizio esistente⁴⁶.

Inoltre, l'alta percentuale di accordo ottenuto dall'affermazione "le donne vittime di violenza sessuale sono le migranti" ci fa pensare ad una percezione degli intervistati che riconosce per le straniere una maggiore esposizione al rischio di violenza sessuale, dovuto probabilmente ad un loro maggiore isolamento.

Possiamo ampliare le nostre riflessioni sulle percezioni relative alla violenza sessuale grazie a quanto scrive Ivekovic "I corpi delle donne rappresentano il *luogo dell'incontro*, lo spazio (a livello simbolico e non) dove avviene l'incontro, la mescolanza, l'incrocio, la *contaminazione*. Le donne passano più facilmente dallo spazio interno a quello esterno, non percepiscono le *frontiere* come pericolo, angoscia, paura dell'incontro con l'altro. È questo incontro, questo *mischiarsi*...che viene combattuto nella donna, da coloro che vogliono purificare le loro origini, *liberarle* dell'Altro, negare l'Altro"⁴⁷. Per questo la violenza sessuale contro le donne, lo *stupro*, rappresenta il dominio del corpo di chi ha il "potere dell'incontro", il dominio e la sottomissione di corpi che si "stanno liberando", che mettono in discussione il potere. E rappresenta infine il disonore, l'umiliazione delle donne dell'"altra nazione", del nemico, come disonore della nazione "degli altri": si "fa a pezzi", simbolicamente, il corpo della nazione dell'altro.

Rispetto ad altri due argomenti centrali per la ricerca ovvero la tipologia dell'autore della violenza (conoscente o sconosciuto) e la percezione della 'frequenza' con cui le donne subiscono una forma di violenza sessuale nel corso della vita, le opinioni espresse dalle/gli intervistate/i corrispondono alla realtà del fenomeno.

⁴⁶ Cfr. M. Cadinu, A. Mass, *Psicologia sociale: gli stereotipi di genere*, in "Psicologia Contemporanea", n. 166, 2001.

⁴⁷ Cfr. Ivekovic R., *La balcanizzazione della ragione*, Roma Manifestolibri, 1995 - pag. 128.

Infatti, operatrici ed operatori sono stati concordi nell'affermare che nella maggior parte dei casi l'autore della violenza è un conoscente della donna (65%), mentre è molto bassa la percentuale dei casi in cui l'autore è uno sconosciuto (9%).

Disaggregando i dati relativi all'autore per sesso del campione, è da sottolineare che il 21% delle intervistate dichiara di 'non sapere', manifestando una sorta di reticenza nel rispondere alle domande di approfondimento del tema.

Quando poi è stata rivolta la domanda relativa alla frequenza, le risposte del campione hanno ottenuto una distribuzione meno netta tra le diverse voci. Il 36% del campione ha dichiarato che le donne che subiscono violenza nel corso della vita sono tra il 20 e il 50% della popolazione femminile, le alternative proposte presentano valori percentuali prossimi e, tra questi, il dato più interessante riguarda il 20% del campione che ha risposto con il "non so", ribadendo la propensione ad essere elusivo vista in precedenza.

Dopo aver rilevato la percezione del campione sulla violenza di genere in generale, le domande successive del questionario hanno approfondito il tema indagando la percezione connessa alla violenza nelle situazioni vissute dalle donne migranti. Dalle opinioni espresse si evince che il 26,5% del campione percepisce che la violenza è prevalentemente compiuta dagli italiani sulle donne italiane, per il 25,9% sono le donne straniere che subiscono violenza dai loro connazionali e per il 24,7% sono le donne italiane a subire violenza dagli stranieri, mentre solo il 12,7% nomina la violenza degli italiani contro le straniere.

Gli ultimi due valori sono molto interessanti: evidentemente la violenza subita da una donna straniera da parte di italiani viene poco considerata, sia perché è più facile pensare che gli uomini italiani siano 'meno violenti' degli uomini stranieri (come allontanamento del pericolo), sia perché spesso i mass-media amplificano le notizie di episodi di violenze da parte di extracomunitari. Ma si potrebbe dare anche una diversa lettura del dato considerando che della violenza subita da donne migranti ad opera di italiani se ne parla ancora poco.

Nel cercare di comprendere le possibili cause di questo 'duplice silenzio' ci vengono in soccorso le interviste qualitative, effettuate a testimoni privilegiati, che descrivono come molto frequente lo sfruttamento lavorativo-economico e la situazione di ricatto psicologico che subiscono le donne che lavorano come badanti.

A tal proposito, questo tipo di violenza ci viene descritta dalle referenti degli uffici immigrazione delle Questure di Teramo e Pescara (referenti scelte tra i testimoni privilegiati), che, nelle loro testimonianze, insistono molto sul ‘ricatto occupazionale’ e diniego del permesso di soggiorno. Dall’esperienza delle nostre testimoni emerge quanto sia dura spesso la condizione delle donne migranti che lavorano in nero sperando di essere regolarizzate per ottenere il permesso di soggiorno: *“qualora ponessero delle lamentele verrebbero licenziate”*. Tali situazioni sono difficili da gestire anche per le Forze dell’Ordine: *“se noi interveniamo loro non lavorano più, certe volte sei con le mani legate...”*.

Anche una mediatrice albanese, intervistata quale testimone, descrive la violenza psicologica che subiscono le badanti, dicendo che in alcune famiglie c’è *“un disequilibrio forte, questi familiari le mettono in una condizione di minoranza... anche il fatto di non metterle in regola... loro sono soggetto solo di doveri ma non di diritti”* e le donne subiscono in silenzio per il timore di perdere il posto di lavoro, quindi sono facilmente ricattabili dal datore di lavoro⁴⁸.

Un’altra testimone scelta per l’approfondimento qualitativo, ovvero una mediatrice ucraina, ha descritto situazioni di questo tipo facendo riferimento alla sua esperienza come badante: *“mi trattavano come una schiava, non avevo diritto alla parola... per tre mesi non ho ricevuto lo stipendio... non avevo il diritto di denunciarlo perché io ero clandestina, non sapevo dove rivolgermi...”*. Quest’ultima inoltre, descrive esperienze raccontate da sue connazionali e dice: *“le famiglie pensano che dal momento che la persona è venuta qua a lavorare deve stare giorno e notte e senza due ore di riposo”*; continuando, riferisce di come alcuni uomini che vengono accuditi pensino che la badante debba diventare la loro partner e in alcune occasioni le donne si trovano a subire molestie di tipo sessuale. Racconta la storia di una donna continuamente molestata dal marito della signora che accudiva: lui avanzava proposte sessuali alle quali lei si rifiutava, fino a quando una sera, al suo rifiuto, l’uomo ha reagito con violenza fisica; lei si è difesa e lui ha

⁴⁸ A tal proposito ci sembra importante segnalare un progetto che è stato attivato in Abruzzo, finanziato dal DPO, che interviene proprio su questi temi ed è finalizzato all’emersione del lavoro in nero. Cfr. AA.VV., *Badare al Futuro. Verso la costruzione di politiche di cura nella società italiana del terzo millennio*, a cura di Felicia Zulli, Franco Angeli Editore, Milano 2008.

denunciato lei per violenza: *“la Polizia ha dato ragione a lui perché era di una famiglia molto famosa e lei senza documenti”*.

Lo stesso scenario è ulteriormente evidenziato da un altro testimone, il referente dell'Associazione 'On the Road', che definisce le situazioni vissute dalle migranti in termini di *condizioni lavorative fortemente controllate*.

Queste descrizioni confermano quanto ipotizzato, cioè che la violenza degli italiani sulle donne migranti sia un fenomeno poco percepito perché sommerso: le donne non ne parlano e non denunciano per paura di non essere credute, per paura di perdere il posto di lavoro e la possibilità di regolarizzarsi, di non sopravvivere, sentendosi continuamente sotto ricatto.

Approfondendo il tema della violenza connessa alla condizione di 'migranti', alla domanda “Se esistono comunità migranti e/o straniere caratterizzate da un maggior rischio di atti di violenza contro le donne”, ha risposto affermativamente ben il 57% del campione.

All'ulteriore richiesta di specificare le nazionalità cui appartengono possibili 'violenti', il 61,4% riconosce alle comunità dei Paesi dell'Est una maggiore propensione alla violenza contro le donne. Tale considerazione può dipendere dal fatto che sul nostro territorio è notevole la presenza di migranti, soprattutto donne, provenienti da Albania, Romania, Moldavia, etc. che, probabilmente, quando arrivano ai servizi territoriali socio-sanitari 'riportano' le esperienze di violenza subita.

Lo stesso quadro è stato delineato anche dalle molte donne provenienti dai Paesi dell'Est Europa che in questi anni si sono rivolte al Centro antiviolenza Ananke: dai loro racconti si è reso evidente un rapporto uomo/donna caratterizzato da stili e comportamenti 'violenti' a conferma di quanto visto finora.

Un ulteriore approfondimento è stato fatto sul tema delle mutilazioni genitali femminili (MGF). La percezione delle/gli operatrici/tori su questo tema è ben definita: tutti (100%) ritengono che le MGF rappresentano una violazione dei diritti umani e devono essere eliminate e, per un'altissima percentuale del campione (97,9%), sono un problema che deve essere affrontato anche dalla società che accoglie le donne, provvedendo alla prevenzione, al contrasto e alla tutela delle vittime; lo stesso consenso è stato ottenuto anche dall'affermazione che la comunicazione su questo fenomeno deve essere intensificata dai mass media: entrambe le dichiarazioni pongono l'accento sull'impor-

tanza delle attività di prevenzione e di sensibilizzazione quali strumenti fondamentali per il contrasto del fenomeno.

Sorprende invece il limitato accordo ottenuto dalle affermazioni che presentavano una diretta implicazione con il lavoro delle persone intervistate, infatti solo il 47,5% del campione ritiene che le MGF sono un problema soprattutto sanitario perché dannoso per la salute delle donne e il 34% pensa che sia una pratica da modificare, eventualmente in favore di procedure meno traumatiche.

Queste percentuali ci aprono delle riflessioni, ovvero l'atteggiamento di condanna incondizionata presente negli operatori fa pensare a quanto scrive Rita Lima in risposta alla domanda su come si può contrastare il fenomeno culturale delle mutilazioni genitali: *"c'è bisogno innanzi tutto di un abbandono consapevole della componente retorica del linguaggio dei diritti... e svincolarci dalla condanna assoluta del fenomeno senza discussioni, che rischia di eliminare la possibilità di un dialogo simmetrico e una possibile riconsiderazione dei paradigmi culturali che sono alla base delle mutilazioni"*; l'autrice continua con riflessioni interessanti rispetto ai mass media e sul fatto che molte famiglie e comunità tendono a chiudersi come reazione alle campagne mediatiche sensazionalistiche che puntano sulla condanna senza poter aprire una comunicazione reale con le culture interessate. *"... favorire un cambiamento significa porsi in una posizione di ascolto, di sospensione momentanea del giudizio per capire il reale sistema valoriale dell'individuo e quindi l'entità del problema; per comprendere cosa è pensabile e cosa non lo è".*⁴⁹

6.3 Chi arriva nei servizi: esperienza pratica nei servizi

Dopo aver esaminato il livello di conoscenza delle/gli intervistate/i attraverso la stima della loro formazione e delle loro percezioni sul fenomeno indagato, completiamo l'analisi puntando una lente d'ingrandimento sulle loro esperienze reali, ovvero verifichiamo quali siano le caratteristiche dei casi che coinvolgono operativamente i servizi interessati dall'indagine rispetto ai migranti, prevalentemente alle donne (nazionalità e tipologie di violenza).

⁴⁹ Cfr. R. Lima, *Donne migranti in Sicilia*, in A. Morrone, A. Sannella, *Sessualità e Culture*, op. cit., Milano 2010.

Esaminando le tipologie di accesso delle donne migranti presso i servizi, vediamo come la maggior parte del campione (il 68,4%) dichiara che i migranti che si rivolgono ai loro servizi appartengono alla fascia di età compresa tra il 19 e i 45 anni, quindi adulti, e che sono soprattutto donne (63,3%).

Oltre all'età e al sesso dell'utenza migrante, alle/gli operatrici/tori è stato chiesto di riferire anche sulle principali nazionalità di origine delle donne migranti che si rivolgono al servizio: il 58,2% del campione afferma che provengono dai paesi dell'est Europa, mentre nel 33,7% che arrivano dall'Africa.

Circa la provenienza dell'utenza straniera, ci sembra interessante riflettere sui dati disaggregati tra le due aree della rilevazione, Teramo e Pescara in quanto la situazione specifica delle due province propone un quadro differente, apparentemente in contraddizione rispetto ai dati statistici territoriali citati: se dai dati socio-demografici risultava una maggior presenza di donne provenienti dai paesi dell'est a Pescara, e a Teramo di donne di origine africana, dall'indagine quantitativa sui dati di accesso dichiarati dai servizi rileviamo una leggera maggioranza di donne africane per Pescara (il 50% dei casi, contro il 43% circa delle donne dell'est,) ed una netta prevalenza delle donne dell'est quali utenti dei servizi teramani (78,6% dell'utenza straniera).

Potremmo ipotizzare che la bassa percentuale di utenti nordafricane riscontrata nei servizi di Teramo dipenda da una massiccia presenza di donne provenienti dall'area nord-africana inserite nei circuiti di attività 'illegali', e perciò meno propense a rivolgersi ai servizi indagati. Tale ipotesi trova riscontro nelle interviste ai testimoni privilegiati: nel teramano è molto diffuso il fenomeno della prostituzione, in strada e in appartamento, condizione testimoniata anche dalle interviste raccolte presso la Procura della Repubblica di Teramo. Vista la portata del fenomeno, la Procura di Teramo ha ritenuto opportuno emanare "Le linee guida per l'approccio alle potenziali vittime di tratta di esseri umani e grave sfruttamento", un documento di grande rilevanza per affrontare in maniera sempre più adeguata il problema.

Anche chi opera nell'Associazione 'On the Road', che, come visto, interviene principalmente in questo ambito, evidenzia che le donne sud americane e le donne dell'est hanno una maggiore conoscenza dei propri diritti, in linea con quanto rilevato dalla Procura nel descrivere le nazionalità e le tipologie del fenomeno presenti sul territorio. Que-

sta considerazione ci può far pensare che la prevalenza di donne dell'est riscontrata dagli/lle operatori/trici del teramano, possa essere dovuta anche ad una loro capacità di usare meglio i servizi socio sanitari esistenti, probabilmente perché spesso sono donne colte⁵⁰, che hanno studiato e quindi sono culturalmente più aperte rispetto a donne di altre nazionalità (soprattutto le donne africane hanno spesso bassi livelli di scolarizzazione).

In relazione al numero di accessi di utenti migranti, la maggior percentuale si rileva nei reparti di ginecologia ed ostetricia ed infatti il 50% degli operatori dichiara che il numero di accessi di utenti migranti supera il 10% sul totale di utenza, e il 40% indica in più del 25%, la quantità di accessi dei migranti sul totale: tale dato non sorprende data l'età e la femminilizzazione dell'utenza.

Se analizziamo il dato relativo alle modalità di accesso di queste donne ai servizi, vediamo che nel 72,4% dei casi rilevati l'utenza si presenta spontaneamente. Laddove l'accesso non è spontaneo ma c'è un invio da parte di assistenti sociali, istituzioni scolastiche, pronto soccorso, l'utenza straniera è indirizzata per lo più al reparto di psichiatria, consultori familiari, servizio sociale aziendale.

Verificando il valore di chi si presenta spontaneamente, nella differenziazione per tipologia di servizio, viene riconfermato che è il reparto di ginecologia e ostetricia ad avere più accessi spontanei senza invio. Questa conferma può essere indicativa di una specifica modalità di accesso che potremmo definire al bisogno; probabilmente tali donne si presentano spontaneamente e direttamente in ospedale perché d'abitudine non si sottopongono a visite 'preventive' ma chiedono aiuto al momento del bisogno recandosi direttamente in ospedale.

Una riflessione importante va fatta anche rispetto alle modalità di accesso ad un servizio particolare quale il Pronto Soccorso: emerge un utilizzo di questo servizio da parte degli/lle utenti migranti che potremmo definire 'improprio' in quanto utilizzato per ogni tipologia di problematica, spesso al posto del medico di base. Tale atteggiamento è stato osservato anche da altre analisi: *"In base a quanto emerso, l'accesso ai servizi sanitari nei paesi di origine, soprattutto nelle zone rurali, avviene in casi di estrema necessità... dai gruppi emerge come,*

⁵⁰ Come confermano diversi testimoni intervistati.

nei paesi di origine, sia dedicata scarsa attenzione alla prevenzione delle patologie ed alla salute al femminile, ad eccezione per la gravidanza e il parto nelle strutture cittadine".⁶¹

Questa modalità di comportamento rispetto alla salute è ripetuta anche per i minori. A confermare questo stato di cose, il primario di pediatria, intervistato come testimone privilegiato, racconta come rispetto ai bambini non vi sia l'abitudine di consultare ed affidarsi al pediatra di base laddove prevale l'abitudine, per ogni motivo, di recarsi al pronto soccorso pediatrico. Alla luce di quanto esposto, sarebbe auspicabile pensare a delle modalità di azione per sostenere e accompagnare l'utenza migrante ad un 'invio' e ad un 'utilizzo' ragionato dei servizi USL.

Dalle dichiarazioni delle/gli intervistate/i emerge poi l'esigenza delle donne migranti di essere seguite da personale medico femminile, come evidenziano le richieste raccolte dal 66,7% delle ostetriche e delle ginecologhe, nelle due province, almeno la metà delle/gli operatrici/tori. Questa esigenza potrebbe essere connessa alla specificità delle visite ginecologiche che possono suscitare maggior 'pudore' e per questo è una necessità che viene ampiamente giustificata con il 96,3% di risposte affermative, a Pescara, da coloro che l'hanno rilevata, mentre a Teramo c'è una minore propensione a soddisfare tale richiesta.

Esaminando i casi realmente arrivati ai servizi, è stato chiesto al campione quale fosse la prevalente nazionalità di donne migranti, vittime di violenza verbale, psicologica, fisica, sessuale o economica rivoltesi ai servizi coinvolti: le risposte fornite hanno evidenziato pari valori percentuali di accesso da parte delle donne dell'est (45,7%) e delle donne africane (44,3%).

Proseguendo, è stato chiesto al campione se fosse venuto a conoscenza di situazioni di violenza subita da donne migranti, negli ultimi 3 anni, o se ne avesse avuto sospetti: la maggioranza delle/gli operatrici/tori, il 71,1%, ha risposto affermativamente.

⁵¹ Monica Dotti, Simona Luci, *Donne in cammino, salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Collana Politiche Migratorie - Ricerche, Franco Angeli Ed., Milano 2008. Attraverso tecniche di ricerca sociale le autrici hanno esplorato i temi connessi alla salute al femminile nei paesi di provenienza e nel nuovo contesto di vita, sono state raccolte le narrazioni di donne africane, magrebine, pakistane, indiane, cinesi e dell'Europa dell'est.

