



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

Rapporto ricerca Abruzzo

*Roberta Pellegrino
Michela Salvucci*



www.irisagainstviolence.it



UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona



Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONNE
DI PALERMO



Presidio Ospedaliero A. Ajello

Partner associati:

ASP Palermo – Comune di Pescara - AUSL Pescara Struttura di medicina e chirurgia d'Accettazione e Urgenza - AUSL Pescara Coordinamento Attività Consultoriali e 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 – ASL Teramo Dipartimento di Emergenza e U.O. Assistenza Consultoriale - Provincia di Teramo: Centro Antiviolenza Donne “La Fenice” e Centro Polivalente per Immigrati “Melting Point”

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.

"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 Ananke ONG – Pescara 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 dell'Associazione Ananke – Pescara e non possono in alcun modo essere considerate opinioni della Commissione Europea."

Introduzione

Questa ricerca è stata realizzata con il Progetto *Iris Intervention sur les violences envers les femmes: recherche et mise en service des guichets spécialisés* n. JLS/2008/DAP3/AG/1246 – 30CE03119160027. Intervento transnazionale realizzato in Italia e Spagna grazie al cofinanziamento della Commissione Europea nell'ambito del Programma Daphne III. Il progetto ha voluto affrontare il tema, identificato tra le priorità dal Programma, delle *Violenze e abusi commessi nei confronti dei donne e giovani donne, allorquando queste violenze siano legate a pratiche tradizionali dannose*.

L'intervento, utilizzando la metodologia della ricerca azione, ha previsto un'indagine sulla violenza di genere verso le donne, con uno specifico focus su matrimoni forzati, rapporti sessuali obbligati, mutilazioni genitali e molestie sessuali nei luoghi di lavoro, con un'attenzione particolare alle situazioni delle donne immigrate, ed ha esaminato come i diversi sistemi di intervento si occupano della prevenzione e della presa in carico di queste situazioni. In una seconda fase, basandosi sulle evidenze emerse dalla ricerca, ha sperimentato un servizio innovativo diretto alle donne, con l'attivazione di sportelli specializzati presso alcuni nodi delle reti locali, individuati quali punti di accesso al sistema socio sanitario, per fornire un aiuto concreto alle vittime delle varie forme di violenza esaminate, in raccordo con i centri antiviolenza presenti sul territorio. Si sta sperimentando, con questa modalità, lo sviluppo di una integrazione funzionale che possa mettere in connessione tutte le agenzie sociali, sanitarie e delle forze dell'ordine al fine di realizzare il progetto di uscita dalla violenza.

Il partenariato di cui si è avvalso il progetto, si è fondato su relazioni e collaborazioni che l'Associazione Le Onde ha saputo costruire nel tempo e si è basato sulla convinzione, che ha accomunato tutto il gruppo di lavoro, della necessità di agire in rete per dare voce a tutte le forme di violenze che le donne subiscono nei diversi contesti culturali in cui vivono e da cui provengono riconoscendole come tali. Nel

contempo il progetto tende a sostenere processi di *empowerment*¹, attraverso la definizione di raccomandazioni da diffondere a livello locale per incoraggiare cambiamenti trasformativi che partano dall'interno delle organizzazioni e degli enti pubblici. Inoltre, si intendono affrontare anche quegli elementi di criticità delle pratiche e delle politiche di contrasto alla violenza che creano le condizioni di un allontanamento da una prospettiva politica di *empowerment*² femminile.

A livello italiano il partenariato, composto da Le Onde Onlus e l'Associazione Ananke, è nato dal confronto tra soggetti sulle esperienze 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 di Barcellona, partner transnazionale del progetto, aveva collaborato con Le Onde per il supporto scientifico al Progetto Fare Rete, finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 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, a partire dall'esperienza spagnola. Il contatto e la collaborazione coi poli sanitari per l'emersione del fenomeno ed un'adeguata presa in carico delle vittime, avvenuta in seguito al progetto Daphne "V.eR.S.O.", hanno fornito l'elemento ulteriore di costruzione dell'intervento. Le esperienze maturate hanno posto in rilievo come fosse necessario ipotizzare azioni specifiche di prevenzione e contrasto alla violenza per le donne straniere, con attenzione a quelle forme di violenza legate a pratiche tradizionali, le più "invisibili" nei contesti sociali poiché avvengono in ambito familiare o nelle comunità di appartenenza, pratiche presenti in alcuni contesti sociali anche tra le native.

¹ Assunti con forza per la prima volta all'interno della Piattaforma di Pechino 1995 e divenuti anche nazionalmente obiettivi strategici nelle programmazioni delle politiche locali. L'Italia ha recepito le indicazioni pervenute dalla Conferenza di Pechino attraverso il D.P.C.M. 27 marzo 1997 (Direttiva Prodi – Finocchiaro) identificando nella "Acquisizione di poteri e responsabilità" l'obiettivo per raggiungere condizioni di *empowerment* per le donne.