Di conseguenza sono state accertate le possibili circostanze che hanno fatto verificare o supporre che si trattasse di violenza. Sui casi accertati dal campione che aveva risposto affermativamente, la prima motivazione esplicitata è l'aver rilevato un'espressione, un atteggiamento, un forte disagio o il comportamento della paziente (78,6%), cui segue la testimonianza della paziente (65,7%) e, nella metà dei casi, il comportamento del partner o le evidenze diagnostiche (rispettivamente 50% e 47,1% dei casi). Leggendo questi ultimi valori, viene da considerare le importanti capacità di attenzione degli/le operatori/trici sanitari che nonostante gli impegni concreti nel proprio lavoro e la mancanza di tempo, riescono ad osservare al di là del "visibile" rilevando specifici comportamenti della donna ma anche del partner.

Per quanto riguarda le forme di violenza osservate nei diversi servizi, troviamo percentuali elevate per ognuna delle voci, a partire dal maggior riscontro dei casi di violenza psicologica (87,1% delle risposte affermative), di violenza verbale (75,7%) e di violenza fisica (58,6%), mentre in molti casi (77,1%) le/gli intervistate/i hanno accertato la compresenza di più forme di violenza, dandoci la misura della complessità del fenomeno.

Per la nostra indagine acquisisce importanza la constatazione dei casi in cui è stata osservata, sulle pazienti, la presenza di mutilazioni genitali femminili, item a cui il 21,4% degli operatori ha risposto positivamente. Tale percentuale rileva con certezza l'esistenza del fenomeno nei territori abruzzesi e testimonia l'esperienza 'diretta' del personale sanitario rispetto alla presa in carico di pazienti che hanno subito le MGF, fenomeno di notevole complessità ancora 'sommerso' e poco visibile.

Tornando al tema della violenza in generale, dalla richiesta di informazioni sull'autore emerge quanto la violenza sulle donne avvenga soprattutto all'interno delle relazioni tra genere maschile e genere femminile, confermando quanto già rilevato dai dati che riguardano la violenza di genere: anche nei casi di violenza subita da donne migranti gli autori della violenza sono prevalentemente il partner o il marito (84,3% di risposte affermative), un amico o conoscente (42,9%) o un parente (37,1%). Inoltre risulta elevata la percentuale dei casi in cui il personale sanitario dichiara che non è stato possibile individuare l'autore (72,9%).

Elevata è anche la percentuale di casi in cui il personale sanitario è venuto a contatto con situazioni in cui l'autore della violenza è il dato-

re di lavoro (34,3%). Il dato è molto significativo, dal momento che è un fenomeno ancora sommerso e sembra non essere in linea con il valore rilevato nella percezione degli/le operatori/ici, relativa alla violenza subita dalle donne straniere ad opera di italiani, ma soprattutto testimonia quanto sia diffuso questo pericolo per le donne migranti. Queste ultime si trovano in una situazione di pressante bisogno economico, legato spesso alla sopravvivenza, che le espone al rischio di essere sfruttate o ricattate pur di mantenere il lavoro, unica garanzia per poter essere in regola con il permesso di soggiorno. Come già esposto, tale vulnerabilità è stata rilevata anche nelle interviste qualitative, infatti alcuni testimoni privilegiati hanno rimarcato il problema dello 'sfruttamento lavorativo' come la più frequente forma di violenza subita dalle donne migranti.

6.4 Come è organizzato il servizio (Reti, Protocolli e Procedure) e cosa sarebbe utile (richieste e bisogni)

Prima di osservare ciò che esiste presso i servizi, soffermiamoci sui bisogni rilevati. A proposito delle ammissioni sulla mancanza di una formazione ad hoc relativa alla salute dei/le migranti, le richieste di approfondimento da parte del campione sono state molteplici: il 23,1% ritiene che sarebbe necessaria una maggiore conoscenza degli strumenti che facilitano la comunicazione transculturale ma le/gli operatrici/tori dichiarano altresì importante approfondire la conoscenza dei fattori di rischio per la salute dei migranti e degli stranieri (15,9%), la conoscenza dei servizi esistenti sul territorio e rivolti specificatamente a questa utenza (13,3%), la conoscenza dei loro stili di vita ed infine la conoscenza dei protocolli di intervento esistenti in materia (entrambi gli items con il 12,3%). L'insieme di tutti i bisogni dichiarati rende evidente l'esigenza di 'apprendere' e denota una consapevolezza acquisita rispetto alla propria conoscenza 'superficiale' di tali tematiche.

Nonostante il desiderio manifestato di saperne di più del campione, ci sembra importante sottolineare la bassa percentuale ottenuta dalla risposta "conoscenza del fenomeno della violenza contro le donne migranti"(6,7%). Spesso la conoscenza in questo ambito non è ritenuta necessaria per chi opera nel sanitario e tale aspetto si è evidenziato anche in alcune interviste qualitative; ad esempio, una testimone privilegiata di un ambulatorio privato, alla domanda riguardante la for-

mazione sulle tematiche della violenza e sull'organizzazione di corsi da parte del servizio, risponde: *“no, assolutamente no... noi non ci poniamo come un centro antiviolenza...”*, sottovalutando il fenomeno nelle sue conseguenze sulla salute delle donne.

In seguito si è voluta indagare la situazione concreta presso i servizi attraverso la conoscenza dell'esistenza di sportelli dedicati alla salute dei/elle migranti e di protocolli d'intervento nelle strutture in cui operano le/gli intervistate/i.

Il 59% del campione afferma che nella propria struttura non esistono sportelli dedicati alla salute dei migranti mentre il 18% dichiara di non saperlo, dando prova di confusione e scarsa conoscenza del proprio servizio. La stessa situazione si è ripresentata quando è stata rivolta la domanda sull'esistenza di un protocollo per i migranti eventualmente attivato presso i servizi: per il 72% del campione non esiste un protocollo di intervento specifico e il 17% dichiara di non sapere, dimostrando nuovamente una scarsa conoscenza e partecipazione di quanto accade nel servizio. La deficienza rilevata può essere causata da uno scarso interesse da parte del personale, o piuttosto da una mancanza di comunicazione all'interno del servizio, spiegazione plausibile dal momento che la maggioranza degli/le operatori/trici (69%) appare interessata ad approfondire il tema della salute dei migranti ritenendo necessari corsi di aggiornamento che tengano possibilmente compresenti parte teorica e 'pratica'.

Analogo risultato è stato ottenuto quando si è indagato sulla presenza nelle strutture di sportelli riservati alle donne vittime di atti violenti e di protocolli d'intervento specifici: anche in questo caso il 64% del campione dichiara che non esistono sportelli specifici e ben il 27% dichiara di non saperlo, mentre la conoscenza del campione migliora sull'esistenza di protocolli (ha risposto affermativamente il 31,3%), pur rimanendo elevata la percentuale di chi ammette di non sapere.

Questo tema è stato approfondito chiedendo di precisare la propria conoscenza rispetto alle attività svolte dalle Reti Antiviolenza dei due territori. Le risposte dividono equamente il campione: il 54% ammette di conoscere tali attività, mentre il 46% risponde negativamente. Il dato è stato prima incrociato con la variabile della tipologia di servizio presso cui il personale intervistato lavora, poi è stato disaggregato tra i due territori provinciali (Pescara e Teramo), ma la differenza non è risultata significativa.

Poi è stata rilevata la modalità di presa in carico delle potenziali utenti vittime di violenza e, se necessario, verso quali servizi sono state indirizzate.

Ciò che appare interessante è la distribuzione trasversale delle risposte acquisite, rispetto al coinvolgimento di tutti i servizi interessati dall'indagine, con una maggior preferenza per la Polizia (14,2%) e per le associazioni che si occupano di violenza sulle donne (14,1%), successivamente per la ginecologia (11,4%), per uno psicologo (10,8%), per un operatore sociale (10,1%) e così via per altri servizi. La disseminazione dei valori percentuali dimostra che non esiste una linea comune, né tanto meno una procedura d'intervento condiviso all'interno dei servizi ospedalieri (dato già messo in evidenza dalla scarsa conoscenza di sportelli e protocolli osservata).

Tale stato di cose fa pensare che, di fronte ad una situazione di violenza, ciascuno interviene secondo i propri mezzi e le proprie risorse, a parte quel 9,4% che non è intervenuto. Questi dati trovano conferma nelle dichiarazioni dei testimoni privilegiati come le questure e le procure che evidenziano prevalentemente il bisogno di cura 'fisica' e rispondono per lo più a bisogni concreti ed emergenti come il permesso di soggiorno ed il lavoro. Certamente queste sono le richieste più frequenti espresse dalle persone migranti, che sembrano porre poche 'domande' su altre possibili esigenze e difficoltà, ritenute meno urgenti ma che possono essere motivo di forti disagi come nel caso della violenza sulle donne. Infatti altri servizi presenti nel territorio abruzzese e deputati all'accoglienza degli immigrati, si trovano a dover affrontare anche problematiche legate alle tradizioni: è quanto avviene a chi opera nell'Ufficio Immigrati della Questura che, di fronte a particolari circostanze, attiva forme di collaborazione con le varie sezioni della Questura stessa.

Le associazioni del privato sociale intervistate gestiscono servizi che accolgono donne con situazioni ben definite, come la prostituzione (Associazione On the road), o dovute allo status di rifugiate politiche (Caritas). Tra gli operatori che vi lavorano è stata riscontrata una preparazione specifica e approfondita rispetto a questi temi ma la loro attività non segue linee guida strutturate e condivise per un lavoro di rete con gli altri servizi.

Molto diverse sono l'attenzione e le modalità di accoglienza accertate dalle interviste ai/le mediatori/trici culturali rispetto alle donne

migranti di nazionalità anche differenti rispetto alla propria: la maggior parte di loro è anche portavoce della propria comunità e, gestendo spesso associazioni di immigrati, ne raccolgono i bisogni. Anche dal loro punto di vista, sono prioritari i bisogni legati alla sopravvivenza, al lavoro e al permesso di soggiorno, ma allo stesso tempo prestano importanza alle problematiche emotive, familiari e alle situazioni di violenza. È forse questo il motivo per cui le donne sentono di essere accolte e non giudicate dai/lle mediatori/trici e ad essi/e rivolgono le richieste di comprensione e di supporto emotivo. Perciò le/i mediatrici/tori non hanno solo il ruolo di traduttrici/tori, ma spesso si trovano ad aiutare loro connazionali o persone di altre nazionalità migranti con interventi educativi, di ascolto, di mediazione emotiva e familiare anche nei casi di violenza.

Sempre analizzando la realtà dei servizi, alle/gli operatrici/tori è stato chiesto di specificare quali sono le maggiori difficoltà riscontrate nell'affrontare una situazione di violenza subita da una donna migrante.

Il 25,8% del campione ha riscontrato un atteggiamento di chiusura da parte della donna, il 22,3% esplicita che la difficoltà è dovuta alla comprensione per motivi linguistici, mentre il 12,6% ha indicato come difficoltà accertata la mancanza di tempo per approfondire la tematica. È stata molto bassa la percentuale del campione che ha risposto "disagio nell'ascolto dell'episodio di violenza" (1,1%), risposta che presuppone una riflessione su di sé. Si potrebbe ipotizzare che tra le difficoltà ci siano aspetti controtransferali degli operatori, ovvero una difficoltà emotiva ad entrare nelle problematiche della violenza che portano in sé forti contenuti emotivi; pertanto si potrebbe parlare di una mancanza di tempo e di spazio interno all'operatore, oltre che concreto.

L'atteggiamento di chiusura delle donne migranti, identificato come principale ostacolo nell'affrontare i casi di violenza, può dipendere dalle difficoltà, già esposte, delle donne vittime di violenza ad aprirsi per il timore del giudizio, della critica, della colpevolizzazione⁵². In una donna migrante, che subisce violenza, questi sentimenti si amplificano: la mancanza di fiducia verso persone di un altro paese, il timore di non essere accolte e credute, la paura di essere espulse qualora siano

⁵² È quanto emerge dalle numerose ricerche fondate su interviste alle donne vittime di violenza. Cfr. Progetto Daphne II n. JAI/DAP/2004-2/054/WY "V.eR.S.O.: integrazione di rete".

clandestine. Queste emozioni le abbiamo riscontrate quando abbiamo iniziato a cercare dei contatti per poter intervistare donne che hanno subito violenze legate alle tradizioni; i servizi che ne hanno conosciute, hanno mostrato difficoltà a rintracciarle, in quanto non viene effettuato un lavoro di sostegno e le donne non vengono seguite nel tempo, ma aiutate al bisogno che spesso è sanitario e quindi concreto.

Quelle con cui siamo riuscite a parlare hanno mostrato diffidenza, non si sono dette pronte per raccontare la loro storia. Si può ipotizzare che siano donne con un debole livello di consapevolezza, probabilmente perché sole nella loro sofferenza, non avendo ricevuto aiuto ad elaborare la loro condizione e le violenze subite. In altri casi hanno mostrato il timore di subire delle ripercussioni ed erano spaventate dal registratore, come nel caso di una badante vittima del suo datore di lavoro, contattata e disponibile in un primo momento, poi non si è sentita di parlarne per paura.

Le difficoltà accertate nell' approccio al problema fanno riflettere e danno indicazioni su come poterle superare. Probabilmente la resistenza e la diffidenza delle donne potrebbero essere 'limitate' ponendo maggiore attenzione all'accoglienza e strutturando spazi per un ascolto non giudicante. Le difficoltà dovute a motivi linguistici potrebbero essere 'contenute' se si pensa a personale che sappia 'comprendere', sia da un punto di vista linguistico (richiesta maggiormente esposta) ma nello stesso tempo culturale, ovvero la figura del mediatore/trice culturale, con funzioni volte a facilitare la comunicazione, decodificare i bisogni e le domande, prevenire il disagio e i conflitti, rendere effettiva la possibilità di agire i diritti di ciascuno, riferiti alla tutela della salute, alla cura, all'uso dei servizi.⁵³

La mancanza di tempo, di cui si lamentano le/gli operatrici/tori, si potrebbe 'riconsiderare' creando spazi ad hoc e formando personale 'specializzato' o comunque 'finalizzato' all'ascolto. Questa esigenza trova riscontro nelle interviste qualitative dalle quali è emerso il bisogno di un'équipe qualificata, composta da diverse figure professionali, che sappiano affrontare le problematiche delle donne, soprattutto le situazioni di violenza e se necessario orientarle verso altri servizi specifici. L'esigenza di un'operatività definita e stabile, capace di interve-

⁵³ G. Favaro, M. Fumagalli, *Capirsi diversi, Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Carocci Editore, Roma 2004.

nire con efficacia in queste situazioni, è emersa anche durante il colloquio con il mediatore rom che ha espresso la propria diffidenza verso i servizi specializzati temporanei in quanto spesso non possono garantire una continuità nel tempo e rischiano di scomparire qualora non fossero più finanziati, preferendo piuttosto rivolgersi al servizio sociale, che è permanente, e considerando opportuna la consulenza di personale qualificato.

Tornando ai dati, alla domanda tesa a rilevare una specifica tipologia di violenza legata alle tradizioni, ovvero il matrimonio forzato, ben il 34% degli intervistati dichiara di averne avuto esperienza o sentore, una percentuale anche questa abbastanza elevata se si considera la poca visibilità del fenomeno. Tale percentuale osservata nelle dichiarazioni del personale sanitario appare in contraddizione con quanto, invece, è emerso dagli approfondimenti realizzati attraverso le interviste qualitative: soprattutto i rappresentanti e/o mediatori delle diverse comunità migranti presenti sul territorio abruzzese hanno tutti sminuito il fenomeno, negandone la presenza in Italia (evoluzione culturale) e, in alcuni casi, relegandolo a tempi passati nella loro cultura. Ad esempio, alla domanda riguardante la presenza della pratica dei matrimoni forzati, la mediatrice culturale ucraina-romena risponde: *“prima da noi era tantissimo... si sposava per interessi familiari, adesso no, non esiste questo, ognuno si sposa con chi vuole”*; invece la mediatrice cinese racconta che in Cina i matrimoni forzati esistono: *“sì sì... i genitori decidono, è normale, pure oggi comunque partecipano, ci sono tanti”* ma quando le viene chiesto se le è mai capitato di averne esperienza in Italia lei dice: *“no, in questa zona già non esiste più, no... non ci vuole di chiedere aiuto, può divorziare, è libera”*. Anche il mediatore rom afferma sulla pratica del matrimonio forzato: *“da noi qualche caso c’è ma è un discorso di ordine culturale... non è un’imposizione, diciamo che il più delle volte il padre prima di accettare questo discorso ne parla con la figlia... riguarda alcuni gruppi specifici... in Abruzzo no, proprio non ce l’abbiamo questo gruppo di rom”*. Infine, la testimonianza della mediatrice albanese: *“nel mio paese di origine, soprattutto nelle zone rurali... è esistita questa pratica dei matrimoni forzati, da noi c’erano proprio i genitori che decidevano il destino delle loro figlie... qui in Italia non l’ho mai sentito... direi che questa pratica è ancora evidente sulle comunità rom: loro ancora utilizzano queste pratiche, fortemente camuffate... c’è l’omertà perché queste sono le*

cose dentro la famiglia, potrebbe pure succedere ma noi non riusciamo proprio ad entrare”.

Alla luce di tale contraddizione, ci si chiede come mai i mediatori non abbiano conoscenza di un fenomeno che gli operatori sanitari vedono. Potremmo ipotizzare che siano i/le mediatori/trici stessi/e a sminuire l'entità della pratica dei matrimoni forzati nei propri paesi, in quanto essi stessi ne sono culturalmente condizionati, o che ci sia un tentativo di dare una visione migliore della propria cultura, oppure che davvero non siano informati e questo aprirebbe ulteriori riflessioni .

Dopo aver rilevato la presenza di questa forma di violenza tra le utenti migranti che si rivolgono ai servizi sanitari, il quesito posto in seguito verifica dove sia stata orientata la paziente in caso di matrimonio forzato: la percentuale ottenuta dagli items si distribuisce in modo trasversale rispetto ai vari servizi indagati, con un 16,3% di invii a psicologi, un 14% verso le associazioni di aiuto alle donne vittime di violenza e solo un 2,3% di invii alla Polizia. Ma il valore percentuale più elevato, il 39,5%, riguarda chi ha dichiarato di non essere intervenuto, di non aver indirizzato la donna presso alcun servizio, che fa pensare alla sensazione di impotenza che si può sperimentare quando non ci sono procedure d'intervento condivise.

In conclusione si è esaminata l'altra forma di violenza legata alla tradizione, ovvero la mutilazione genitale femminile chiedendo al campione se, nell'esperienza professionale, fosse capitato loro di assistere donne o bambine con MGF. Colpisce la percentuale di chi ha dato risposta affermativa (21,6%), una percentuale molto elevata se si pensa alla difficoltà di far emergere il fenomeno. Incrociando il risultato acquisito con la variabile del ruolo professionale, vediamo che la percentuale di risposte affermative appartiene soprattutto ad ostetriche e ginecologhe (11,3%).

Inoltre il 52,4% di chi ha avuto esperienza diretta con il fenomeno riferisce che negli ultimi 3 anni ha incontrato più di un caso di MGF. I motivi evidenziati per cui le donne che hanno subito le MGF si rivolgono al servizio, sono in prevalenza per gravidanza e parto e, a seguire, per infezioni urinarie (rispettivamente 32,4% e 18,9%). Ciò significa che il fenomeno emerge quando c'è una richiesta concreta e urgente legata a patologie precise, altrimenti il problema nella sua accezione culturale non emerge.

Come per la violenza in generale subita dalle donne migranti, anche nel caso delle MGF, è stato chiesto alle/gli operatrici/tori di specificare le difficoltà incontrate nell'affrontare questo tipo di problematica: per il 30,2% sono imputabili all'atteggiamento di chiusura della paziente, per il 18,6% è di ostacolo la comprensione linguistica e per il 14% del campione le difficoltà sono dovute alla mancanza di tempo. Quindi tornano le stesse problematiche analizzate per la violenza in generale sulle donne migranti e anche in questo caso le difficoltà potrebbero essere limitate investendo sul tempo e sulla qualità dell'ascolto per aiutare la donna ad aprirsi, con personale qualificato che riesca a comprendere la lingua.

In merito al rischio di mutilazioni per le bambine, ben il 14,4% del campione ammette di essere venuto a contatto con una situazione del genere, con un valore percentuale molto alto rispetto alla normale percezione del fenomeno.

Alla richiesta di specificare le modalità di intervento, coloro che hanno dichiarato di aver avuto esperienza di casi di MGF su bambine, hanno riferito che l'apporto fornito è stato di tipo informativo e di ascolto da parte degli stessi operatori ospedalieri. Quindi, anche in questo caso, si può concludere che non esistono linee di intervento chiare e condivise, né tanto meno di prevenzione del fenomeno.

Oltre a ciò, non si può sottovalutare che il 23,5% di chi ha rilevato le MGF risponde di non essere intervenuto in alcun modo nonostante avesse percepito il rischio. Possiamo ipotizzare che tale atteggiamento sia legato alle difficoltà di azione per la mancanza di informazione o di linee chiare di intervento per cui, quando non si sa cosa fare, si chiude un occhio al problema: stare nell'impotenza è talmente difficile che si preferisce allontanare il problema.

I dati raccolti relativi ai casi di MGF e dei matrimoni forzati hanno presentato valori superiori alle aspettative, maggiori soprattutto rispetto alla preparazione sulla materia di chi opera nei servizi e alle linee guida che sono inesistenti.

Dalle interviste qualitative effettuate ai/le mediatori/trici emerge che loro hanno una maggiore conoscenza degli aspetti esaminati (mgf, violenza sulle badanti e matrimoni forzati), rispetto agli operatori degli altri servizi, in quanto ne hanno avuto esperienza diretta o hanno conosciuto molte situazioni di violenze domestiche. Questo probabilmente ha a che fare con le potenzialità del/la mediatore/trice cultura-

le, alle sue capacità di “ascolto della domanda e di sperimentazione di nuove forme di comunicazione e collaborazione”⁵⁴.

Cercando di approfondire la riflessione sulle cause di questa differente consapevolezza tra gli/le operatori/trici dei servizi e i/le mediatori/trici, si possono fare delle ipotesi: le donne si rivolgono ai servizi per le questioni concrete di lavoro, di permesso di soggiorno e di salute e non esprimono altri problemi; l’assenza di servizi dedicati ad accogliere tali disagi non permette di rilevarli; la mancanza di formazione specifica che non permette al personale di cogliere segnali in tal senso.

Altro aspetto distintivo potrebbe essere legato proprio alla mancanza di procedure di azione, per cui un servizio deputato ad altre attività, potrebbe trascurare problematiche che non sono di sua competenza, non sapendo come affrontarle. Nonostante i servizi si mostrino molto disponibili ad accogliere situazioni di difficoltà, allo stesso tempo, in alcuni casi si percepisce un pregiudizio difensivo o una delega ad altri, dovuti probabilmente alla mancanza di “strumenti” per poter intervenire. I Servizi sanitari appaiono quindi arretrati in quanto ad organizzazione, soprattutto perché il fenomeno dell’immigrazione nel nostro territorio è molto presente e con esso iniziano ad essere visibili anche le situazioni di violenza alle donne legate alle tradizioni, nonostante non ci siano sensibilizzazione e spazi specifici di accoglienza.

⁵⁴ G. Favaro, M. Fumagalli, *Capirsi diversi*, op. cit., Roma 2004.

CAPITOLO VII

Conclusioni e Raccomandazioni

L'impostazione del progetto IRIS ha assunto e valorizzato le differenze tra le tre regioni europee (due italiane e una spagnola) in cui si sono svolte le attività, focalizzando l'apporto che queste potevano offrire in una prospettiva comunitaria. Come si evince dalle analisi di contesto e dalle analisi normative¹, sono presenti sistemi più o meno sviluppati sui temi oggetto dell'intervento, differenti stratificazioni dei flussi migratori in termini di aree di provenienza, radicamento delle comunità e sviluppo di attività di integrazione, indagini realizzate. A partire da questo scenario si sono sviluppati diversi livelli di indagine, focalizzando in Italia la necessità di acquisire informazioni anche di tipo quantitativo; in Spagna informazioni qualitative e raccolta delle indagini già effettuate.

L'intera ricerca, ma forse sarebbe meglio dire il progetto nel suo complesso, si delinea più come l'apertura di un percorso di ricerca-azione che come un dato in sé concluso, al quale sottendono questioni nodali che hanno a che fare con i diritti umani fondamentali – delle donne nel caso specifico – all'interno di un universo ineluttabilmente segnato dalla interculturalità.

A seguire riportiamo le principali evidenze emerse, con l'auspicio che possano divenire elementi utili agli *stakeholders* istituzionali e agli/le operatori/trici nel processo di ottimizzazione del sistema di aiuto alle donne vittime di violenza, con particolare attenzione alle donne di altre culture. L'analisi dei risultati e le relative indicazioni che ne emergono, vanno lette alla luce degli atteggiamenti e delle conoscenze in materia di violenza di genere e di pratiche tradizionali dannose, degli operatori/trici sanitari e sociali intervistati.

⁵⁵ Per le analisi più approfondite nel merito delle normative e delle analisi di contesto si rimanda ai rapporti locali pubblicati sul sito www.irisagainstviolence.it

7.1. Le indagini italiane

7.1.1 La percezione e la conoscenza

In ambedue le regioni l'interpretazione relativa ai fattori inerenti la diffusione della violenza è, per la maggioranza, inquadrata nell'ambito delle relazioni familiari; mentre la maggiore attenzione dei media al fenomeno è individuata come il fattore responsabile per la sua aumentata visibilità pubblica. Una lettura interpretativa più legata alla connessione tra violenza e aree urbane degradate, viene evidenziata negli ambulatori per stranieri e nei pronto soccorso, servizi in cui si può supporre che l'esperienza diretta e quotidiana influenzi la percezione del fenomeno. Più di un terzo del campione attribuisce molta importanza alla capacità di reagire delle donne, ad indicare la presenza di un'area di forte consapevolezza degli/le operatori/ici. Nell'individuazione del rischio di violenza, il punto di vista della maggioranza si addensa sull'opinione che questa sia un fenomeno diffuso e pervasivo, indipendente dai comportamenti delle donne, radicato nella cultura patriarcale e maschilista, anche se resistono echi di stereotipi, sedimentati nel profondo, che individuano elementi di rischio per le donne vistose e attraenti. Importante, nell'orientare la lettura della violenza, è il ruolo della formazione specifica: chi ne ha usufruito manifesta una maggiore consapevolezza e precisione nel riconoscimento e nella interpretazione della violenza di genere. La conoscenza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) risulta diffusa e solo una piccola minoranza nega di conoscere il fenomeno, mentre una stretta maggioranza (53%) afferma di possederne una buona conoscenza, l'altra metà (43%) ammette di averne solo una conoscenza superficiale. Infatti, si tratta di informazioni apprese in modo episodico, poco strutturate e non legate a una formazione specifica e tanto meno all'esperienza diretta. Questo elemento va considerato alla luce di una scarsa conoscenza della Legge italiana sulle MGF e delle Linee guida predisposte dal Ministero della Salute, strumenti essenziali, concepiti per l'ausilio agli operatori sanitari e sociali nella complessa gestione dei casi di donne e bambine che hanno subito o rischiano di subire MGF.

In sintesi nei due territori italiani gli/le operatori/trici sanitari e sociali presentano un buon livello di conoscenza e padronanza degli aspetti fenomenologici ed interpretativi della violenza di genere, mentre meno soddisfacente è quello relativo al fenomeno delle MGF

e delle pratiche tradizionali dannose e, più in generale, si manifesta una difficoltà nel rapporto con le donne migranti con cui vengono in contatto.

7.1.2 Politiche di accoglienza e presa in carico

La lettura dell'incrocio tra le politiche di accoglienza e supporto alle donne ed agli uomini migranti e quelle in essere contro la violenza alle donne, risulta essere un'occasione di riflessione che potrebbe incentivare la promozione di *empowerment* per codesti soggetti caratterizzati da plurime fragilità.

La carenza di servizi specializzati all'interno delle strutture in cui si è svolta l'indagine è il primo elemento di attenzione che emerge dai risultati: particolarmente limitata appare la strutturazione di strumenti rivolti alle vittime di violenza sia in termini di sportelli dedicati (15%), che di protocolli operativi (29%). Appare più critica la situazione dell'Abruzzo dove solo il 9% degli intervistati indica la presenza di sportelli nella struttura in cui presta servizio (in Sicilia è il 19%). La dotazione di servizi dedicati all'utenza migrante appare più diffusa: nel complesso, secondo le testimonianze raccolte, poco meno della metà delle strutture dispone di uno sportello (42%), e circa il 30% di un protocollo. In Sicilia il tema della salute dei migranti coinvolge la metà delle strutture intervistate⁵⁶, mentre in Abruzzo la situazione appare decisamente meno sviluppata. Un ulteriore elemento di attenzione va posto sull'inadeguata interconnessione tra i servizi all'interno della medesima struttura ospedaliera o tra e con istituzioni diverse, indicato dal fatto che molti operatori/trici non sono a conoscenza dei servizi specializzati di cui le aziende dispongono e delle procedure sviluppate al loro interno. In generale, si osserva che nelle strutture sanitarie le figure professionali socio-sanitarie sono scarsamente presenti.

In Sicilia ed in Abruzzo il sistema sanitario appare non sempre adeguatamente preparato (né in senso culturale, né tecnico) a rispondere agli specifici bisogni delle donne. Assai distante dai servizi sanitari, l'attenzione ai temi della salute delle donne, intesa in senso olistico, o

⁵⁶ Va ricordato che in Sicilia è attiva una norma regionale (Decreto del 4 luglio 2003 Assessorato alla Sanità) che istituisce i servizi di accoglienza attiva rivolti alla popolazione straniera e migrante sul territorio.

nel senso che l'OMS propone del concetto di salute. Con difficoltà si coniuga la patologia al/alla paziente, declinato/a nel genere maschile o femminile, ma se ne cura il corpo, nella sua materialità che appare asessuata al medico.

Significativo a tal proposito come, gli operatori/trici sanitari intervistati in Sicilia, mostrino scarsa attenzione ai temi legati agli effetti sulla salute delle donne vittime di violenza, ritenendola irrilevante nel processo diagnostico, seppur sia dato scientificamente acclarato l'incidenza della violenza sulla salute delle donne, sia nel breve che nel lungo termine, come ribadito dall'OMS. In tal senso, la cultura dell'accoglienza, in ambito sociosanitario, dovrebbe essere integrata quale componente essenziale del processo di diagnosi e cura, qualcosa di più e di diverso da un generico approccio "umanitario", ma vero e proprio approccio metodologico nella presa in carico dei/llle pazienti. Significativa la scarsa conoscenza delle reti tematiche da parte dei/llle operatori/ici, segnale di un'inadeguata integrazione tra il sociale ed il sanitario, sia nei ruoli/funzioni, sia attraverso più efficaci rapporti tra servizi, essendo rimasta sostanzialmente inalterata la separazione tra presa in carico sanitaria e sociale. Inoltre, alle difficoltà di interazione verso l'esterno del sistema sanitario, si intreccia la problematicità organizzativa dei servizi sanitari in cui gli spazi ed i tempi da dedicare alla "persona", appaiono ristretti e confinati alla mera erogazione di prestazioni medicali.⁵⁷

Una più complessa questione riguarda, invece, la relazione medico/paziente: il permanere di una cultura che determina una evidente sperequazione di potere in favore del medico, rende più acuta la problematicità di una relazione di cura in cui, soprattutto riguardo a soggetti particolarmente "fragili", i diritti di cittadinanza fanno fatica ad essere esercitati, laddove al contrario, un loro pieno godimento produrrebbe un vantaggio all'utente così come al sistema di intervento. Da questo punto di vista l'assunzione di un approccio agli/llle utenti volto al pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza, ma anche, nello specifico per le donne, l'assunzione di un approccio *gender sensitive* e la promozione di servizi *women friendly*, avrebbe un effetto fortemente migliorativo dei servizi e nei rapporti con l'utenza.

⁵⁷ Il sistema sanitario regionale è oggetto di un processo di riorganizzazione che sta determinando profonde modifiche strutturali ed organizzative.

Anche in Abruzzo l'indagine ha evidenziato una scarsa 'preparazione' sui problemi di salute legati al fenomeno dell'immigrazione in tutte le sue specificità e sulla violenza. I servizi affrontano le situazioni e le problematiche che si presentano nel 'qui' ed 'ora', in relazione al momento; sembra mancare una 'pratica' attenta ai bisogni in un'ottica di progettualità individuale, ovvero mancano procedure o interventi integrati e specifici in tema di salute dei migranti e violenza. All'interno degli ospedali di Pescara e di Teramo non esistono servizi specializzati deputati all'accoglienza delle utenti vittime di violenza e rispetto ai migranti, invece, solo a Pescara c'è l'Ambulatorio Immigrati. In ogni caso è stato rilevato, anche dalle interviste ai testimoni privilegiati, che il personale ospedaliero si sforza di gestire nel miglior modo possibile i problemi connessi alle situazioni di violenza, ma la modalità di azione dipende dall'attenzione e dalla preparazione 'personale' degli/le operatori/trici che si trovano di fronte a tali situazioni. È quanto confermano anche i testimoni privilegiati di alcuni servizi alla cittadinanza, come le questure e le procure, che evidenziano prevalentemente il bisogno di cura 'fisica' e rispondono per lo più a bisogni concreti ed emergenti come il permesso di soggiorno ed il lavoro. Molti servizi presenti nel territorio abruzzese e deputati all'accoglienza degli immigrati si trovano a dover affrontare anche problematiche legate alle tradizioni. Le associazioni del privato sociale intervistate gestiscono servizi che accolgono donne con situazioni ben definite, come la prostituzione, o dovute allo status di rifugiate politiche. Tra le operatrici e gli operatori è stata riscontrata una preparazione specifica e approfondita rispetto a questi temi, ma la loro attività non segue linee guida strutturate e condivise per un lavoro di rete con gli altri servizi. Molto diverse sono l'attenzione e le modalità di accoglienza accertate nelle interviste di mediatori/trici culturali rispetto alle donne migranti di nazionalità anche differenti rispetto alla propria: la maggior parte di loro è anche portavoce della propria comunità e, gestendo spesso associazioni di immigrati, ne raccolgono i bisogni. Anche dal loro punto di vista, sono prioritari i bisogni legati alla sopravvivenza, al lavoro e al permesso di soggiorno, ma allo stesso tempo questi operatori prestano importanza alle problematiche emotive, familiari e alle situazioni di violenza.

Nel complesso la consapevolezza della necessità di un adeguamento dei servizi alle nuove esigenze (crescente presenza di utenti

migranti e adeguato sostegno alle vittime di violenza) è diffusa tra gli intervistati, ma la sua attuazione, secondo loro, prevede formule diverse:

- *attraverso l'introduzione di nuove figure professionali specializzate o di nuovi servizi aggiuntivi, per la maggioranza;*
- *attraverso una maggiore collaborazione interna/esterna e la definizione di protocolli, per un numero inferiore di operatori;*
- *attraverso una maggiore formazione, per una minoranza di intervistati.*

Per quanto riguarda la formazione professionale, il nostro campione ci indica che solo una minima parte degli intervistati non ha mai partecipato a corsi di formazione o di aggiornamento negli ultimi tre anni, più di un terzo ne ha frequentato tra uno e cinque e il 60 % ha frequentato più di cinque corsi o svolge una formazione continua. Tuttavia, tra coloro che hanno frequentato negli ultimi tre anni almeno un corso, sono solo una minoranza (circa il 30%) quelli che abbiano riguardato il tema della salute dei migranti e la violenza contro le donne.

7.1.3 Utenza migrante e pratiche tradizionali dannose

L'analisi delle esperienze dirette di assistenza di pazienti provenienti da altre culture è stata preceduta da una breve esplorazione della percezione dei rapporti di genere tra e intra le comunità di migranti e di nativi, che ha consentito di mettere a fuoco la percezione del rischio di violenza per le donne italiane e per quelle migranti.

In generale emerge una sottovalutazione della violenza da parte degli italiani nei confronti delle donne immigrate, mentre il nesso tra differenza culturale e rischio di violenza si esprime attraverso la valutazione di come alcune comunità di migranti siano più esposte alla violenza, identificando nelle donne provenienti dall'Europa dell'Est quelle che rischiano di più. È risultata scarsa la conoscenza delle norme che regolano l'accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri, ed in particolare per la Sicilia sembra non soddisfacente l'impatto delle attività formative realizzate con fondi nazionali in tema di MGF.

L'esperienza con l'utenza migrante è una realtà consolidata in ambedue i territori (la quasi totalità degli operatori la testimonia),

anche se la maggioranza dei servizi ne ha una frequentazione episodica, diversificata a seconda della specializzazione, che non supera il 25% dell'intera utenza, nell'assoluta prevalenza dei casi. Tra i due territori coinvolti si nota una maggiore utenza di migranti segnalata dagli operatori dell'Abruzzo (98%) rispetto a quelli della Sicilia (88%), ma questo elemento va collegato al peso maggiore della presenza di immigrati in Abruzzo rispetto alla Sicilia. Si tratta di utenti prevalentemente compresi nella fascia di età giovanile-matura in cui prevalgono le donne, ma è presente anche un'utenza maschile. Si segnalano situazioni dove emerge una tipicità della domanda migrante che si rafforza laddove il servizio è più specializzato e attrezzato. La combinazione di diverse forme di violenza emerge come modalità rilevante nell'assistenza alle donne migranti, e la risposta dai servizi, nella maggioranza dei casi, corrisponde alla necessità di massimizzare la collaborazione tra diversi reparti della struttura e la rete dei servizi, attestata da una pluralità di scambi tra servizi anche esterni. Resta carente la refertazione e la certificazione della violenza diagnosticata.