² Per ulteriori riflessioni: Progetto DUG Diritti Umani di Genere – Franca Bimbi, Alberta Basaglia *La violenza contro le donne*, Milano, Guerini e associati 2011.

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.

I territori coinvolti nell'intervento sono dunque stati per l'Italia la Regione Siciliana, con la città di Palermo e la città di Mazara del Vallo, e per la Regione Abruzzo, la provincia di Pescara e di Teramo, mentre per la Spagna la regione Catalogna, con la città di Barcellona.

Finalità principale dell'intervento è stata dunque quella di dare impulso ad una presa in carico socio sanitaria delle donne vittime di forme di violenza dovute a pratiche tradizionali. Forme che non sempre vengono riconosciute come violenza, tranne nei casi in cui le evidenze fisiche della stessa la impongano in quanto tale, ma che spesso invece vengono lette in termini culturali, si pensi ad es. alle violenze sessuali tra moglie e marito, ai matrimoni precoci e forzati o ai rituali di vedovanza ecc., "sia da parte di chi si schiera a favore del rispetto delle differenze e delle pratiche simboliche, credenze e habitus che fanno parte delle culture di altri gruppi, sia da chi le bolla come il portato di una tradizione insensata e disumana addirittura barbara, che minaccerebbe l'integrità culturale della nostra nazione [...] Da questa rappresentazione tetragona viene eliminata qualsiasi considerazione riguardo alle relazioni sociali interne ai gruppi minoritari, e alle trasformazioni determinate dalla migrazione"⁴.

Come già altri paesi europei e negli Stati Uniti, i paesi partner del progetto hanno riconosciuto come prioritario, anche alla luce del crescente aumento di richieste di aiuto da parte di donne straniere vittime di violenza⁵, l'attuazione di programmi politici e sociali volti a garantire la tutela delle donne immigrate dalle pratiche tradizionali nefaste. Sono infatti presenti leggi che vietano esplicitamente le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), mentre altre forme di violenza, come il matrimonio forzato, non sono ancora oggetto di indicazioni normative. In Italia si introduce con la L. 7 del 2006 il reato di "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili" e vengono istituite Linee guida⁶ per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (Art. 4), in Spagna le MGF sono sanzionate penalmente dalla Ley

⁴ Elena Laurezi, *Identità forzate*, in *Altri femminismi. Corpi Culture Lavoro* T. Bertilotti, C. Galazzo, A. Gissi, F. Lagorio (a cura di) Manifestolibri. Roma 2006. Società Italiane delle Storiche. Teresa Bertilotti e Anna Scattigno (a cura di) *Il femminismo degli anni settanta*, Roma, Viella, 2005.

⁵ Dati raccolti dalle helpline attive in Italia 1522 e in Spagna 016 e dalle ricerche condotte a livello nazionale.

⁶ Destinate a figure professionali sanitarie ed altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile

Organica 11/2003, che modifica il Codice Penale, introducendo il nuovo reato di mutilazione genitale mediante modifiche all'art. 149 del C.P. ed è stato approntato un Protocol de prevenció de la mutilació genital femenina (Girona. Octubre del 2003), nella Regione Catalogna è istituito un Protocol de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. L'Università di Barcellona ha istituito un Grupo Interdisciplinar para la prevención y el estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

Le violenze evidenziate sono state affrontate attraverso una analisi, effettuata a partire dal contatto di queste donne con il sistema socio sanitario (ospedali, ambulatori sanitari, servizi sociali e per alcune tipologie polizia). Gli ospedali, gli ambulatori sanitari sono i luoghi privilegiati di possibile rilevazione di queste forme di violenza per le gravi conseguenze sulla salute⁷ che determinano tali pratiche (tra le quali l'utilizzo di IVG) e possono divenire l'ambito di primo contatto per un intervento più adeguato di presa in carico sociale, anche nel caso di paesi ove la clandestinità per le straniere non facilita l'accesso ai servizi per timore di denuncia (attualmente è il caso dell'Italia) e di rimpatrio.

L'OMS sottolinea 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 [...]"⁸.

L'arrivo delle donne che subiscono violenza (immigrate e non, legate a panorami culturali diversi) presso il servizio socio sanitario, si motiva e si riconosce spesso solo a causa delle lesioni riportate, in alcuni casi conseguenti a pratiche già effettuate, ma la violenza ha delle ripercussioni molto più profonde rispetto agli effetti immediati e visibili che provoca sulle vittime. E' difficile che vi sia una azione che prenda in considerazione le conseguenze psicologiche e sociali di tali atti. I servizi

⁷ Per approfondimenti sui problemi di salute, fisici e psichici, determinati dalla violenza e dai maltrattamenti si veda 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*, Franco Angeli, 2010 – WHO, Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, 2005.