Sono pochi i servizi in cui esiste un protocollo di trattamento delle MGF, in maggioranza in Sicilia. I casi riscontrati sono 41 in tutto, pari al 17,3% del totale degli intervistati. Ma una valutazione più ampia è rilevata nelle forme di violenza in cui incorrono le donne migranti che si attesta intorno al 21%. L'incidenza è superiore alle stime presenti in altre indagini svolte sul territorio italiano. I casi di possibile rischio di mutilazione sono numericamente poco significativi, ma importanti in quanto più della metà delle segnalazioni proviene dai reparti di pediatria, che si configurano come il principale presidio per la prevenzione. I casi sono troppo pochi per poter analizzare le modalità di intervento attivate dagli operatori che hanno risposto positivamente, tuttavia il fatto che una buona parte degli operatori non siano intervenuti in nessun modo, denuncia una reale difficoltà ed una carenza di strumenti di intervento soprattutto per la prevenzione della pratica.

I rapporti tra gli operatori e le donne o bambine con MGF sono, nella maggioranza dei casi, complessi e caratterizzati da diverse difficoltà: innanzitutto quella di comunicazione dovuta a motivi linguistici, subito seguita dalla diffidenza percepita dagli operatori da parte delle donne, che, se associata ad altre analoghe indicazioni di disagio o

problemi relazionali, diviene il principale motivo di difficoltà con le pazienti. Questi elementi sono il segnale di quanto ancora debba essere sviluppato in termini di approfondimento e adattamento ad esigenze specifiche portate dalle donne migranti. Inoltre sembrano influire su queste difficoltà rilevanti problematiche di ordine strutturale o organizzativo, mancanza di spazi fisici adatti alla conduzione di un colloquio e di sufficiente tempo.

Appare evidente che, benché sia molto netta la consapevolezza degli operatori nel situare correttamente i termini teorici del fenomeno, l'esperienza diretta mette in evidenza difficoltà e lacune nell'approccio e nella pratica del trattamento, sia in termini di competenze individuali che di servizi e collaborazioni nell'ambito del sistema di presa in carico. Tuttavia, sembra affermarsi in alcune realtà la correlazione positiva tra l'assunzione di un approccio *gender sensitive* e, più in generale di "cura" della relazione con le pazienti, e l'emersione del fenomeno della violenza.

L'indagine ha solo tangenzialmente affrontato il tema del matrimonio forzato, scontando l'assenza di studi, di stime e la possibile ambiguità della sua identificazione. Tuttavia le risposte ottenute indicano l'affioramento di un fenomeno sommerso, dato che circa un terzo degli operatori ha segnalato un incontro con pazienti straniere che potevano essere state costrette a contrarre matrimonio contro la loro volontà. In questo caso l'operatività e la possibilità di attivare misure e percorsi di intervento si è scontrata con l'assenza di strumenti legislativi o operativi adeguati. Sono emersi come elementi problematici la mancanza di supporto sociale alle potenziali vittime di matrimoni forzati o di interventi mirati nelle comunità più "a rischio" e, più in generale, come fortemente carente la parte di intervento "sociale", in particolare per quel che compete l'ente locale, incapace di offrire una adeguata progettualità per le utenti che decidessero di chiedere aiuto, o di monitorare le situazioni a rischio. In Abruzzo inizia ad emergere l'esistenza di violenza sulle badanti in particolare legate allo sfruttamento lavorativo, al maltrattamento psicologico ma anche alle molestie sessuali.

Un aspetto specifico che emerge con forza dalle interviste in ambedue i territori riguarda la presenza ed il ruolo svolto dalla figura dei mediatori/ici culturali, a partire dalla loro assenza perfino nei servizi specializzati per immigrati.

7.2. Le indagini in Spagna: il caso Catalogna

Le attività realizzate in Catalunya hanno teso a raccogliere le evidenze delle indagini realizzate in tema di MGF, matrimoni forzati e altre forme di violenza legate a tradizioni culturali; contemporaneamente si è effettuata un'indagine qualitativa con l'obiettivo di verificare la percezione e la valutazione dell'attuazione delle politiche e dei protocolli attivi nella regione.

I testimoni privilegiati segnalano, fra gli aspetti da migliorare riguardo ai Protocolli d'intervento, la necessità di potenziarne lo sviluppo in alcuni territori, fattore che, finora, è dipeso dalla frequenza con cui si presentano i casi, dalla popolazione a rischio residente e dalla motivazione delle/gli operatrici/ori implicati. Si è riscontrato che, secondo alcune delle testimonianze, esiste una scarsa conoscenza dei Protocolli e del fenomeno da parte di molti operatori, in particolar modo in quei territori in cui i Protocolli non si sono sviluppati adeguatamente. Sotto quest'aspetto, emerge anche il fatto che, nonostante la diffusione dell'informazione, l'elaborazione di materiali specifici e la formazione, l'efficacia del lavoro di prevenzione dipenda soprattutto dalla motivazione e implicazione personale di chi lo svolge.

Fra le richieste più frequenti spicca la necessità di migliorare l'informazione, la divulgazione, la sensibilizzazione e la formazione, diretta tanto alle famiglie potenzialmente praticanti quanto agli operatori stessi.

Fra le richieste specifiche predominano quelle relative al miglioramento della raccolta dei dati e della registrazione dei casi, alla necessità di servizi di sostegno alle donne che hanno subito MGF e quelle espresse da diversi professionisti/e nell'ambito della sanità, rispetto all'inclusione di alcune regole nei loro Protocolli e nelle cartelle mediche, al fine di migliorare la prevenzione.

Inoltre, abbiamo rilevato la richiesta di aumentare la formazione agli operatori dei differenti settori, in specifico per migliorare l'intervento di prevenzione.

In Catalogna vivono molte comunità in cui la pratica dei matrimoni forzati (MF) persiste, nonostante abbia generalmente una diversa intensità rispetto alle società d'origine. Durante lo svolgimento del lavoro di ricerca, si è constatata l'esistenza in Catalogna di MF fra le comunità del Senegal, Nigeria, Pakistan, Marocco e nella comunità gitana proveniente dalla Romania.

Va segnalato come le relazioni familiari/matrimoniali di alcune comunità s'intrecciano con i requisiti delle politiche migratorie e finiscono per creare situazioni molto complesse. La conseguenza è la strumentalizzazione dei matrimoni e, spesso, delle donne, che diventano un mezzo per garantire la continuità dei flussi migratori transnazionali di alcune famiglie.

L'amministrazione catalana ha affrontato la questione dei matrimoni forzati sulla base della normativa in vigore contro la violenza. Il Dipartimento dell'Interno della Generalitat di Catalogna e, in concreto, le operatrici e operatori dell'ormai estinto "Programma di Sicurezza contro la violenza maschilista", crearono uno strumento specifico per prevenire i Matrimoni Forzati e assistere le persone a rischio di subire tale pratica: il Procedimento di Attenzione e Prevenzione della Polizia ai Matrimoni Forzati, attivato nel 2009. Tale procedimento stabilisce le attività strategiche da seguire nell'ambito della sicurezza pubblica per far fronte alla violenza maschilista e, in concreto, vincola la polizia della Comunità Autonoma, i *Mossos d'Esquadra*. Si tratta di un Protocollo sperimentale, in fase di valutazione. D'altra parte questo strumento è servito a rilevare l'esistenza di casi che non erano usciti allo scoperto. Dal 2007 al 2009 la polizia ha raccolto informazioni rispetto a diciassette casi di MF, emersi perché connessi ad altre situazioni di violenza, principalmente attraverso denunce di violenza di genere nella coppia. L'intervento della polizia è stato attivato prevalentemente dai servizi sociali, ma anche dall'ambito educativo o dalla stessa vittima.

Quando i servizi vengono a conoscenza del rischio di celebrazione di un matrimonio forzato, ossia quando si produce la pressione e il maltrattamento da parte della famiglia ai danni della donna, quasi sempre giovane e a volte adolescente, affinché acconsenta a sposarsi, i *Mossos d'Esquadra* cercano di attivare e mantenere un contatto con la vittima, per stabilire un legame di fiducia che possa servire per dare un segnale di allarme in caso di emergenza.

È importante distinguere il matrimonio forzato di una minorenni da quello di una donna maggiorenne. Nel caso delle minorenni, assume importanza centrale il coordinamento con il Dipartimento di attenzione all'infanzia e all'adolescenza del governo di Catalogna (DGAIA) a tutela della minore di età. Nel caso di donne adulte, invece, l'intervento è più complesso e solitamente è necessaria una denuncia penale da parte della donna. Peraltro, tale denuncia avviene raramente nella pra-

tica, poiché implicherebbe una rottura della giovane non solo con la famiglia, ma con tutta la comunità.

Tutte le persone intervistate riconoscono la mancanza di strumenti per affrontare tale tipologia di violenza. Non esistono Protocolli o strumenti in altri dipartimenti dell'Amministrazione diversi da quello dell'Interno, non esiste una legislazione specifica sul tema e le operatrici e gli operatori non sono sensibilizzati sulla questione e spesso non sono in grado di individuare i casi.

Alcune persone intervistate considerano che sarebbe utile una tipizzazione speciale del reato, così come proclamare il principio di extraterritorialità nella persecuzione di tali illeciti penali. Infine, sarebbe necessario istituire servizi di assistenza per le donne che scappano da una situazione di violenza vincolata al matrimonio forzato.

7.3 Raccomandazioni

Come poter intervenire per migliorare l'accesso ai servizi e la presa in carico delle donne? Abbiamo cercato di definire un elenco di raccomandazioni rivolte ai decisori ed agli attori chiave delle politiche a livello nazionale, regionale e locale sulle azioni prioritarie da far partire per conoscere meglio i fenomeni di cui abbiamo trattato, affrontarli e valutare gli strumenti messi in campo per prevenire e contrastare tali tipologie di violenza:

1. Realizzazione di indagini conoscitive riguardo alla diffusione e fenomenologia dei matrimoni forzati
2. Promozione di azioni di sistema che investano l'intero territorio nazionale.
3. Promuovere ed avviare Piani di azione regionali contro la violenza alle donne che includano anche le violenze legate alle pratiche tradizionali dannose e che analizzino e capitalizzino i punti di forza delle esperienze realizzate e dei piani di azione sperimentati in molte regioni europee, prevedendo anche osservatori regionali.
4. Adeguamento della normativa in tema, con attenzione anche al fenomeno dei matrimoni forzati.
5. Informazione capillare sulla fenomenologia e sull'offerta dei servizi per le vittime, sia in italiano che nelle lingue delle popolazioni che adottano tali pratiche.

6. Garanzia di accesso al sistema dei servizi e la possibilità di parola alle donne che non parlano la nostra lingua, attraverso l'utilizzo di mediatrici/ori nei servizi ove si rivolgono per le cure mediche o ai quali chiedono aiuto, ad es. centri antiviolenza, ma anche servizi sociali o di associazioni che si occupano della popolazione migrante.
7. Formazione adeguata al personale (sanitario, sociale, educativo) che accoglie e si prende cura delle donne e delle bambine a rischio di MGF, attraverso una diffusione capillare delle Linee guida ministeriali per l'Italia e l'applicazione dei Protocolli per la Catalogna.
8. Formazione del personale sanitario riguardo all'importanza della refertazione della violenza subita dalle donne, diffondendo procedure e strumenti già in uso in alcuni reparti o presidi ospedalieri, diversificate per tipologia di violenza.
9. Sensibilizzare, informare e aggiornare il personale di enti pubblici e privati, che "impattano" con il fenomeno della violenza contro le donne straniere o italiane, con attenzione alla fenomenologia con la quale si rappresenta.
10. Individuare ed impegnare risorse economiche (ordinarie e comunitarie) per garantire la strutturazione di centri pilota a carattere sociosanitario, e l'ampliamento delle attività dei centri antiviolenza per la presa in carico delle donne vittime di violenza italiane e straniere.
11. Messa a punto di Linee guida e protocolli specifici, prevedendo anche l'applicazione di specifici standard che riguardino la presa in carico delle vittime (così come previsto dai Minimum standard del Consiglio d'Europa).
12. Potenziare il lavoro di rete tra quei soggetti che per competenza si occupano del fenomeno, mutuando le buone pratiche presenti a livello regionale/comunitario, fornendo loro risorse adeguate allo sviluppo di procedure ed alla raccolta sistematica di dati ed informazioni sul fenomeno e connessione con le Reti antiviolenza cittadine ove presenti, con attenzione alle normative sul trattamento di dati sensibili.
13. Promuovere nei servizi standard *gender sensitive* ed una cultura dell'accoglienza e dell'orientamento, anche attraverso percorsi sperimentali che si collochino nel solco di esperienze e competen-

ze sperimentate dai centri e dai servizi antiviolenza e che propon-
gano nel contempo spazi di riflessione sul significato di società
multi-culturali.

14. Prevedere un adeguato sistema di valutazione delle attività, defi-
nendo una fase di sperimentazione dei protocolli e delle procedu-
re che si implementeranno.

Al di là di questi elementi più specifici legati alla pratica presso i ser-
vizi, bisognerebbe contemporaneamente affrontare la questione cultu-
rale, prendendo spunto dai contributi offerti dalle ricerche delle scien-
ze sociali e della psicologia sociale in termini di interculturalità e di
libertà femminile. Questione sulla quale va posta particolare attenzio-
ne, per offrire opportunità per una presa di coscienza delle donne stra-
niere, così che siano esse a prendere le decisioni in prima persona e
a definire – sentendosi supportate – percorsi “personalizzati” per usci-
re da condizioni di violenza sia pure mascherate da rispetto di usi e
costumi tradizionali.

7.4 Oltre la ricerca-azione

Già in sé la questione della violenza, e ancor di più se osservata
dall’angolazione delle donne migranti, implica la necessità di ricollocare
il tema quale segmento del più generale e universale problema della
violenza maschile contro le donne e degli squilibri di potere tra i sessi
che sottende. Partiamo, infatti, dalla convinzione – teorica e pragmati-
ca – che un diverso retroterra di storie, culture, tradizioni richieda
attenzioni e approcci specifici, ma non legittimi in alcun modo la defi-
nizione di un mondo “a parte”, quanto piuttosto l’incremento, l’arricchi-
mento e la specializzazione delle professionalità presenti nei sistemi di
servizio pubblico e privato e di quelli dedicati al contrasto di abusi e
maltrattamenti, affinché essi siano in grado di leggere ed intervenire
efficacemente su nuove specificità. È noto come soprattutto il tema
delle Mutilazioni Genitali Femminili sia considerato da più parti una
sorta di indicatore, fin dal piano epistemologico, della capacità (o
meno) di creare un efficace dialogo interculturale, evitando di strumen-
talizzare il corpo delle donne per trasformarlo in una palestra atta a
misurare da un lato il livello di “modernità”, dall’altro di applicazione dei
diritti umani fondamentali secondo parametri costruiti esclusivamente

dentro la storia dell'Occidente. Ma anche la questione dei matrimoni forzati, che è divenuto il secondo punto focale del nostro lavoro, rimanda, pur nelle molteplici sfumature che lo attraversano, ad un rapporto con usi, costumi, tradizioni che non sono liquidabili con una semplice condanna morale e neppure risolvibili all'interno della categoria tradizione-arretratezza versus modernità.

Si tratta di un insieme di temi che inevitabilmente rimandano ad un dibattito oggi più che mai all'ordine del giorno che si muove, schematizzando, tra due poli: l'universalismo dei diritti da un lato e il relativismo culturale dall'altro. Rinviando a questo proposito alla vasta letteratura internazionale sul tema, non senza ricordare quanto anche il pensiero femminista si sia speso su entrambi i fronti, ci limitiamo in questa sede a riprendere tali questioni coniugandole con i risultati della ricerca condotta nelle diverse aree territoriali del Progetto, senza trascurare i primi risultati delle sperimentazioni in atto.

È utile ribadire che, anche da parte di chi opera nei servizi, emerge il bisogno di saper leggere realtà nuove legate a diverse culture, di saperle comprendere, rendendo intellegibile anche il sistema simbolico e di valori che certe pratiche sottendono, e le eventuali trasformazioni avvenute nel corso del tempo quali passaggi di un processo di modernizzazione che anche paesi considerati "arretrati" stanno attuando, seppur in forme non sempre comprensibili per i saperi e le culture dell'Occidente. Un'esigenza di conoscere e capire che nulla ha a che fare con una logica assolutoria e ancora meno di condivisione di pratiche che violano il corpo, la sessualità, la libertà delle donne.

Se si vogliono davvero contrastare antiche/nuove forme di violenza diviene indispensabile andare oltre l'ottica meramente repressiva della condanna e fornire invece in primis alle "vittime" strumenti per la fuoriuscita da una condizione di dolorosa umiliazione tramite un percorso di presa di coscienza e di valorizzazione del sé e delle proprie strategie di vita, che dovrebbe coinvolgere le stesse comunità di appartenenza, trovando anche in esse alleanze e partecipazione. Ritorna, dunque, anche nel caso di forme di violenza legate a pratiche "tradizionali", la necessità di recuperare il primato del percorso di *empowerment* e di produzione di libertà femminile, lo stesso che presiede alla fuoriuscita da tutte le forme di violenza – perpetrate in nome della modernità come della tradizione – quasi fosse un sottile filo rosso che

fa ritrovare un terreno comune, pur nelle innegabili differenze, fra donne autoctone e straniere.

Con un passaggio magari troppo ambizioso e che va oltre lo specifico dei temi trattati, pur implicandoli, possiamo dire che affrontando il tema della violenza agita nel caso di donne straniere, si può portare un ulteriore contributo alla complessa relazione che nelle nostre società si va dipanando tra universalismo e differenze (di genere, di culture, di religioni), dove senza abdicare alle premesse universaliste e democratiche, si profila la necessità di costruire nuove forme di cittadinanza, capaci di andare oltre la contrapposizione “noi/loro”, per dar vita ad una società composita e plurale proiettata verso un inevitabile futuro transculturale.

Resumen del Informe

Este volumen es el resultado del Proyecto *Iris Intervention sur les violences envers les femmes: recherche et mise en service des guichets spécialisés*⁵⁸, lanzado a finales de 2009 y de dos años de duración. El proyecto ha sido dirigido por un equipo transnacional, integrado por profesionales de diferentes ámbitos, en Italia y en España. Con él se pretendió abordar el tema de las *Violencias y abusos cometidos contra las mujeres y jóvenes mujeres, cuando estas violencias están vinculadas a prácticas tradicionales perjudiciales*.