⁸ OMS, *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Ginevra, WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2009.

sanitari non sempre hanno al proprio interno, figure specializzate per affrontare il carico delle problematiche connesse alla violenza, e non dispongono di luoghi e tempi adeguati al farsene carico. Considerare la violenza nei confronti delle donne priorità della sanità pubblica consente un'analisi multidimensionale del fenomeno per facilitare risposte multisettoriali.

La ricerca è partita con la ricostruzione degli scenari locali e dei contesti nazionali, attraverso un lavoro desk che ha raccolto informazioni socio demografiche, normativa, programmi, progetti, ecc.

L'indagine quantitativa ha indagato la presa in carico nelle situazioni di violenza dagli operatori e dalle operatrici sanitari nelle città di Palermo, Mazara del Vallo (Trapani), Pescara, Teramo e Barcellona. Lo strumento era finalizzato anche a descrivere la conoscenza dei fenomeni analizzati e l'uso delle procedure previste. In Italia il questionario è stato somministrato ad un campione composto da 250 operatori/trici dei servizi sanitari mentre a Barcellona è stata realizzata una ricerca di secondo livello sulle indagini già effettuate.

La parte quantitativa è stata accompagnata da interviste qualitative, realizzate sulla base di una griglia semistrutturata, attraverso 45 incontri con testimoni privilegiati dei sistemi locali di intervento e delle comunità straniere maggiormente presenti nelle città coinvolte. In Italia sono state raccolte alcune testimonianze di donne straniere vittime di violenza, che hanno raccontato la loro esperienza diretta con i servizi sanitari evidenziando criticità e punti di forza del sistema italiano.

Per fornire un'adeguata e più completa descrizione dei risultati ottenuti si è previsto la produzione di quattro rapporti di ricerca. Un Rapporto generale, in cui si definisce il quadro della ricerca quantitativa e qualitativa ed i risultati ottenuti complessivamente, e tre Rapporti locali - uno per la Regione Siciliana, uno per la Regione Abruzzo ed uno per la Regione Catalogna - dove si analizzano i contesti territoriali in cui si sono realizzate le azioni e si illustrano le evidenze emerse dall'indagine a livello locale.

Il presente rapporto locale di ricerca si sviluppa in due capitoli che descrivono prima il contesto in cui è avvenuta l'indagine: la regione

Abruzzo con specifica attenzione a due Province; successivamente i dati rilevati con la ricerca effettuata in questi territori.

Nel primo capitolo si fornisce una lettura analitica del contesto, partendo da una riflessione sulla popolazione immigrata presente nella regione Abruzzo, verso un'analisi delle normative e gli interventi delle politiche sociali a livello regionale a sostegno degli stranieri immigrati e delle donne vittime di violenza, binomio che ci porta alle riflessioni oggetto del nostro progetto. Si entrerà poi nelle specifiche realtà di Pescara e Provincia e di Teramo e Provincia cercando di avere un quadro socio-demografico dei territori per poi cercare di "dare uno sguardo" al fenomeno dell'immigrazione in questi territori. Importante è l'approfondimento riservato ai servizi socio-sanitari sia pubblici che privati che possono accogliere i bisogni dell'utenza migrante e nello specifico delle donne (con il progetto è stata prodotta una mappatura, la versione integrale si può trovare sul sito: www.irisagainstviolence.it) Si troverà infatti anche una descrizione dei servizi specializzati nel contrasto alla violenza di genere e nel sostegno delle donne.

Nel secondo capitolo si propone un lettura integrata dei dati elaborati con la ricerca quantitativa e qualitativa effettuate nei servizi socio-sanitari, nelle associazioni locali che si occupano di migrazione e nelle comunità straniere dei territori abruzzesi. Obiettivo di tale indagine è stato quello di rilevare la conoscenza degli operatori/trici in relazione alle tematiche della violenza nei confronti delle donne quando è legata a pratiche tradizionali dannose e la violenza verso le donne in generale e osservare l'operatività dei servizi in cui lavorano tali operatori/trici in termini di presa in carico e presenza di procedure e/o protocolli. Ciò è stato affrontato cercando di conoscere il "sapere generale" del campione intervistato, partendo dal reperire informazioni sulle esperienze formative, per raccogliere poi percezioni ed opinioni personali relative alle suddette tematiche ed infine reperire informazioni sull'esperienza pratica e quotidiana di accoglienza e presa in carico delle migranti presso i servizi.