Para analizar de manera adecuada los problemas identificados, se ha elegido recurrir a la metodología de la investigación-acción, estructurando la estrategia de trabajo en:

- diferentes enfoques según competencias, experiencias y contexto territorial;
- encuestas y entrevistas, recogida de información y desarrollo de diversas actividades;
- experimentación de proyectos piloto en los servicios sanitarios y socio-sanitarios en Sicilia y en Abruzzo
- herramientas de evaluación internas, reuniones periódicas de monitorización en equipo, y externas, de evaluación independiente.

Se ha examinado cómo operan los diferentes sistemas de intervención y se ha realizado una investigación tanto cuantitativa como cualitativa en las dos regiones italianas implicadas, el Abruzzo (provincias de Pescara y de Teramo) y la Sicilia (ciudad de Palermo y provincia de Trapani, con Mazara del Vallo como realidad experimental); y, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, también se realizó una investigación cualitativa (entrevistas en profundidad) y un estudio cuantitativo de segundo nivel.

⁵⁸ Proyecto n. JLS/2008/DAP3/AG/1246–30CE03119160027 cofinanciado por la Comisión Europea en el marco del Programa Daphne III.

La asociación de entidades y personas del proyecto se constituyó en la convicción de la necesidad de operar mediante la interconexión de diferentes “miradas profesionales” y diferentes niveles de análisis, para poder enlazar el enfoque de la experiencia local (normativas, investigaciones, protocolos de intervención, protocolos de red, actividades) con la del marco nacional (investigaciones, reglamentos, proyectos) e incluso con el nivel internacional (investigaciones, reglamentos, proyectos).

Con la complejidad arriba representada, se ha pretendido sentar las bases para procesos de *mainstreaming* de género. El proyecto ha desarrollado recomendaciones al fin de fomentar procesos de transformación, que empiecen desde el interior de las organizaciones y de las entidades públicas y que prevean la activación de procesos de participación, así como procesos de intercambio y de valorización de las buenas prácticas entre las regiones europeas. Con este fin se han analizado también algunos elementos críticos de las prácticas y de las políticas de contraste a la violencia que conllevan el riesgo de determinar las condiciones para un alejamiento de una perspectiva política de *empowerment* femenino.

A nivel italiano el vínculo entre *Le Onde Onlus* y la Asociación *Ananke*, nació del debate surgido en experiencias vividas en proyectos anteriores⁵⁹. Con el *IRPPS-CNR*, que ha coordinado la investigación, la colaboración se inició con la realización de encuestas dentro del Proyecto *Urban-Rete Antiviolenza*. El Grupo de Estudio Antígona de la Universidad Autónoma de Barcelona había colaborado con *Le Onde* dando apoyo científico al Proyecto *Fare Rete*⁶⁰, con el objetivo de incrementar el conocimiento por parte de la Región de Sicilia, respecto a la posibilidad de formular un Plan de acción regional sobre violencia hacia las mujeres. La colaboración con los centros de salud, así como con las autoridades locales, se había realizado en ocasión de llevar a cabo el proyecto *Daphne* “V.eR.SO”⁶¹. Todas estas expe-

⁵⁹ Daphne V.eR.S.O. JAI/DAP/2004-2/054/WY; L.eA. - investigación regional sobre el fenómeno de la violencia financiada por la Región Abruzzo.

⁶⁰ Financiado por el *Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri*, (nt.aut. correspondiente en España a la Área de Igualdad del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad).

⁶¹ Realizado con la misma agrupación en Abruzzo (en la ciudad de Pescara) y en Sicilia (en la ciudad de Palermo).

riencias anteriores han permitido la ideación y el desarrollo de acciones de prevención y de lucha contra la violencia sobre las mujeres extranjeras, con especial atención a las formas de violencia más “invisibles” debido a que ocurren en el ámbito familiar o en la comunidad de pertenencia. Prácticas que se reconducen, como el matrimonio forzado, a tradiciones presentes en las comunidades de inmigrantes en el continente europeo; y que evocan viejos recuerdos, pero no demasiado, también para las mujeres nacionales españolas e italianas.

En ambos países están vigentes leyes que prohíben explícitamente las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF)⁶², práctica objeto de ciertas intervenciones preventivas y de inversiones en recursos económicos. No existe la misma atención para otras formas de violencia, entre las que destaca el matrimonio forzado, que aún no han sido objeto de intervención por parte de los gobiernos nacionales o locales (o, en el caso de Cataluña, recién está empezando a ser considerada en algunos ámbitos de intervención autonómico), aunque surja de este volumen como la forma más insidiosa y generalizada en las realidades investigadas. Se trata de un tipo de violencia que se vuelve visible cuando se expresa a través de otra violencia (como la coerción), pero que es de difícil permeabilidad por el inherente enraizamiento cultural y, en ocasiones, por el uso instrumental que se le puede dar, cuando se utiliza (aunque no cumpla solamente esta función) como respuesta a las rígidas normativas que regulan los flujos migratorios en Italia y España, a través de la reagrupación familiar del/la cónyuge extranjero/a residente en el país de origen.

De acuerdo con la OMS⁶³, se consideró que los hospitales y los centros de salud son los lugares privilegiados para la posible detección de estas formas de violencia y pueden convertirse en el ámbito de primer contacto para una intervención más apropiada de asisten-

⁶² Véase el Capítulo I de este volumen.

⁶³ La OMS detecta cómo “el sistema sanitario representa la primera posibilidad de contacto para las mujeres víctimas de violencia” y concluye que “(...) demasiados pocos médicos, enfermeros y otros empleados sanitarios tienen conciencia y competencia en reconocer el problema que subyace a tantas patologías que atormentan a las mujeres o saben ofrecerles ayuda, sobre todo en los casos en los cuales no están disponibles servicios específicos (...)”. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Ginevra, WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2009.

cia social, incluso en el caso de una situación de irregularidad que no facilita el acceso a los servicios por temor a la denuncia y la repatriación. Considerar la violencia contra las mujeres como una prioridad para la protección de la salud, en su óptica holística, permite un análisis multidimensional del fenómeno, que facilita generar respuestas multisectoriales.

Las investigaciones han comenzado con la reconstrucción de los escenarios locales y de los contextos nacionales, a través de una mesa de trabajo que ha recogido informaciones socio-demográficas, legislación, programas, proyectos, etc. A esto se ha añadido las investigaciones cualitativas y cuantitativas (estas última, de primero y segundo nivel), que han analizado la asistencia en situaciones de violencia por parte de los trabajadores y trabajadoras sanitarias en las ciudades de Palermo, Mazara del Vallo (Trapani), Pescara, Teramo y Barcelona. En Italia, el cuestionario ha sido distribuido a una muestra de 250 operadores/as y se han realizado 45 entrevistas cualitativas; en Barcelona, se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo de segundo nivel y una investigación sobre la aplicación de los protocolos de intervención en uso, a través de entrevistas en profundidad a testigos privilegiados.

Se han elaborado cuatro informes de investigación. Además de este volumen se han publicado en la página web del proyecto tres informes locales: Región Sicilia, Región Abruzzo y Comunidad Autónoma de Cataluña, donde se analizan los contextos territoriales en los cuales se han realizado las actividades y se exponen los hallazgos emergentes de las investigaciones en el ámbito local, ofreciendo a quien trabaja estos temas, instrumentos cognitivos calibrados para su propia área de intervención.

Se ha publicado la página web bilingüe www.irisagainstviolence.it, estructurada como una herramienta de información para la comunidad de los/as operadores/as que, según varias competencias, tratan temas de violencia de género contra las mujeres nativas y extranjeras, pero también como un área de profundización y comunicación sobre la fenomenología relacionada con las violencias de género vinculada a las prácticas tradicionales perjudiciales aquí tratadas.

Se han realizado diez jornadas de estudio en cada una de las regiones, en las cuales han participado operadores y operadoras de los sistemas locales de intervención, estructuradas teniendo en cuen-

ta las necesidades surgidas en las investigaciones y organizadas con los componentes de las redes anti-violencia. Reuniones en las que ha habido una fuerte presencia de médicos, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, operadores/as de organizaciones no gubernamentales, fuerzas del orden y estudiantes universitarios/as. Los temas tratados fueron: la fenomenología de la violencia de género con profundizaciones sobre mutilaciones genitales femeninas, matrimonios forzados, acosos sexuales y violencia en los lugares de trabajo sobre las mujeres extranjeras (especialmente las cuidadoras), normativas y aspectos médico-legales.

Una de las actividades más importantes ha sido la puesta en marcha de experiencias piloto de cooperación interprofesional, con la experimentación de unidades de primer contacto en los servicios socio-sanitarios, elaborados con el conjunto de las entidades socias del proyecto⁶⁴:

- en Sicilia, en los hospitales Villa Sofia–Cervello, Policlinico, Buccheri La Ferla Fatebenefratelli, ARNAS Civico en Palermo; y en Abele Ajello ASP Trapani, en Mazara del Vallo;
- en Abruzzo, en el AUSL de Teramo y en el Centro Polivalente para Inmigrantes en la provincia de Teramo “Melting POint”; en el AUSL de Pescara (Medicina de Urgencias, centros de consulta y de salud para inmigrantes).

A estos servicios, que veían la presencia simultánea de una operadora especializada en la recepción de las mujeres víctimas de violencia y de operadores/as sanitarios/as de los centros implicados, que se colocaban en los ambulatorios o en las salas de emergencia de los mismos, se añadían las actividades llevadas a cabo por los centros

⁶⁴ La agrupación por el proyecto era constituida de esta manera: **Socios co-beneficiarios:** Le Onde Onlus – Universitat Autònoma de Barcelona – Istituto di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali CNR – Ong Ananke Pescara – ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli de Palermo – AOUP Paolo Giaccone de Palermo – AO OR Villa Sofia-Cervello Palermo – AO Buccheri La Ferla Fatebenefratelli Palermo – ASP9 Trapani Presidio Ospedaliero A. Ajello Mazara del Vallo; **Miembros asociados:** ASP Palermo – Ayuntamiento de Pescara – AUSL Pescara Struttura di Medicina e chirurgia d’Accettazione e Urgenza – AUSL Pescara Ambulatorio Immigrati – Provincia de Teramo – Provincia de Pescara – Provincia regional de Trapani – Association femmes immigrées (ADI) – IRIS Onlus Associazione Interculturale a tutela delle donne e del minore – Azienda Sanitaria Locale de Teramo – Provincia de Teramo: Centro Antiviolenza Donne “La Fenice” y Centro Immigrati.

anti-violencia *Ananke* en Pescara, *Le Onde* en Palermo y *La Fenice* en la provincia de Teramo, para la asistencia especializada de las mujeres extranjeras, además de las actividades ordinarias ya realizadas. Todos los servicios se relacionaban y se interconectaban con los servicios activos en las redes locales anti-violencia.

Sobre esta experiencia de colaboración y de recepción integrada de las víctimas, se están recogiendo las informaciones producidas, mediante el análisis de los tipos de solicitud de ayuda y el nivel de conexión con las redes locales de intervención. La experimentación ha permitido el acceso a las organizaciones internas de los hospitales o de los centros locales de salud, implementando una estrategia de información y sensibilización del personal, al fin de mejorar el acceso a los servicios por parte de las mujeres extranjeras y de facilitar la emersión del fenómeno de la violencia de género sufrida bien por las nativas como por las migrantes.

La experiencia y el conocimiento conseguidos con el proyecto replantean algunas cuestiones clave en relación no solamente con el acceso a los servicios de las mujeres migrantes y su posibilidad de formular una petición de ayuda, sino también con la necesaria revisión de las modalidades de recepción de las mujeres, evitando los riesgos de la victimización secundaria debida a estereotipos y dificultades en la interacción con mujeres extranjeras. Problema este que se refiere a la reflexión filosófica, sobre todo desde el pensamiento feminista, sobre el significado material y simbólico del cuerpo de las mujeres y cómo esto está representado en las prácticas discursivas que subyacen al saber.

Por otro lado, el cuerpo femenino, visto fundamentalmente en los aspectos ligados a la esfera de la sexualidad y de la reproducción, apunta a una cuestión más general sobre la ciudadanía de las mujeres, la igualdad de derechos y oportunidades que no puede sin embargo prescindir del reconocimiento de la diferencia. Temas abordados también en este Proyecto – aunque tangencialmente, o más bien desde una perspectiva específica – y que son objeto, tanto en Italia cómo en España, de un acalorado debate en los movimientos de mujeres y en el ámbito normativo y de las inversiones públicas (en proyectos y servicios), justo ahí donde se combinan con la condición de la población femenina migrante. Debate que se polariza, a través de una forzosa simplificación, por un lado

sobre las cuestiones del relativismo cultural, focalizando el problema del respeto de las diferencias culturales también en las transformaciones que éstas sufren en el inevitable proceso de integración, y por el otro lado sobre el universalismo de los derechos como una base ineludible para emancipar a las mujeres de las tradiciones coercitivas presentes en algunas sociedades y culturas. Una polarización que conlleva el riesgo de caer en el dogmatismo abstracto si no se tienen en cuenta la pluralidad y complejidad de los valores y los códigos propios de las “otras” culturas (en comparación con la de Occidente) y los profundos procesos de transformación que están ocurriendo en ellas, a mayor razón cuando se redefinen en los flujos migratorios.

Con este volumen se ofrecen ulteriores argumentos de reflexión y se propone, como tema emergente, el de los matrimonios forzados. Fenómeno que abre un ámbito de reflexión sobre su posible prevención, aunque hasta el día de hoy se hace visible a través de las formas de violencia con las cuales se vincula y se manifiesta, y en relación a las cuales sirve elaborar una estrategia de intervención que combine la lucha contra la violencia con una particular atención a los apoyos necesarios para las mujeres inmigrantes que se enfrentan al difícil camino de salida de la violencia, a menudo acompañado por su estigmatización social, especialmente por parte de la comunidad de origen. Toda la investigación, o mejor dicho el proyecto en su conjunto, se configura más como el principio de un camino de investigación-acción que como un hecho en sí mismo concluido, bajo el cual se desarrollan cuestiones fundamentales sobre los derechos humanos – en este caso de las mujeres – dentro de un universo inevitablemente marcado por la interculturalidad.

A continuación se describen los principales hallazgos obtenidos, con la esperanza de que se conviertan en elementos útiles para los *stakeholders* institucionales y los/as operadores/as en el proceso de optimización del sistema de ayuda a las mujeres víctimas de la violencia, con especial atención a las mujeres de otras culturas. El análisis de los resultados y las relativas conclusiones que emergen, tienen que ser leídos a la luz de las actitudes y los conocimientos en el ámbito de la violencia de género y de las prácticas tradicionales perjudiciales de los/as operadores/as sanitarios/as y sociales entrevistado/as.

1. Las investigaciones italianas

1.1 La percepción y el conocimiento

En ambas regiones la interpretación de los factores inherentes a la difusión de la violencia está, para la mayoría, enmarcada en el contexto de las relaciones familiares; mientras el aumento de interés de los medios de comunicación hacia el fenómeno se interpreta como el factor responsable de su mayor visibilidad pública. Una lectura interpretativa más vinculada a la conexión entre violencia y áreas urbanas degradadas se destaca en los ambulatorios para extranjeros y en las salas de urgencias, servicios en los cuales se puede presumir que la experiencia directa y cotidiana influya en la percepción del fenómeno. Más de un tercio de la muestra atribuye mucha relevancia a la capacidad de reaccionar de las mujeres, demostrando la presencia de una fuerte conciencia entre los/as operadores/as. En la individuación del riesgo de violencia, el punto de vista mayoritario se concentra en la opinión que ésta sea un fenómeno difundido y penetrante, independiente de la conducta de las mujeres, enraizado en la cultura patriarcal y machista, aunque se advierten ecos de estereotipos, sedimentados en lo profundo, que identifican factores de riesgo para las mujeres vistosas y atractivas. Importante para orientar la lectura de la violencia es el papel de la formación específica: quien se ha beneficiado de ella manifiesta una mayor conciencia y precisión en el reconocimiento y en la interpretación de la violencia de género. El conocimiento de las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) es generalizado y sólo una pequeña minoría niega conocer el fenómeno: mientras que una exigua mayoría (53%) afirma poseer un buen conocimiento, la otra mitad (43%) admite tener solamente un conocimiento superficial. De hecho, se trata de informaciones recibidas de manera esporádica, poco estructuradas y no vinculadas a una formación específica y menos a la experiencia directa. Hay que considerar este elemento a la luz de un escaso conocimiento de la ley italiana sobre las MGF y de las directrices elaboradas por el Ministerio de Salud, herramientas esenciales, ideadas para ayudar a los/as profesionales sanitarios/as y sociales en la compleja gestión de los casos de mujeres y niñas que han sufrido o corren el riesgo de sufrir MGF.

En resumen, en los dos territorios italianos los/as operadores/as sanitarios/as y sociales tienen un buen nivel de conocimiento y domi-

nio de los aspectos fenomenológicos e interpretativos de la violencia de género, mientras que menos satisfactorio es el del fenómeno de las MGF y de las prácticas tradicionales perjudiciales, y, más en general, manifiestan una dificultad de interacción con las mujeres migrantes con las cuales entran en contacto.

1.2 Políticas de acogida y asistencia

La lectura de la intersección entre las políticas de acogida y soporte a las mujeres y a los hombres migrantes y las de lucha a la violencia contra las mujeres, resulta ser una ocasión de reflexión que podría impulsar la promoción del *empowerment* para estos sujetos caracterizados por diferentes fragilidades.

La carencia de servicios especializados dentro de las estructuras en las que se ha llevado a cabo la investigación es el primer elemento merecedor de atención que se desprende de los resultados: resulta ser muy limitada la predisposición de instrumentos para las víctimas de violencia, tanto en términos de mostradores específicos (15%), cómo de protocolos de intervención (29%). La situación de Abruzzo es la más crítica, ya que sólo el 9% de los/as entrevistados/as indica la presencia de puntos de atención en el centro en el cual trabaja (en Sicilia es el 19%). La prestación de servicios para migrantes es más generalizada: en general, poco menos de la mitad de las estructuras tienen un mostrador específico (42%), y alrededor del 30% un protocolo. En Sicilia el tema de la salud de personas migrantes implica la mitad de los centros entrevistados⁶⁵, mientras que en Abruzzo la situación aparece mucho menos desarrollada. Otro elemento de atención se pone sobre la inadecuada interconexión entre los servicios dentro de la misma estructura hospitalaria o entre y con diferentes instituciones, como indica el hecho de que muchos/as operadores/as no tienen conocimiento de los servicios especializados que predisponen las empresas y de los procedimientos desarrollados dentro de ellos. En general, se observa que en los centros sanitarios las figuras profesionales socio-sanitarias son escasamente presentes.

⁶⁵ Hay que recordar que en Sicilia está en vigor una normativa regional (Decreto del 4 de julio de 2003 del Assessorato alla Sanità) que instituye servicios de asistencia activa de la población extranjera y migrante en el territorio.

En Sicilia y en Abruzzo el sistema sanitario no siempre se presenta adecuadamente preparado (ni en un sentido cultural, ni técnico) para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres. Muy lejana de los servicios sanitarios, es la atención a las cuestiones de la salud de la mujer, entendida en un sentido holístico, en el sentido que la OMS propone del concepto de salud. Con dificultad se relaciona la patología de un/a paciente, declinada en el género masculino o femenino, sanando sin embargo su cuerpo, en su materialidad, que aparece asexual a los ojos del médico.

Relevante en este sentido es cómo los/as operadores/as sanitarios/as entrevistados/as en Sicilia demuestran escasa atención a las cuestiones vinculadas a las consecuencias en la salud de las mujeres víctimas de violencias, considerándolas irrelevantes en el procedimiento diagnóstico, aunque sea un hecho científicamente comprobado la incidencia de la violencia en la salud de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo, como ha sido también confirmado por la OMS. En ese sentido, la cultura de la “acogida”, en el contexto socio-sanitario, debería ser integrada como elemento esencial en el procedimiento de diagnosis y tratamiento, algo más y diferente que un genérico enfoque “humanitario”, sino como un verdadero y real enfoque metodológico en la asistencia de los/as pacientes. Relevante es el escaso conocimiento de las redes anti violencia por parte de los/as operadores/as, indicio de una insuficiente integración entre lo social y lo sanitario, tanto en los roles/funciones, como mediante relaciones más eficaces entre los servicios, habiendo quedado esencialmente inalterada la separación entre asistencia sanitaria y social. Además, a las dificultades de interacción con el exterior del sistema sanitario, se añade la organización problemática de los servicios sanitarios donde espacios y tiempos dedicados a la “persona” resultan pequeños y limitados a la simple prestación de servicios médicos⁶⁶.

Por otra parte, una cuestión más compleja está vinculada a la relación médico/a-paciente. La persistencia de una cultura que determina una clara desigualdad de poder en favor del médico/a, agudiza la problematicidad de una relación de asistencia en la que, sobre todo en relación a personas especialmente “frágiles”, los derechos de ciuda-

⁶⁶ El sistema regional sanitario es objeto de un proceso de reorganización que está comportando profundas modificaciones estructurales y organizativas.

danía son ejercidos con dificultad, a pesar de que su pleno goce aportaría una ventaja a la persona usuaria así como al sistema de intervención. Desde este punto de vista la adopción de una conducta hacia los/as usuarios/as orientada al pleno reconocimiento de los derechos de la ciudadanía, sino también, especialmente para las mujeres, la adopción de un enfoque género sensitivo y la promoción de servicios *women friendly*, implicaría una significativa mejoría de los servicios y de las relaciones con los/as usuarios/as.

También en Abruzzo la investigación ha puesto en evidencia una insuficiente “formación” sobre los problemas de salud relacionados al fenómeno de la inmigración en todas sus vertientes y sobre la violencia de género. Los servicios se enfrentan a situaciones y dificultades que se presentan “aquí” y “ahora”, vinculadas al momento; parece faltar una “práctica” que tenga en cuenta las necesidades en una óptica de planificación individual y, a la vez, faltan procedimientos o intervenciones integradas y específicas en materia de salud de los/as migrantes y de violencia. En los hospitales de Pescara y Teramo no hay servicios especializados en la recepción de los/as usuarios/as que son víctimas de violencia, y, por lo que respecta a los/as migrantes, solamente en Pescara existe el ambulatorio para estas personas. Se ha verificado, también gracias a las entrevistas a informantes privilegiados/as, que el personal hospitalario se esfuerza por gestionar lo mejor posible los problemas vinculados a situaciones de violencia, aunque la modalidad de acción depende de la atención y la formación “personal” de los/as operadores/as que se enfrentan a este tipo de situaciones. Es lo que confirman también los testimonios de personas relacionadas con algunos servicios a la ciudadanía, tales como la policía y las fiscalías, que subrayan principalmente la necesidad de tratamiento “físico” y responden sobre todo a necesidades prácticas y urgentes como el permiso de residencia y el trabajo. Muchos de los servicios presentes en el territorio de Abruzzo y dirigidos a la recepción de los/as inmigrantes tienen que enfrentarse también a los problemas ligados a las tradiciones. Las entidades sociales privadas entrevistadas gestionan servicios que acogen a mujeres con situaciones bien definidas, tales como la prostitución, o debidas a la condición de refugiadas políticas. Entre las operadoras y los operadores se ha relevado una formación específica y profundizada sobre estos temas, pero su actividad no sigue directrices estructuradas y compartidas para un

trabajo de red con los otros servicios. Muy diferentes son la atención y las modalidades de recepción averiguadas en las entrevistas de mediadores/as culturales respecto a las mujeres migrantes de nacionalidades incluso diferentes respecto a la propia: la mayoría de ellos/as es también portavoz de su propia comunidad y, a menudo gestionando asociaciones de inmigrantes, recogen sus necesidades. Incluso desde su punto de vista, son prioritarias las necesidades vinculadas a la supervivencia, al trabajo y al permiso de residencia, pero al mismo tiempo estos/as operadores/as consideran importantes los problemas emocionales, familiares y las situaciones de violencia.

En general, la conciencia de la necesidad de una adaptación de los servicios a las nuevas exigencias (creciente presencia de usuarios/as migrantes y apoyo adecuado a las víctimas de violencia) es generalizada entre las personas entrevistadas, pero su realización, según ellas, implica fórmulas diferentes:

- *a través de la introducción de nuevos/as profesionales especializados/as o de nuevos servicios adicionales, para la mayoría;*
- *a través de una mayor colaboración interna/externa y la definición de protocolos, para un número menor de operadores/as;*
- *a través de una mejor formación, para una minoría de los/as entrevistados/as.*

Por lo que respecta a la formación profesional, nuestra muestra nos indica que solamente una mínima parte de los/as entrevistados/as nunca ha participado en cursos de formación o de puesta al día en los últimos tres años, más de un tercio ha asistido a entre uno y cinco y el 60% ha participado a más de cinco cursos o sigue una formación continua. Sin embargo, entre los/as que asistieron en los últimos tres años al menos a un curso, sólo son una minoría (alrededor del 30%) los que han abordado el tema de la salud de los/as migrantes y de la violencia contra las mujeres.

1.3 Usuarios/as migrantes y prácticas tradicionales perjudiciales

El análisis de las experiencias directas de asistencia a los/as pacientes procedentes de otras culturas ha sido precedido por una breve exploración de la percepción de las relaciones de género entre

y dentro de las comunidades de migrantes y de nacionales, lo que ha permitido poner de relieve la percepción del riesgo de violencia para las mujeres italianas y para las migrantes.

En general, se advierte una subestimación de la violencia hacia las mujeres inmigrantes por parte de los/as italianos/as, mientras que el vínculo entre la diferencia cultural y el riesgo de violencia se expresa a través de la evaluación de cómo algunas comunidades de migrantes están más expuestas a la violencia, identificando las mujeres procedentes de la Europa del Este dentro de este último grupo. Se ha demostrado escaso el conocimiento de las normas que regulan el acceso de los/as extranjeros/as a los servicios sanitarios y, en particular en Sicilia, parece insatisfactorio el impacto de las actividades de formación llevadas a cabo en materia de MGF.

La experiencia con los/as usuarios/as migrantes es un hecho arraigado en ambos territorios (la casi totalidad de los/as operadores/as lo confirman), aunque la mayoría de los servicios tiene un contacto episódico, variado según la especialización, que no excede el 25% del conjunto de los/as usuarios/as, en la absoluta mayoría de los casos. Entre los dos territorios considerados se releva un mayor número de usuarios/as migrantes reportado por los/as operadores/as de Abruzzo (98%) en comparación con los/as de Sicilia (88%), aunque hay que conectar este dato con la mayor incidencia de la presencia de inmigrantes en Abruzzo que en Sicilia. Son usuarios/as principalmente incluidos/as en la franja de edad juvenil-madura, en la que predominan las mujeres, aunque hay usuarios hombres. Se señalan situaciones en las que se manifiesta la tipicidad de la demanda migrante que se fortalece ahí donde el servicio es más especializado y equipado. La combinación de diferentes formas de violencia surge como factor significativo en la asistencia a las mujeres migrantes, y la respuesta de los servicios, en la mayoría de los casos, corresponde a la necesidad de maximizar la colaboración entre las diferentes unidades del centro y la red de servicios, demostrada por una pluralidad de intercambios entre servicios incluso externos. Sigue siendo carente la compilación de informes y certificados de la violencia diagnosticada.

Son pocos los servicios en los cuales existe un protocolo de tratamiento de las MGF, sobretudo en Sicilia. Los casos detectados son

41 en total, correspondientes al 17,3% del total de los/as entrevistados/as. Sin embargo, se registra una atención específica más amplia a las formas de violencia que involucran propiamente las mujeres migrantes, que es alrededor del 21%. El resultado es más alto de los obtenidos con otras entrevistas llevadas a cabo en el territorio italiano. Los casos de posible riesgo de mutilación son numéricamente poco significativos, pero importantes, ya que más de la mitad de los informes procede de las unidades de pediatría, que constituyen el principal lugar de prevención. Los casos son demasiados pocos para analizar las modalidades de intervención adoptadas por los/as operadores/as que han respondido positivamente, sin embargo, el hecho de que una buena parte de los/as operadores/as no haya intervenido de modo alguno, evidencia una dificultad real y una carencia de herramientas de intervención, especialmente para la prevención de la práctica.

Las relaciones entre los/as operadores/as y las mujeres o niñas con MGF son, en la mayoría de los casos, complejas y caracterizadas por una serie de dificultades: primero, la de la comunicación por razones lingüísticas, seguida inmediatamente por la desconfianza de las mujeres percibida por los/as operadores/as, que, asociada a otras manifestaciones similares de inquietud o de problemas relacionales, se convierte en la principal fuente de dificultades con las pacientes. Estos elementos son una indicación de lo mucho que queda por desarrollar en términos de profundización y adaptación a las exigencias específicas de las mujeres migrantes. Además, parecen influir sobre estas dificultades importantes problemas de tipo estructural u organizativo, falta de espacios físicos adecuados para llevar a cabo una entrevista y de tiempo suficiente.

Parece evidente que, a pesar de que el conocimiento de los/as operadores/as les permite una localización precisa y correcta de los términos teóricos del fenómeno, la experiencia directa pone de relieve dificultades y deficiencias en el enfoque y la práctica del tratamiento, tanto en términos de competencias individuales como de servicios y colaboraciones en relación al sistema de asistencia. Sin embargo, parece consolidarse en ciertas realidades la correlación positiva entre la adopción de un enfoque sensible al género, más en general en lo que respecta al “cuidado” de la relación con las pacientes y a la emergencia del fenómeno de la violencia.

La investigación ha abordado solo tangencialmente el tema de los matrimonios forzados, reflejando la falta de estudios y estimaciones y la posible ambigüedad de su identificación. Sin embargo, las respuestas obtenidas indican la aparición de un fenómeno oculto, ya que aproximadamente un tercio de los/as operadores/as ha informado haber atendido pacientes extranjeras que podían haber sido obligadas a casarse contra su voluntad. En este caso, la operatividad y la posibilidad de recurrir a medidas y líneas de intervención han chocado con la falta de instrumentos legislativos y operativos adecuados. Se ha detectado la problemática de la falta de apoyo social a las víctimas potenciales de los matrimonios forzados o de intervenciones dirigidas a las comunidades de mayor riesgo y, en general, la fuerte carencia en la vertiente social de la intervención, en particular para lo que compete a la autoridad local, incapaz de proporcionar una planificación adecuada a las usuarias que deciden buscar ayuda, o de vigilar sobre las situaciones de riesgo. En Abruzzo empieza a emerger la existencia de la violencia hacia las cuidadoras, en particular relacionada con la explotación laboral, el maltrato psicológico y hasta el acoso sexual.

Un dato que se manifiesta con claridad en las entrevistas en los dos territorios está vinculado a la presencia y el papel desarrollado por la figura profesional de los/as mediadores/as culturales, empezando por su ausencia hasta en los servicios específicos para inmigrantes.

2. Las investigaciones en España: el caso de Cataluña

Las actividades realizadas en Cataluña han tenido el fin de reunir las investigaciones llevadas a cabo en relación a las MGF, matrimonios forzados y otras formas de violencia relacionadas con tradiciones culturales perjudiciales; simultáneamente se ha realizado una investigación cualitativa con el objetivo de verificar la percepción y la evaluación de la actuación de las políticas y los protocolos activos en la región.

Los/as testigos privilegiados/as indican, entre los aspectos que hay que mejorar con respecto a los protocolos de intervención, la necesidad de implementar su desarrollo en algunas áreas, un factor que, hasta ahora, ha dependido de la frecuencia con la que se presentan los casos, de la población residente en situación de riesgo y de la actitud de los/as operadores/as involucrados/as. Se ha constatado que,

según algunos testimonios, existe un escaso conocimiento de los protocolos y del fenómeno por parte de muchos/as operadores/as, en particular en aquellos territorios donde los protocolos no se han desarrollado suficientemente. En este sentido, también se evidencia que, a pesar de la difusión de la información, de la elaboración de materiales específicos y de la formación, la eficacia de la acción de prevención se basa en gran medida en la actitud y la implicación personal de quien la cumple.

Entre las peticiones más frecuentes destaca la necesidad de mejorar la información, la divulgación, la sensibilización y la formación, dirigidas tanto a las familias potencialmente practicantes como a los/as propios/as operadores/as.

Entre las demandas específicas dominan aquellas relativas a la mejora de la recopilación de los datos y del registro de los casos, a la necesidad de servicios de apoyo a las mujeres que han sufrido MGF y aquellas expresadas por diferentes profesionales en el sector de la salud, en relación a la inclusión de algunas reglas concretas en sus protocolos y en los historiales clínicos, con el fin de mejorar la prevención. Además, hemos recogido la demanda de aumentar la formación de los/as operadores/as de los diferentes sectores, en particular para mejorar la acción de prevención.

En Cataluña viven muchas comunidades en las cuales la práctica de los matrimonios forzados (MF) persiste, a pesar de que tenga, por lo general, una intensidad diferente en comparación a la de las sociedades de origen. Durante el transcurso del trabajo de investigación, se ha detectado la existencia en Cataluña de MF entre las comunidades de Senegal, Gambia, Nigeria, Pakistán, Marruecos y en la comunidad gitana procedente de Rumania.

Hay que subrayar cómo las relaciones familiares/matrimoniales de algunas comunidades se entrecruzan con los requisitos de las políticas migratorias y acaban produciendo situaciones muy complejas. La consecuencia es la instrumentalización de los matrimonios y, a menudo, de las mujeres, que se convierten en un medio para permitir la continuidad de los flujos migratorios transnacionales de algunas familias.

La administración catalana ha abordado la cuestión de los matrimonios forzados a raíz de la normativa vigente contra la violencia. El Departamento de Interior de la Generalitat de Cataluña y, concretamente, los/as operadores/as del ya extinguido "Programa de Seguri-

dad contra la violencia machista”, crearon un instrumento específico para prevenir los Matrimonios Forzados y atender a las personas en riesgo de subir esta práctica: el Procedimiento de Atención y Prevención Policial de Matrimonios Forzados, activado en 2009. Este procedimiento establece las actuaciones estratégicas a seguir en el marco de la seguridad pública para el abordaje de la violencia machista y, en concreto, obliga a la policía autonómica, *Mossos d'Esquadra*. Se trata de un Protocolo experimental, en fase de evaluación. Sin embargo, este instrumento ha servido para averiguar la existencia de casos que no habían salido anteriormente a la luz. Desde el 2007 hasta el 2009 la policía ha recogido información de diecisiete casos de matrimonios forzados, a los que se llegó a través del conocimiento de otras situaciones de violencia, principalmente a través de denuncias por violencia de género en la pareja. La implicación de la policía ha sido requerida sobre todo por los servicios sociales, pero también por el sector de la educación o por la propia víctima.

Cuando los servicios tienen conocimiento del peligro de celebración de un matrimonio forzado, es decir, cuando se produce la presión y el maltrato por parte de la familia contra la mujer (casi siempre joven y a veces adolescente), para que acceda a casarse, la policía autonómica, *Mossos d'Esquadra*, intenta instaurar y mantener un contacto con la víctima, para establecer un vínculo de confianza que pueda servir para dar la voz de alarma en caso de emergencia.

Es importante distinguir el matrimonio forzado de una menor o de una mujer mayor de edad. En el caso de las menores, adquiere una importancia central la coordinación con el Departamento de atención a la infancia y a la adolescencia del gobierno de Cataluña (DGAIA) para la tutela de la menor. Cuando se trata de mujeres adultas, por otro lado, la intervención es más compleja y suele ser necesaria una denuncia penal por parte de la mujer. Sin embargo, esta denuncia es difícil que se dé en la práctica, ya que esto implicaría una ruptura de la joven no solo con la familia, sino con toda la comunidad.

Todas las personas entrevistadas reconocen la falta de recursos para enfrentarse a esta tipología de violencia. No existen protocolos o instrumentos en otros departamentos de la Administración diferentes al de Interior, no existe una legislación específica sobre el tema y los/as operadores/as no están sensibilizados/as con la temática y a menudo no son capaces de detectar los casos.

Algunas personas entrevistadas consideran que sería útil una tipificación especial del delito, así como declarar el principio de extraterritorialidad en la persecución de estos ilícitos penales. Por último, sería necesario instituir servicios de asistencia para las mujeres que escapen de una situación de violencia vinculada al matrimonio forzado.

3. Recomendaciones

¿Cómo se puede intervenir para mejorar el acceso a los servicios y la asistencia de las mujeres? Hemos tratado de definir una lista de recomendaciones para quienes toman las decisiones y las personas clave de las políticas de nivel nacional, regional y local sobre las actuaciones prioritarias que hay que llevar a cabo para conocer mejor los fenómenos de los cuales nos estamos ocupando, enfrentarse a ellos y evaluar las herramientas disponibles para prevenir y combatir estos tipos de violencia:

1. Realización de investigaciones cognoscitivas en relación con la difusión y la fenomenología de los matrimonios forzados.
2. Promoción de estrategias de sistema que involucren todo el territorio nacional.
3. Promoción y puesta en marcha de Planes de acción regionales contra la violencia hacia las mujeres que incluyan también las violencias ligadas a las prácticas tradicionales perjudiciales y que analicen y maximicen los puntos fuertes de las experiencias llevadas a cabo y de los planes de acción experimentados en muchas regiones de Europa, proporcionando también observatorios regionales.
4. Adaptación de la legislación en materia, con atención incluso al fenómeno de los matrimonios forzados.
5. Amplia información sobre la fenomenología y la oferta de servicios para las víctimas, tanto en los idiomas nacionales como en los idiomas de las poblaciones que adoptan estas prácticas.
6. Garantía de acceso al sistema de servicios y de la posibilidad de comunicar a las mujeres que no hablan el idioma del lugar en donde viven, a través de la utilización de mediadores/as en los servicios donde se dirigen para obtener tratamientos médicos o para solicitar ayuda, por ejemplo centros anti-violencia, pero también servicios sociales o asociaciones que se ocupan de la población migrante.