Per approfondire i temi trattati e le azioni realizzate, si può visitare il sito www.irisagainstviolence.it in cui sono presenti anche banche dati sui riferimenti delle normative internazionali e comunitarie, oltre che nazionali, citate nel testo.

PARTE I

La Regione Abruzzo: analisi di contesto

Prima di analizzare i risultati conseguiti con le indagini previste dal progetto IRIS, cercheremo di descrivere sommariamente, attraverso i dati statistici, la situazione presente in Abruzzo all'avvio della ricerca e particolarmente nei due territori provinciali di Pescara e Teramo, interessati direttamente dalle attività del progetto.

La crescita demografica regionale ha seguito un andamento simile a quello riscontrato in tutta l'Italia meridionale ma con tassi più elevati, vicini a quelli registrati a livello nazionale: al 31 gennaio 2009, l'Abruzzo censiva 1.309.797 abitanti residenti di cui 650.752 maschi e 688.146 femmine, con una variazione positiva rispetto all'anno precedente dello 0,3%. L'incremento è effetto della compensazione tra il saldo naturale negativo (dove l'indicatore di mortalità è maggiore della natalità) a fronte di un saldo migratorio positivo (nel 2009 il saldo migratorio è stato pari a 7.298 unità). Tale informazione consente di delineare una prima caratterizzazione della demografia abruzzese. Il saldo naturale negativo indica un processo avanzato di recessione demografica endogena, in cui ai bassi indici di natalità si aggiungono primari meccanismi di migrazione interna della popolazione locale. Disaggregando i dati generali, emerge una costruzione demografica caratterizzata da imponenti regressioni nelle zone interne ed avanzamenti nelle zone costiere. Il numero medio di componenti per famiglia si attesta al valore di 2,5 a riprova dell'avanzamento del modello nucleare. Il saldo migratorio positivo è anche paradigma della riconversione produttiva-occupazionale, dove l'offerta aggregata di lavoro di bassa soglia attrae le risorse umane esogene e, dove, la domanda locale - anche a fronte di medi tassi di disoccupazione - focalizza i propri interessi nei settori economici avanzati (terziario, secondario avanzato, attività autonome, ecc.).

A fronte della crescita della popolazione, negli ultimi anni il sistema nazionale delle politiche sociali si è caratterizzato per la forte riduzione delle risorse disponibili. Nell'ambito di questa difficile situazione generale e a causa del suo enorme debito pubblico, la Regione Abruzzo è costretta a ripensare l'intero sistema regionale delle politiche sociali per riuscire a garantire i LIVEAS, i livelli essenziali d'assistenza.

1.1 L'immigrazione in Regione

La collocazione geografica dell'Abruzzo determina una forte attrattività per la popolazione immigrata, in particolare per i numerosi migranti provenienti dai paesi balcanici. Nel 2009 i residenti stranieri in Abruzzo risultavano 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 (circa 21.000), seguita dall'aquilano (poco più di 19.000), dal teatino (poco meno di 17.000) e dal pescarese (poco più di 12.500).

1.2 La Normativa Regionale

A livello regionale, in applicazione della normativa nazionale dell'art.18 della Legge Bossi-Fini, presso le Prefetture sono stati istituiti gli Sportelli Unici per l'Immigrazione per il disbrigo delle pratiche relative alle procedure di prima assunzione per un lavoratore non comunitario residente all'estero e di ricongiungimento familiare.

La Regione Abruzzo, in armonia con la normativa dell'Unione Europea, in particolare con la Convenzione europea sui diritti e le libertà fondamentali, si è dotata nel 2004 della Legge Regionale "Interventi a sostegno degli stranieri immigrati" (L. R. 46/2004). Il fine non è solo di riconoscere e tutelare i diritti di libertà fondamentali degli stranieri immigrati e delle loro famiglie, comunque presenti sul territorio abruzzese, assicurando condizioni di uguaglianza con i cittadini italiani, nel godimento dei diritti civili, ma anche di rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscano il loro pieno inserimento nel territorio abruzzese. Nella legge si fa pertanto riferimento alla tutela culturale dei migranti, interculturalità e integrazione (art.7) e al diritto all'assistenza sanitaria (art.8), garantendo la fruizione delle prestazioni sanitarie con le modalità conformi alla normativa nazionale concernente i cittadini italiani. A tale scopo la legge fornisce direttive rivolte alle Aziende sanitarie e ospedaliere perché si adoperino ad assumere tutte le iniziative che consentano la trasparenza e la fruibilità delle suddette prestazioni, accessi, campagne di prevenzione collettiva, indagini epidemiologiche. Infine, in tema di protezione sociale (art.10), 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” prevedendo “interventi di accoglienza, di rieducazione e di inserimento socio-lavorativo”. In attuazione della L.R. 46/2004, la Regione Abruzzo ha approvato⁹ il Piano Triennale regionale degli interventi e delle attività a favore degli stranieri immigrati - Triennio 2011-2013.

Nel 2006 è stata emanata la Legge Regionale 31/2006 “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate” in attuazione della Dichiarazione e del Programma d'azione della IV Conferenza mondiale sulle donne di Pechino. La legge riconosce che “ogni forma o grado di violenza contro le donne costituisce un attacco all'inviolabilità della persona e alla sua libertà” ed assicura il sostegno delle “donne che incontrano l'ostacolo della violenza” (art.1). A tale proposito riconosce il carattere decisivo dell'attività svolta dai centri antiviolenza operanti sul territorio regionale (art.2). Di questa attività sottolinea sia gli interventi diretti di aiuto alle donne vittime di violenza ed ai loro figli attraverso l'accoglienza ed il sostegno alla costruzione di nuovi progetti di vita, sia la realizzazione di progetti di rete, quale azione integrata contro la violenza alle donne. Inoltre, nel descrivere le attività dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza, sancisce che ad essi possono rivolgersi tutte le donne, sole o con figli minori, indipendentemente dal loro status giuridico o di cittadinanza.

Recentemente¹⁰ il Consiglio Regionale ha approvato il Piano Sociale Regionale 2011-2013, al quale è affidato, in via generale, il compito di selezionare le priorità d'intervento, di definire le risorse disponibili, di precisare le modalità di funzionamento del sistema integrato e di verificare i risultati raggiunti. Il Piano si articola in quattro sezioni tematiche: area minori, giovani e famiglie; area persone diversamente abili; area anziani; area interventi specifici. Per ogni area, ad eccezione dell'area interventi specifici, sono previsti macro obiettivi (obbligatori per ogni ambito) e obiettivi concorrenti (non obbligatori). Tra gli obiettivi obbligatori essenziali (LIVEAS) area minori giovani e famiglia è

⁹ Determinazione del Consiglio Regionale l.n. 76/4 del 05/04/2011

¹⁰ Con Deliberazione n. 75/1 del 25 marzo 2011, pubblicato sul B.U.R.A. Speciale n. 20 del 30 marzo 2011

previsto l'incremento di politiche di contrasto al fenomeno della violenza, violenza domestica ai danni delle donne, bambini, child abuse, attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni.

1.3 Analisi Territoriale - Pescara e Provincia

Il quadro socio demografico della Provincia di Pescara si presenta molto sfaccettato e dinamico, caratterizzato dalla prevalente presenza femminile sul territorio, da un incessante processo di senilizzazione della popolazione residente, dalla tendenza al popolamento dei centri più piccoli dell'area metropolitana e dall'incremento del numero di stranieri residenti. **Dai dati Istat, al 1 gennaio 2009 la popolazione residente nella provincia di Pescara risulta essere pari a 319.209 unità di cui 153.739 maschi (48%) e 165.470 femmine (52%).** I comuni più popolosi della provincia (come Montesilvano, Spoltore e Città Sant'Angelo) hanno registrato un costante e considerevole aumento della popolazione residente, anche a causa dei movimenti migratori degli stranieri, a fronte del sostanziale arresto della crescita demografica che interessa la città capoluogo. Rispetto al 2007, infatti, si è registrato un incremento demografico ed un conseguente aumento della densità media solo ed esclusivamente nell'ambito 32, Comune di Montesilvano, e nell'ambito 33 Area Metropolitana Pescara¹¹.

In linea con l'andamento nazionale, i valori totali della popolazione per sesso rivelano la **prevalenza del genere femminile** rispetto alla componente maschile; ma, aggregando i dati per classi d'età, si rileva che **nelle fasce più basse i maschi sono superiori alle femmine**, tra i 25 e i 45 anni si nota un processo di riallineamento, mentre per le fasce d'età successive il numero delle femmine tende a superare in modo considerevole quello dei maschi: tra gli over settantacinque le donne infatti costituiscono il 65%, fenomeno noto come **minore propensione fisiologica alla morte delle donne**. L'età media, sia per gli uomini che