7. Formación adecuada del personal (sanitario, social, educativo) que recibe y atiende a las mujeres y a las niñas en riesgo de MGF, a través de una amplia difusión de las Directrices ministeriales en Italia y la aplicación de los Protocolos en Cataluña.
8. Formación del personal sanitario sobre la importancia del informe de la violencia sufrida por las mujeres, extendiendo procedimientos e instrumentos que ya están en uso en algunas unidades o estructuras hospitalarias, diversificados por tipo de violencia.
9. Sensibilización, información y puesta al día del personal del sector público y privado, que está en contacto con el fenómeno de la violencia contra las mujeres extranjeras e italianas, con atención a la fenomenología con la cual se manifiesta.
10. Búsqueda e inversión de recursos económicos (nacionales/locales y comunitarios) para garantizar la estructuración de centros piloto de carácter socio-sanitario, y la expansión de las actividades de los centros para la acogida de mujeres víctimas de violencia italianas y extranjeras.
11. Elaboración de directrices y protocolos específicos, incluyendo también la aplicación de criterios específicos relativos a la acogida de las víctimas (así como exigido por los *Mimimun Standards* del Consejo de Europa).
12. Fortalecimiento del trabajo de red entre las personas que por sus propias competencias se ocupan del fenómeno, divulgando las buenas prácticas presentes a nivel regional/comunitario, proporcionándoles recursos adecuados para el desarrollo de procedimientos y para la recogida sistemática de datos e informaciones sobre el fenómeno, y conexión con las redes ciudadanas anti-violencia, con el debido respeto a las regulaciones sobre la utilización de datos sensibles.
13. Promoción en los servicios de una perspectiva sensible al género y de una cultura de la acogida y de la orientación, incluso mediante caminos experimentales que se coloquen en el marco de experiencias y competencias experimentadas por los centros y los servicios anti-violencia y que propongan a la vez ocasiones de reflexión sobre el significado de las sociedades multiculturales.
14. Elaboración de un sistema adecuado de valoración de las actividades, indicando una fase de experimentación de los protocolos y de los procedimientos que se entienden aplicar.

Más allá de estos elementos específicos vinculados a la práctica en los servicios, se debería abordar al mismo tiempo la cuestión cultural, inspirándose en las aportaciones de las investigaciones en ciencias sociales y en psicología social en términos de interculturalidad y libertad femenina. Cuestión que merece una atención particular, para ofrecer oportunidades para una toma de conciencia de las mujeres extranjeras, de modo que sean ellas que tomen las decisiones en primera persona y que definan – sintiéndose apoyadas – el camino “a medida” para escapar de las situaciones de violencia aunque sean enmascaradas por el respeto a las formas y hábitos tradicionales.

4. Más allá de la investigación-acción

En sí misma la cuestión de la violencia de género, más aún cuando se ve desde la perspectiva de las mujeres migrantes, conlleva la necesidad de reubicar el tema como un singular segmento dentro de la problemática más general y universal de la violencia masculina contra las mujeres y de los desequilibrios de poder entre los sexos subyacentes. Nos basamos, de hecho, en la convicción – teórica y pragmática – que un diferente escenario de historias, culturas, tradiciones requiera atenciones y enfoques específicos, sin que esto legitime en modo alguno la definición de un “mundo aparte”, sino más bien el aumento, el enriquecimiento y la especialización de las profesionalidades presentes en los sistemas de servicio público y privado y de aquellas dedicadas al enfrentamiento a los abusos y maltratos, de modo que sean capaces de leer y responder eficazmente a las nuevas especificidades. Es notorio cómo en particular el tema de las Mutilaciones Genitales Femeninas es considerado por muchas personas como una especie de indicador, desde el plano epistemológico, de la capacidad (o no) de crear un diálogo intercultural efectivo, evitando instrumentalizar el cuerpo de las mujeres para transformarlo en un lugar de observación, para medir, por un lado, el nivel de la “modernidad” y, por el otro, la aplicación de los derechos humanos fundamentales según parámetros construidos exclusivamente dentro de la historia de Occidente. Sin embargo, también el tema de los matrimonios forzados, que se ha convertido en el segundo punto focal de nuestro trabajo, implica, no obstante las múltiples matices que lo atraviesan, un vínculo con usos, costumbres, tradi-

ciones que no se pueden desdeñar con una simple condena moral y tampoco resolver dentro de la categoría tradición-atraso *versus* modernidad.

Se trata de un conjunto de cuestiones que inevitablemente llevan a un debate, ahora más que nunca en la agenda del día a día, que se mueve, simplificando, entre dos polos: el universalismo de los derechos, por un lado, y el relativismo cultural, por el otro. Respecto a esto, sugiriendo la vasta literatura internacional sobre el tema, y recordando cómo incluso el pensamiento feminista se ha expresado en los dos frentes, nos limitamos aquí a abordar tales cuestiones conectándolas con los resultados de la investigación realizada en las diferentes áreas territoriales del Proyecto, sin omitir los primeros resultados de las experimentaciones en curso.

Es útil recordar que, también por parte de quien trabaja en los servicios, emerge la necesidad de ser capaz de leer las nuevas realidades vinculadas a diferentes culturas, de saber comprenderlas, para que sea inteligible también el sistema simbólico y de valores que subyace a ciertas prácticas, y los cambios eventuales que hayan ocurrido en el trascurso del tiempo como pasos de un proceso de modernización que incluso en los países considerados “atrasados” se están produciendo, aunque sea de maneras no siempre comprensibles por los conocimientos y las culturas de Occidente. Una exigencia de conocer y entender que nada tiene que ver con la lógica de la absolución, y menos aún de aprobación de prácticas que violan el cuerpo, la sexualidad, la libertad de las mujeres.

Si realmente se pretende hacer frente a antiguas/nuevas formas de violencia se hace indispensable ir más allá de la perspectiva puramente represiva de la condena y, al revés, proporcionar *in primis* a las “víctimas” las herramientas para escapar de una situación de dolorosa humillación a través de un proceso de toma de conciencia y de valorización de sí misma y de sus estrategias de vida, que debería involucrar a las propias comunidades de procedencia, encontrando incluso en ellas alianzas y colaboración. Vuelve a surgir, por lo tanto, aún en el caso de formas de violencia ligadas a prácticas “tradicionales”, la necesidad de restablecer la primacía de la vía del *empowerment* y de la producción de libertad femenina, la misma que orienta la huida de toda forma de violencia – perpetrada en el nombre de la modernidad como de la tradición –, como si fuera un sutil hilo rojo que permite

encontrar un terreno común, a pesar de las innegables diferencias, entre las mujeres nativas y extranjeras.

En un pase probablemente demasiado ambicioso y que va más allá de lo específico de las cuestiones abordadas, aunque involucrándolas, podemos decir que plantear el tema de las violencias de género contra las mujeres extranjeras puede contribuir ulteriormente a la compleja relación, que en nuestras sociedades se está desmoronando, entre universalismo y diferencias (de género, de culturas, de religiones), donde, sin abandonar las premisas universalistas y democráticas, se manifiesta la necesidad de construir nuevas formas de ciudadanía, capaces de ir más allá de la oposición “nosotros/as-ellos/as”, para dar vida a una sociedad variada y plural, proyectada hacia un inevitable futuro intercultural.

Violenza di genere

Bibliografia

AAVV, *Verso l'incontro che genera. Violenza alle donne e presa in carico sanitaria*, Palermo, Le Onde Onlus, Tip. Alba, 2006.

AAVV, *Rapporto Ombra Italia* - 2011, Elaborato dalla piattaforma italiana "Lavori in Corsa: 30 anni CEDAW".

Anna Alessi, *La Rete delle città. Sintesi dei rapporti locali di ricerca. La città di Palermo*, in Adami C., Basaglia A., Tola V. (a cura di), *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto antiviolenza Urban*, Milano, Franco Angeli, 2002.

Anna Alessi, **Maria Rosa Lotti** (a cura di), *Trovare le parole. Violenza contro le donne. Percezione e interventi sociali a Palermo*, Palermo, Ed. Anteprema, 2001.

Alberta Basaglia, **Maria Rosa Lotti**, **Maura Misiti**, **Vittoria Tola**, *Il silenzio e le parole. Il Rapporto nazionale Rete antiviolenza tra le città Urban Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006.

Pierre Bourdieu, *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli, 1999.

Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, Strasburgo, 2011.

Commissione Europea, *Maggiore impegno verso la parità tra donne e uomini. Carta per le donne. Dichiarazione della Commissione europea in occasione della giornata internazionale della donna 2010*, marzo 2010.

CEDAW, *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 1979.

Consiglio d'Europa, *La protezione delle donne dalla violenza Raccomandazione Rec(2002)5 del Comitato dei Ministri agli Stati membri*, traduzione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità, Roma, 2002.

Valeria Dubini, *Violenza e ripercussioni sulla salute*, in O.n.d.a. - Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Flavia Franconi (a cura di), *La salute della donna. Un approccio di genere*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Valeria Dubini, *Violenza contro le donne: compiti ed obblighi del ginecologo*, Editeam, 2007.

Fare Rete: potenziamento e avvio di reti antiviolenza in Sicilia, Progetto finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - *Laboratorio coi Dipartimenti e gli Uffici Regionali Documento di sintesi*, Palermo, 2010.

Carol Hagemann-White, *Combating violence against women: stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States*, Consiglio d'Europa, Strasbourg, CDEG Directorate General of Human Rights, 2006.

Elena Laurenzi, *Identità forzate*, in Altri femminismi. *Corpi Culture Lavoro*, T. Bertilotti, C. Galazzo, A. Gissi, F. Lagorio (a cura di), Roma, Manifestolibri, 2006.

Paola Leonardi, *Curare nella differenza*, Milano, Franco Angeli, 1994.

ISTAT, *La violenza e i maltrattamenti contro le donne*, 2007.

Etienne G. Krug et.al., *World report on violence and health*, WHO, 2002.

Liz Kelly, Roddick Chair on Violence Against Women, London Metropolitan University and Lorna Dubois, *Combating violence against women: minimum standards for support services* – Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe Strasbourg, 2008.

Regione Siciliana Presidenza, Dipartimento Regionale Della Programmazione *DUP Sicilia 2007-2013* Adottato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 206 del 23 giugno 2010.

Rivera Garretas M. M., *Nominare il mondo al femminile*, Roma, Editori Riuniti, 1998.

M. Siino, *La presenza degli immigrati irregolari in Sicilia*, in G. Di Gennaro, F. Lo Verde e G. Moro (a cura di), *Tre approfondimenti regionali: Campania, Puglia e Sicilia*, in AAVV, *Il Mezzogiorno dopo la grande regolarizzazione*, Milano, Franco Angeli, 2006.

WHO, *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*, World Health Organization, 2005.

WHO, *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, World Health Organization, 2009.

UNHCR, *Guidance note on refugee claims relating to Female Genital Mutilation*, Division of International Protection Services, may 2009.

Chiara Zamboni, *Parole non consumate. Donne e uomini nel linguaggio*, Napoli, Liguori Editore, 2001.

Sitografia specifica o da cui trarre informazioni

www.antiviolenzadonna.it Portale del progetto “Rafforzamento della Rete Nazionale Antiviolenza e del servizio telefonico 1522 a sostegno delle donne vittime di violenza intra ed extra familiare e di stalking”. Azione di sistema, attivata nel marzo del 2006 dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per il sostegno all’emersione e al contrasto del fenomeno della violenza verso le donne, italiane e straniere, inteso in ogni sua forma (fisica, sessuale, psicologica, economica, di coercizione o riduzione della libertà, sia in contesto familiare che extrafamiliare, sia in forma di stalking). Sul portale si trovano informazioni, studi, ricerche, leggi, metodologie e modelli integrati di intervento sul tema della violenza di genere.

www.coe.org Sito ufficiale del Consiglio d’Europa.

www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/general_fr.asp Sito istituzionale del Consiglio d’Europa dedicato al tema della violenza contro le donne.

http://demo.istat.it/str2009/index.html Portale ISTAT per dati popolazione straniera in Italia.

www.europa.eu Sito ufficiale dell’unione Europea.

http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/programme/daphne-programme/index_en.htm Pagina del sito ufficiale della Commissione Europea - DG Giustizia per il programma Daphne III.

www.nawo.org.uk The National Alliance of Women’s Organisations. The NAWO is an umbrella organisation for over 100 organisations and individuals based in England. All members are concerned to ensure women gain access to their human rights, and to make equality between women and men a reality.

www.nosotras.it Nosotras è un gruppo di donne di diversa provenienza che si occupano della promozione dei diritti e della salute delle donne e ne favoriscono lo scambio interculturale.

www.ondaosservatorio.it O.N.D.A., Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, si occupa di studiare le principali patologie che colpiscono l’universo femminile e di proporre strategie di prevenzione primarie e secondarie, promuovendo una cultura della salute di genere.

www5.who.int/violence_injury_prevention/ OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, World Report on violence and health.

www.pariopportunita.gov.it Sito Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

www.sicilia-fse.it/ e **www.euroinfoscilia.it** Siti ufficiali della regione Siciliana sui programmi FSE e FESR.

www.unfpa.org UNFPA, the United Nations Population Fund, is an international development agency that promotes the right of every woman, man and child to enjoy a life of health and equal opportunity. UNFPA supports countries in using population data for policies and programmes to reduce poverty and to ensure that every pregnancy is wanted, every birth is safe, every young person is free of HIV, and every girl and woman is treated with dignity and respect.

www.unwomen.org UN Women, the United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, created by the United Nations General Assembly in July 2010.

http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-egms-gplahpaw.htm Good practices in legislation to address harmful practices against women.

www.violences.fr Sito francese per le professioni della sanità sulla violenza domestica.

www.vitadidonna.it Associazione per la tutela della salute femminile fornisce gratis consulenze, assistenza telefonica e via mail per qualsiasi problema della salute e della sessualità femminile.

www.who.int Portale ufficiale dell’OMS Organizzazione Mondiale della Salute - autorità di direzione e coordinamento a livello internazionale nel settore sanitario all’interno dell’ONU.

http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf Sito Unicef.

www.eurosocialesalud.eu/proyecto Sito del progetto per la coesione sociale e la salute in America Latina, sezione La violencia de género en el siglo XXI, respuesta intersectorial.

www.inmp.it Sito ufficiale dell’INMP - Istituto Nazionale per la Salute, Migrazione e Povertà. L’INMP è una struttura pubblica, sotto il controllo del Ministero della Salute, che fornisce servizi di assistenza sociale e sanitaria a tutti i cittadini, italiani e stranieri.

www.irisagainstviolence.it Sito del Progetto Iris – Interventi di contrasto alla violenza verso le donne: ricerca e sperimentazione di sportelli specializzati. L’intervento prevede una ricerca azione sulle violenze di genere ed in particolare sulle pratiche tradizionali dannose a cui vengono sottoposte le donne come

matrimonio forzato, rapporti sessuali obbligati, mutilazioni genitali e violenze contro le lavoratrici domestiche e la sperimentazione di servizi integrati sociosanitari.

Mutilazioni Genitali Femminili

Bibliografia

AAVV, INMP - *Migrazioni internazionali e salute - Manuale pratico per operatori sanitari*, Progetto Marenostrum JLS/2008/ERFX/CA/1031 finanziato con il Fondo Europeo per i rifugiati, 2011.

Salvatore Geraci, *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?*, Carocci Editore, Roma, 2001.

Franca Bimbi, Alberta Basaglia (a cura di), *Violenza contro le donne. Formazione di genere e migrazioni globalizzate*, Milano, Guerini e associati, 2011.

Giuliana Candia (a cura di), *Le mutilazioni genitali femminili nel Lazio. Conoscenze ed esperienze tra le comunità migranti e gli operatori dei servizi territoriali*, Roma, Sviluppo locale edizioni, 2009.

Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, *Immigrazione – Dossier Statistico 2011 XXI Rapporto*, Pomezia, Artigrafiche, 2010.

Decreto 4 luglio 2003 – Regione Siciliana Assessorato alla Sanità, *Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*.

Marnia Lazreg, *Sul velo. Lettere aperte alle donne musulmane*, Milano, Il Saggiatore, 2011.

Legge n. 7 del 2006, *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di Mutilazione Genitale Femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*.

Els Leye and Alexia Sabbe, *Overview Of Legislation In The European Union To Address Female Genital Mutilation: Challenges And Recommendations For The Implementation Of Laws*, International Centre for Reproductive Health Ghent University, Belgium, 2009.

Maura Misiti, Francesca Rinesi, *Conoscenze e immagini delle MGF: un'indagine sugli operatori dei servizi territoriali*, in G. Candia (cit.), 2009.

Letizia Parolari, Graziella Sacchetti, *Donne immigrate: gravidanza e maternità* Roma, Carocci Editore, 2001.

Regione Siciliana Gruppo di lavoro a supporto, Silvia Raudino, Giovanna Benigno, Adriana Ferrara, Raffaella Radocchia, *Conversazione in Sicilia sullo stato dei servizi per i Migranti*, PON Governance 2007-2013 Asse II Obiettivo Operativo II.4, 2010.

Sitografia specifica o da cui trarre informazioni

www.aied.it Associazione Italiana per l'Educazione Demografica. Scopi dell'AIED sono: diffondere il concetto della procreazione libera e responsabile; realizzare ed incoraggiare studi e ricerche finalizzati ad affrontare ed approfondire i temi ed i problemi demografici; combattere ogni discriminazione tra uomo e donna ed ogni forma di violenza sessuale e di violenza sui minori, fornendo assistenza e tutela - anche legale - alle persone che ne siano vittime.

www.irisagainstviolence.it Sito del Progetto Iris – Interventi di contrasto alla violenza verso le donne: ricerca e sperimentazione di sportelli specializzati. L'intervento prevede una ricerca azione sulle violenze di genere ed in particolare sulle pratiche tradizionali dannose a cui vengono sottoposte le donne come matrimonio forzato, rapporti sessuali obbligati, mutilazioni genitali e violenze contro le lavoratrici domestiche e la sperimentazione di servizi integrati sociosanitari.

www.sigo.it SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia.

www.tramaditerre.org Associazione Trama di Terre – Centro Interculturale di Donne di Imola nata dall'incontro di donne native e migranti ha come obiettivo la creazione di maggiori spazi di autonomia e partecipazione per le donne migranti e native della città, nell'ottica di una piena attuazione dei diritti di uguaglianza, pari dignità sociale e di cittadinanza.

www.unar.it UNAR - Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Promuove la parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza e sull'origine etnica.

www.un.org Portale ufficiale dell'ONU Organizzazione delle Nazioni.

www.aidos.it AIDOS Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo. Organizzazione non governativa che dal 1981 lavora nei paesi in via di sviluppo, in Italia e nelle sedi internazionali per promuovere e tutelare i diritti, la dignità e la libertà di scelta delle donne del Sud del mondo.

www.irpps.cnr.it Sito ufficiale dell'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche. L'IRPPS è un Istituto interdisciplinare di ricerca che svolge studi su tematiche demografiche e migratorie, sui sistemi di welfare e sulle politiche sociali, sulla politica della scienza, della tecnologia e dell'alta formazione, sui rapporti tra scienza e società, su creazione, accesso e diffusione della conoscenza e delle tecnologie dell'informazione.

www.aogoi.it Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. La AOGOI è una grande comunità scientifica, con più di 5000 aderenti, punto di riferimento fondamentale della Ginecologia Italiana, all'avanguardia nella ricerca scientifica in campo ostetrico e ginecologico.

www.donnemedico.org Sito dell'Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M.), fondata a Salsomaggiore Terme il 14 ottobre 1921. È un'associazione apartitica e aconfessionale senza fini di lucro. Fa parte della Medical Women's International Association (MWIA). Tra i propri compiti l'associazione promuove e valorizza il lavoro della donna medico in campo sanitario e la collaborazione fra le donne medico.

www.endfgm.eu End FGM, campagna Europea contro le Mutilazioni Genitali Femminili creata da Amnesty International in collaborazione con NGOs.

www.emergency.it Sito di Emergency, associazione italiana indipendente e neutrale, nata per offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà. Emergency promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani.

www.medmedia.org Mediterranean Media – Associazione Internazionale delle Donne per la Comunicazione promuove una politica internazionale delle donne tesa alla valorizzazione delle differenze culturali, sociali e biografiche.

www.ministerosalute.it Sito ufficiale del Ministero della Salute.

www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram /MultiProfessional Sito del Progetto PRO TRAIN: Migliorare la formazione multiprofessionale e sanitaria in Europa - Le buone pratiche nella prevenzione della violenza (2007-2009), finanziato dalla Commissione Europea - Programma Daphne. Sono presenti moduli formativi per operatori sanitari e multiprofessionali per lavoro di rete.

www.iss.it Istituto Superiore di Sanità principale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale con funzioni di ricerca, consulenza, formazione e controllo applicate alla tutela della salute pubblica.

Matrimoni Forzati

Bibliografia

AAVV, *Rapporto Ombra Italia* - 2011, Elaborato dalla piattaforma italiana "Lavori in Corsa: 30 anni CEDAW".

Edwige Rude-Antoine, *Les mariages forcés dans les États membres du Conseil de l'Europe Législation comparée et actions politiques* Direction générale des droits de l'homme Strasbourg, 2005.

Cheryl Thomas, *Forced And Early Marriage: a focus on central and eastern Europe and Former Soviet Union Countries With Selected Laws From Other Countries*, Director, Women's Human Rights Program, The Advocates for Human Rights Minnesota USA, United Nations Economic Commission for Africa Expert Group Meeting on good practices in legislation to address harmful practices against women, 2009.

COE, *Risoluzione del Parlamento europeo sull'immigrazione femminile: ruolo e condizione delle donne immigrate nell'Unione europea* (2006/2010 INI).

COE, *Les mariages forcés dans les États membres du Conseil de l'Europe Législation comparée et actions politiques* (Edwige Rude-Antoine, CERSES/CNRS, 2005).

WHO, *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, World Health Organization, 2005.

Sitografia specifica o da cui trarre informazioni

www.irisagainstviolence.it Sito del Progetto Iris – Interventi di contrasto alla violenza verso le donne: ricerca e sperimentazione di sportelli specializzati. L'intervento prevede una ricerca azione sulle violenze di genere ed in particolare sulle pratiche tradizionali dannose a cui vengono sottoposte le donne come

matrimonio forzato, rapporti sessuali obbligati, mutilazioni genitali e violenze contro le lavoratrici domestiche e la sperimentazione di servizi integrati sociosanitari.

www.osce.org/gender OSCE The Organization for Security and Co-operation in Europe

Il sito contiene nella sezione documenti varie pubblicazioni sulle misure di sicurezza messe a punto in Europa comprese le buone pratiche per combattere la violenza contro le donne nei paesi dell'OSCE, ad esempio Bringing Security Home: Combating Violence Against Women in the OSCE Region - A Compilation of Good Practices (June 2009).

www.tramaditerre.org Sito dell'associazione Trama di terre, che nasce a Imola nel 1997 dall'incontro di donne native e migranti ed ha molto lavorato in tema di matrimoni forzati. Sul sito è presente una sezione specifica con materiali, ricerche e documentazione in tema, sia riferiti ad esperienze italiane che straniere.

www.southallblacksisters.org.uk Southall Black Sisters, a not-for-profit organisation, was established in 1979 to meet the needs of black (Asian and African-Caribbean) women. Our aims are to highlight and challenge violence against women; empower them to gain more control over their lives; live without fear of violence; and assert their human rights to justice, equality and freedom.

www.retepariopportunita.it Sito del Governo italiano che offre informazioni, documenti, indagini e normative in tema di tutte le forme di violenza ivi compresi i documenti comunitari su matrimoni forzati e MGF.

Siti dei partner del progetto

www.leonde.org Sito de Le Onde Onlus, associazione palermitana di donne che opera dal 1992 e che nel 1997 si costituisce in ONLUS, con la mission di produrre azioni di sistema e attività specifiche (ivi compresi la gestione di servizi) volte al contrasto del fenomeno della violenza verso le donne, le/i bambine/i. Capofila del progetto Iris.

www.centreantigona.uab.cat Sito del gruppo Antigona dell'Università Autonoma di Barcellona, partner del progetto Iris. Formato da un gruppo di studiose, è un centro di osservazione, risorse e iniziative su donne e diritti in un'ottica di genere.

www.centroananke.it Sito ufficiale del Centro antiviolenza Ananke della città di Pescara, partner del progetto Iris.

www.irpps.cnr.it Sito ufficiale dell'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

www.ospedalecervello.it e **www.villasofia.it** Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo, partner del progetto Iris.

www.ospedalecivicopa.org Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, partner del progetto Iris.

www.ospedalebuccherilaferla.it Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, partner del progetto Iris.

www.policlinico.pa.it/portal/ Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone di Palermo.

www.asptrapani.it Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, partner del progetto IRIS con l'Ospedale Abele Ajello di Mazara del Vallo.

www.provincia.trapani.it Sito ufficiale della Provincia regionale di Trapani.

www.comune.mazara-del-vallo.tp.it Portale ufficiale del Comune di Mazara del Vallo, territorio coinvolto dalle azioni del progetto Iris.

www.asppalermo.org Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, partner associato del progetto Iris.

Bibliografía

- Alcale Sánchez, M.** “Análisis del Código Penal en materia de violencia de género contra las mujeres desde una perspectiva transversal”, en VILLACAMPA ESTIARTE, C. Coord. (2008): *Violencia de Género y sistema de justicia penal*, Tirant lo blanch, Monografías, Valencia, 2008
- Amnistía Internacional** *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*; EDAI, versión digital en <https://doc.es.amnesty.org>, 1997
- Amnistía Internacional** *Más riesgos y menos protección: Mujeres Inmigrantes en España frente a la Violencia de género*, En www.amnistiainternacional.org, 2007
- Amnistía Internacional** *Obstinada realidad, derechos pendientes tres años de ley de medidas de protección integral contra la violencia de género*, En www.amnistiainternacional.org, 2008
- Amnistía Internacional** *Una vida sin violencia para mujeres y niñas. Las otras víctimas de la violencia de género: violencia sexual y trata de personas*, En www.amnistiainternacional.org, 2009
- An-Na'im, Abdullahi** *Forced marriage*, Paper for School of Oriental and African Studies (SOAS). University of London, 2000
- Barnes, Gill** (1998), *Nenes mares (The child brides)*. Vídeo emès a 60 minuts, Canal 33, al 2001.
- Baron, E. y Denmark, F.L.** “An exploration of female genital mutilation”, en *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1087: 339-355; New York Academy of Sciences, New York, 2006
- Bodelón, E.** “La violencia contra las mujeres y el derecho no androcéntrico: pérdidas en la traducción jurídica del feminismo”, en Laurenzo, P., Maqueda, M.L. y Rubio, A. (coords.), *Género, Violencia y Derecho*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, pp. 275-299), 2008a
- Bodelón, Encarna** “De la seguridad a los derechos: el debate sobre la violencia de género en el ámbito jurídico y en el movimiento feminista”, en Bergalli, R.; Rivera Beiras, I. y Bombini, G. (comps.), *Violencia y sistema penal*, Editores del puerto, Buenos Aires, 2008, pp. 73-88.
- Carrasco Bengoa, Cristina**, “Mujeres y trabajo: entre la invisibilidad y la precariedad”, en Josefina Birulés Bertrán y María Ángeles Vivas Larray, *Mujer y trabajo: entre la precariedad y la desigualdad*, pp. 141-164. Madrid: CGPJ, 2007
- CEAR**, *La situación de las personas refugiadas en España Informe 2009*, Entitema, Madrid, 2009
- Colectivo Ioé**, *La inmigración extranjera en el sector de la construcción de Madrid. Su situación desde la perspectiva de la seguridad y salud laboral*, En <http://www.colectivoioe.org>, 2005
- De Lucas, Javier**, Prólogo en *La situación de las personas refugiadas en España Informe 2009*, Entitema, Madrid, 2009
- Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació**, *Procediment de prevenció i atenció policial dels matrimonis forçats*, juny 2009.
- El Hadri, Souad**, *Los derechos de la mujer en el Islam y su estatuto personal en el Magreb (Marruecos, Argelia y Túnez)*. Valencia: Fundación Cei Migra, 2009
- El País**, 26.04.2010 “La tragedia de las niñas-novias”.
- El País**, 7.03.2009.
- Facio, Alda y Lorena Fries** *Género y Derecho*. Santiago de Chile, La morada, 1999
- García Ruiz, Yolanda**, *Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género*, Madrid, Fundación Alternativas, 2007
- Johnsdotter, Sara** *The FGM Legislation Implemented: experiencias from Sweden*, En <http://www.uv.es/CEFD/17/Johnsdotter.pdf>, 2009
- Juliano, D.** *Fronteras de género*. Revista Mugak Nº 9/10, setiembre/1999-marzo 2000, pp. 7-10.
- Juliano, Dolores**, *Excluidas y marginales*. Madrid, Cátedra, 2004
- Kaplan Marcusán, Adriana y López Gay, Antonio** *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*, Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 2010
- Kofman, Eleonore** “Gender Global Migrations”, en *International Feminist Journal of Politics*, 6:4 diciembre 2004, pp. 643-65.
- La Torre, Elena; Gemma Nicolás Lazo; Aura Roig; Julieta Vartabedian**, *Els recursos d'acolliment per a les*

dones sobreviscudes a la violència masclista dins la parella. Un estudi comparat entre les ciutats de Barcelona, Bilbao i Sevilla. Investigación subvencionada por el Institut Català de les Dones, (2009)

Labaca Zabala, María Lourdes “La protección de la monogamia en el matrimonio celebrado en forma religiosa II”, *Revista IMES de Direito*, Año 5, Núm. 10, 2005.

Larrauri, Elena *Mujeres, derecho penal y criminología.* Madrid: Siglo XXI, 1994

Lucas, Bénédicte “Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o Mutilación Genital Femenina”, en *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho* Nro. 17, 2008.

Lucas, Bénédicte “Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal”, en *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, Año: 2008, Número: 17, 2008

Martínez i Castells, À. y Casanueva Artís, A. La crisis en femenino plural, *Revista de Economía Crítica*, nº9, primer semestre 2010, pp. 53-75.

Merino Sancho, Víctor “Derecho de asilo y género. ¿Ha evolucionado el derecho de asilo?”, en *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, Nº. 17, 2008

Mestre, R. “Género y Migración en el Estado Español”, en *Revista Mugak* Nº 9/10, setiembre/1999-marzo 2000, pp. 11-16.

Mestre i Mestre, Ruth, “Dea Ex Machina”, en Harresiak Apurtuz, *Mujeres migrantes, viajeras incansables*, pp. 41-53. Bilbao: Harresiak Apurtuz, 2006

Mestre i Mestre, Ruth “Mujeres, nueva ciudadanía y trabajo ¿de qué mujeres hablamos?”, en FREIXENET MATEO, MARIA, comp. *Dones migrades treballadores. Anàlisi i experiències locals contra la desigualtat*, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona, pp. 75-106, 2010.

Miguel Juan, Carmen “La mutilación genital femenina, derecho de asilo en España y otras formas de protección internacional”, en *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho* Nro. 17, 2008

Organización Mundial de la Salud, *Nota descriptiva N°241*, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>,. Febrero de 2010

Oso, Laura “Trayectorias de movilidad ocupacional de las mujeres latinoamericanas en España”, en FREIXENET MATEO, MARIA, comp. (2010): *Dones migrades treballadores. Anàlisi i experiències locals contra la desigualtat*, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona, pp. 143-161, 2010

Parella, Sònia “Dones migrades a Catalunya: eines conceptuals per tal d’interpretar els seus patrons de segregació laboral i les seves trajectòries”, en FREIXENET MATEO, MARIA, comp. *Dones migrades treballadores. Anàlisi i experiències locals contra la desigualtat*, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona, pp. 15-46, 2010

Torres Fernández, María Elena “La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado”, en *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho* Nro. 17, 2008

Precarias a la deriva, *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina.* Madrid: Traficantes de sueños, 2004

Parrot, Andrea y Nina Cummings, *Forsaken females. The global brutalization of women.* New York: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2006

Rubio, Fina *La Bastida. Desigualtats de gènere ene. Mercat de treball.* Barcelona: Fundació Surt, 2008

Sampedro, Pilar (2009), “Matrimonio, violencia y sociedad patriarcal. El matrimonio forzoso en Afganistán”, en Coletivo Milenta Mujeres y Moces, *Anillos como esposas. Afganistán y matrimonio*, Oviedo, 2009

Schmal, Nicole y Pilar Camps *Informe de recerca. Projecte Un recurregut per la normativa, la seva aplicació per les instàncies judicials i els itineraris de les dones víctimes de violència de gènere.* Investigación subvencionada por l’ICD, 2007

Torns, Teresa y Pilar Carrasquer “El perquè de la reproducció”, en *Papers* 59, pp. 99-108, 1999

Torns, Teresa; Pilar Carrasquer; Sònia Parella y C. Recio *Les dones i el treball a Catalunya: mites i certeses.* Barcelona: Institut Català de les Dones, 2007

World Health Organization: *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA, versió digital disponible a http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf

Indice

Ringraziamenti	pag.	3
Introduzione	»	5
Capitolo I		
IL QUADRO DELL'INTERVENTO, IL CONTESTO NORMATIVO	»	13
1.1 La normativa sovrazionale	»	13
1.2 La normativa spagnola e nella comunità autonoma della Catalunya	»	14
1.3 La normativa italiana	»	20
1.4 Le normative regionali: Sicilia e Abruzzo	»	21
Cap. II		
ANALISI DEL CONTESTO ITALIANO E REGIONALE	»	23
2.1 La presenza straniera in Italia	»	23
2.2 La Regione Sicilia: analisi di contesto	»	25
2.3 La Regione Abruzzo: analisi di contesto	»	31
Capitolo III		
VIOLENZA DI GENERE E PRATICHE TRADIZIONALI DANNOSE. I RISULTATI DELL'INDAGINE NEI SERVIZI SOCIOSANITARI DI SICILIA E ABRUZZO	»	37
3.1 La strategia di ricerca	»	37
3.2 Le caratteristiche del campione	»	38
3.3 I servizi	»	41
3.4 La formazione professionale e le esigenze conoscitive	»	45
3.5 Le rappresentazioni della violenza	»	46

3.5.1	Diffusione e visibilità della violenza	»	47
3.5.2	La violenza sessuale	»	53
3.5.3	La lettura della violenza contro le donne	»	55
3.5.4	Conoscenza del fenomeno della violenza	»	57
3.6	La violenza sulle donne migranti	»	59
3.6.1	Caratteristiche dell'utenza migrante	»	68
3.6.2	Le donne migranti	»	70
3.6.3	La violenza sulle donne migranti	»	72
3.7	Le Pratiche tradizionali dannose	»	80
3.7.1	Le mutilazioni genitali femminili	»	82
3.7.2	Atteggiamenti verso il fenomeno MGF	»	88
3.7.3	L'esperienza diretta	»	91
3.8	Conclusioni	»	94

Capitolo IV

LO STUDIO REALIZZATO IN CATALUNYA	»	101	
4.1	Mutilazioni Genitali Femmini (MGF)	»	103
4.1.1	Conoscenza del fenomeno	»	103
4.1.2	Conoscenza degli strumenti	»	105
4.1.3	Punti di vista e percezioni	»	107
4.1.4	Protocolli: punti forti e punti deboli	»	112
4.1.5	Le richieste	»	119
4.2	Matrimoni forzati (MF)	»	120
4.2.1	Conoscenza del fenomeno	»	120
4.2.2	Conoscenza degli strumenti	»	123
4.2.3	Le percezioni / opinioni	»	124
4.2.4	Protocolli: punti forti, punti deboli	»	126
4.2.5	I bisogni	»	128

Capitolo V

LO STUDIO REALIZZATO IN SICILIA	»	131	
5.1	La ricerca	»	134
5.2	Il quadro generale	»	135
5.3	La formazione degli operatori/trici	»	136
5.4	Protocolli e servizi	»	140
5.5	Gli atteggiamenti degli/delle operatori/trici verso la violenza di genere	»	143
5.6	Le mutilazioni genitali femmini e i matrimoni forzati	»	147

Capitolo VI	
LO STUDIO REALIZZATO IN ABRUZZO	» 151
6.1 Formazione	» 152
6.2 Percezione ed opinioni	» 153
6.3 Chi arriva nei servizi: Esperienza, pratica nei servizi	» 160
6.4 Come è organizzato il servizio (Reti, Protocolli e Procedure) e cosa sarebbe utile (richieste e bisogni)	» 165
Capitolo VII	
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	» 175
7.1 Le indagini italiane	» 176
7.1.1 La percezione e la conoscenza	» 176
7.1.2 Politiche di accoglienza e presa in carico	» 177
7.1.3 Utenza migrante e pratiche tradizionali dannose	» 180
7.2 Le indagini in Spagna: il caso Catalogna	» 183
7.3 Raccomandazioni	» 185
7.4 Oltre la ricerca-azione	» 187
RESUMEN DEL INFORME	» 191
1. Las investigaciones italianas	» 198
1.1 La percepción y el conocimiento	» 198
1.2 Políticas de acogida y asistencia	» 199
1.3 Usuarios/as migrantes y prácticas tradicionales perjudiciales	» 202
2. Las investigaciones en España: el caso de Cataluña	» 205
3. Recomendaciones	» 208
4. Más allá de la investigación-acción	» 210
Bibliografía italiana	» 213
Bibliografía spagnola	» 218



ARTI GRAFICHE
PALERMITANE

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2011