¹¹ Il territorio provinciale pescarese è diviso in 5 ambiti: **Ambito 31:** Pescara; **Ambito 32:** Montesilvano; **Ambito 33:** Cappelle sul Tavo, Cepagatti, Città Sant'Angelo, Elice, Moscufo, Nocciano, Pianella, Spoltore; **Ambito 34:** Brittoli, Bussi sul Tirino, Carpineto della Nora, Castiglione, Catignano, Civitaquana, Civitella, Corvara, Farindola, Loreto Aprutino, Montebello di Bertona, Penne, Pescosansonesco, Picciano, Pietranico, Vicoli, Villa Celiera; **Ambito 35:** Abbateggio, Alanno, Bolognano, Caramanico Terme, Cugnoli, Manoppello, Lettomanoppello, Popoli, Roccamorice, Rosciano, Salle, San Valentino, Sant'Eufemia, Scafa, Serramonacesca, Tocco da Casauria, Torre dei Passeri, Turrialignani

per le donne, risulta piuttosto elevata, pari a 50 anni, indice che il **processo di invecchiamento della popolazione** è ormai un dato strutturale sul nostro territorio, in misura addirittura superiore a quello nazionale pari a 43 anni. La percentuale di popolazione anziana (con più di 65 anni) si conferma pari al 21% sul totale dei residenti e supera la percentuale della popolazione giovane (0-14 anni), che si attesta al 14%. 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. In particolare, sono sei i comuni della provincia con una concentrazione di anziani superiore al 30%: Brittoli, Corvara, Santa Eufemia a Maiella, Civitella Casanova, Pietranico e Carpineto; tra questi spicca il comune di Brittoli con una percentuale che raggiunge addirittura il 41%, mentre Cappelle sul Tavo, con il 15% di presenze, è il comune della provincia con la minore concentrazione di anziani. Va comunque evidenziato che i comuni più popolosi risultano tutti piuttosto giovani, con una percentuale di anziani sotto la media (Montesilvano 17%, Città Sant'Angelo 17%, Spoltore 16%), ad eccezione di Pescara che riscontra una presenza percentuale di anziani leggermente superiore alla media (23%). L'invecchiamento demografico comporta un elevato impegno economico per la fornitura di servizi agli anziani, infatti il 37,2% della spesa pubblica complessiva per la fornitura di servizi sociali è stata loro destinata.

I dati analizzati rendono evidente come il processo di senilizzazione nella provincia di Pescara risulti essere superiore alla media nazionale. A controbilanciare questa tendenza è la **popolazione immigrata 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, concorrendo in misura importante alla produzione di beni e servizi. Dal punto di vista demografico essi garantiscono alla popolazione un incremento naturale positivo e aiutano, nel breve-medio periodo, a ringiovanire la struttura per età del nostro territorio.

Anche l'analisi della distribuzione della popolazione rispetto allo stato civile offre spunti di riflessione interessanti: i cittadini celibi o nubili sono il 40%, di contro il numero di coniugati è pari al 51%. Ciò rivela che nella provincia di Pescara il matrimonio continua a rappresentare

un'istituzione importante, tanto che i matrimoni sono in crescita. Altra caratteristica che distingue la provincia di Pescara dall'andamento del fenomeno in Italia riguarda la divorziabilità: il numero di divorzi continua, infatti, a diminuire tanto che nel 2008 scende da 438 a 260; al contrario le separazioni risultano essere in aumento.

Altre informazioni preziose per comprendere il contesto sociale provinciale riguardano i nuclei familiari e le loro composizioni. Dai dati degli Uffici Anagrafe, nel 2008 risultano 109.500 famiglie, di cui il 38% con una o più persone anziane a fronte del 30% con presenza di minori: il modello che nettamente prevale è la **famiglia con un solo figlio**, modello che ha iniziato ad affermarsi a partire dagli anni 60 in cui si diffonde la concezione della maternità come scelta consapevole e in quanto tale strettamente collegata alla situazione lavorativa personale ed economica.

1.3.1 Uno sguardo al fenomeno immigrazione nella provincia di Pescara

La popolazione straniera residente nella provincia di Pescara, stando ai dati Istat del 2009, ammonta a **12.676** unità, con un'incidenza sul totale della popolazione residente pari al 4%, valore al di sotto della media nazionale che è del 6,5%. La crescita è stata esponenziale soprattutto negli ultimi anni. Va naturalmente evidenziato che le stime risentono dei limiti dovuti alla difficoltà di rilevare l'effettivo ammontare degli stranieri presenti illegalmente o irregolarmente sul territorio.

Distribuzione per cittadinanza: **Rumeni, Albanesi, Ucraini, Cinesi e Senegalesi**, risultano essere le comunità maggiormente presenti sul territorio. La distribuzione per cittadinanza degli stranieri non appare sostanzialmente modificata rispetto ai dati del 2007, piuttosto si è riscontrato un cambiamento nei loro tassi di crescita. Anche se si registra una crescita in quasi tutte le comunità, in alcune l'incremento è più evidente e significativo: è il caso delle popolazioni provenienti dalla Nigeria, dalla Romania, dal Marocco e dalla Bulgaria, che crescono rispettivamente del 39%, del 34%, del 32% e del 28%. Le comunità albanese e ucraina mantengono un ritmo di crescita elevato (+26% e +20%), mentre rallenta la comunità cinese (+9%) e quasi si

arresta quella senegalese.

Distribuzione territoriale: nei comuni di Pescara e Montesilvano si concentra il maggiore numero di stranieri, rispettivamente il 32,8% ed il 25,7% del totale degli stranieri residenti in provincia ma, se si vanno ad analizzare i dati sulle presenze rapportandoli a quelli sul totale residenti nei singoli comuni, sono nell'ordine Tocco da Casauria (8,8%), Torre dei Passeri e Picciano (entrambi con il 7,5%), e poi Montesilvano (6,6%) i comuni a più alta concentrazione di stranieri. Dai dati Istat 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, Città S. Angelo e Cappelle sul Tavo, e della comunità macedone che si concentra nell'entroterra pescarese tra Tocco da Casauria, Torre dei Passeri e Popoli, diversamente da rumeni e albanesi che sono presenti in modo pressoché significativo in tutti i comuni della provincia.

Distribuzione per sesso: il 55% del totale degli stranieri residenti nella provincia di Pescara è costituito dal sesso femminile. La femminilizzazione dell'immigrazione resta un segno distintivo del fenomeno in Italia e nella provincia di Pescara sembra essere particolarmente accentuato. L'universo delle donne immigrate è altamente articolato al suo interno, sia per i paesi di provenienza che per i progetti migratori; sono 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, sovente caratterizzate da un'incidenza percentuale prossima al 70%.

1.4 Analisi Territoriale - Teramo e Provincia

La provincia teramana ha visto un costante accrescimento della numerosità dei propri residenti nel corso dell'ultimo decennio. Nel 2008 **la popolazione residente teramana ha avuto un incremento rispetto al 2007 di 1,23 punti percentuali, passando da 306.067 a 309.838¹², di cui 151.418 maschi (49%) e 158.420 femmine (51%).**

¹² Sulla base dei dati Istat rilevati al 1 gennaio 2009

Considerando l'andamento demografico dal 2001 al 2008, la provincia di Teramo, insieme a quella di Pescara, ha registrato incrementi considerevoli della popolazione residente (pari a circa 8% per entrambe le province), superiori alla media regionale (che invece si attesta al 5,7%). Tale incremento si deve 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. Grazie anche alla presenza massiccia di stranieri di età compresa tra i 14 e i 44 anni (63% del totale), Teramo presenta un indice di vecchiaia di 1,52, inferiore a quello delle altre province abruzzesi.

I dati statistici della popolazione distinti per sesso mostrano una presenza femminile superiore a quella maschile, come accade anche nella provincia di Pescara. Aggregando i dati per classi di età, si rileva che i maschi sono in numero superiore alle femmine nelle fasce più basse mentre nelle fasce di età centrali, dai 45 ai 64 anni, la popolazione della provincia di Teramo risulta abbastanza bilanciata con il 25,6% di uomini e il 25,1% di donne.

Il 40,5% della popolazione teramana ha un'età compresa tra i 15 e i 44 anni, il 13,5% è costituito dai giovani fino ai 14 anni (cioè prima dell'età attiva), a fronte della categoria over 65, che rappresenta il 20,6% della popolazione residente: vale a dire che circa uno su cinque residenti rientra nella fascia anziana. **Si riscontra dunque anche nella provincia teramana una rilevante 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, come Pietracamela (6,71), Cortino (4,24), Fano Adriano (3,94), Valle Castellana (3,30) e Castelli (3,28) che presentano un rapporto anziani - giovani di tre a uno (o superiore). Gli ambiti territoriali¹³ maggiormente problematici, quindi, sono **Laga e Gran Sasso** che presentano un indice di vecchiaia pari rispettivamente a 1,99 e 1,92, equivalente a circa due anziani rispetto ad un giovane. La differenza di tali territori con quelli costieri, o prossimi alla costa teramana, è lampante: gli ambiti Vibrata, Tordino e Costa Sud (1 e 2) registrano indici di vecchiaia addirittura inferiori all'1,5, che equivale a

¹³ Il territorio della Provincia di Teramo è suddiviso in 8 Ambiti: Tordino, Vibrata, Fino-Vomano, Laga, Teramo, Gran Sasso, Costa Sud 1 e Costa Sud

3 anziani rispetto a 2 giovani.

Analizzando la popolazione rispetto allo stato civile si scopre che i cittadini celibi e nubili rappresentano il 40% della popolazione rispetto al numero di coniugati pari al 51%. Il dato rileva, come accade anche nella Provincia di Pescara, che il matrimonio rappresenta nel territorio un'istituzione importante; va tuttavia sottolineato che anche la popolazione celibe o nubile rappresenta una alta percentuale. **Dai dati degli Uffici Anagrafe del 2008, si contano 121.411 famiglie e un numero medio di componenti per famiglia pari a 2,5 a differenza della Provincia di Pescara dove prevale il modello familiare con un solo figlio.**

Esaminando i dati sul lavoro per genere, si nota che il numero di lavoratori registrati al 31/12/2008 presso i CPI della provincia di Teramo ammonta a **41.852** di cui **17.437 uomini** (pari al 41,66% del totale) e **24.415 donne** (pari al 58,33% del totale), dato che merita particolare riflessione in quanto il numero di lavoratrici registrato è molto elevato rispetto ai lavoratori.

1.4.1 Uno sguardo al fenomeno immigrazione in provincia di Teramo

Secondo la banca dati demografica dell'Istat, negli ultimi anni la popolazione immigrata nei comuni del teramano ha presentato un trend di crescita positivo, passando dai 13.314 stranieri presenti nel 2001 ai **20.922 del 2008**, di cui il 21,4% è costituito da minori. La crescita è stata esponenziale soprattutto negli ultimi anni, nel 2008 gli stranieri hanno infatti registrato **un incremento di 3.078 unità** rispetto all'anno precedente.

Distribuzione per cittadinanza: Gli stranieri della provincia di Teramo provengono per la maggior parte dall'**Albania** (24,3%, circa uno su quattro), dalla **Romania** (19,2%, circa uno su cinque) e dalla **Repubblica Popolare Cinese** (12,3%). Nel corso degli ultimi tre anni, la distribuzione sul territorio provinciale delle comunità di stranieri residenti è mutata considerevolmente. La presenza di albanesi, rumeni e cinesi, ovvero le nazionalità più numerose, ha visto dei picchi nel 2007 per poi ridimensionarsi a favore delle "altre nazionalità" nel 2008 (che quasi hanno raddoppiato il proprio volume).

Distribuzione territoriale: in provincia di Teramo, l'ambito più

interessato dalla presenza straniera continua ad essere **la Val Vibrata con 8.724 stranieri**, pari al 41,7% degli stranieri totali residenti nel territorio provinciale. Il comune con la più alta percentuale di popolazione residente straniera è **Martinsicuro con il 17,6%**, seguito da Alba Adriatica e Nereto (entrambi con il 12,5% di stranieri sul totale dei residenti). In generale, si può affermare che la costa teramana registri un numero di stranieri molto alto ma, considerando la percentuale degli stranieri sul totale dei residenti, balzano all'attenzione alcuni paesi dell'entroterra teramano (come Campi, Civitella del Tronto, Sant'Egidio alla Vibrata, Bellante, Controguerra, Corropoli, Sant'Omero, Castellalto e Penna Sant'Andrea) che registrano percentuali di stranieri superiori al 7% e un numero di minori stranieri abbastanza rilevante. **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.**

Distribuzione per età: il 63% della popolazione immigrata residente ha tra i 15 e i 44 anni, il 20% è rappresentato da minori fino a 14 anni, e solo il 3% appartiene alla fascia over 65; se ne desume che **la provincia teramana è caratterizzata da una forte e radicata presenza straniera con età adulta**. Va dunque evidenziato, come accade nel territorio pescarese, che gli stranieri presentano un'età lavorativa che favorisce il loro impiego in aree e settori dove la manodopera italiana giovanile scarseggia. Dal punto di vista demografico essi contribuiscono senz'altro a ringiovanire la struttura per età del territorio.

Distribuzione per sesso: relativamente al genere, tra gli stranieri, si registrano più donne che uomini: rispettivamente il 52,5% contro il 47,5%. Dall'analisi dei dati risulta evidente che **le donne straniere siano più numerose rispetto agli uomini** nelle classi di 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 dati¹⁴ riguarda le comunità maggiormente presenti sul territorio provinciale, esse sono infatti caratterizzate da un'elevata presenza maschile: infatti

14 I dati fanno riferimento a quelli riportati nel Rapporto Sociale della Provincia di Teramo che a loro volta sono stati elaborati dal software "Facile" in uso al Settore Politiche del Lavoro e Formazione Professionale della Provincia di Teramo

i maschi appartenenti alle comunità albanese e cinese sono superiori alle donne, a differenza della comunità rumena in cui prevale la componente femminile.

1.5 Uno sguardo ai servizi socio-sanitari e i servizi per i migranti sui territori

Una caratteristica che accomuna entrambi i territori provinciali è che le città di Pescara e di Teramo costituiscono enti monoambito, ovvero sono enti d'ambito a sé. Le due città capoluogo possiedono il maggior numero di residenti rispetto al resto del territorio provinciale e presentano la più alta concentrazione di servizi socio-sanitari pubblici e di servizi offerti dal privato sociale. Sia a Pescara che a Teramo, infatti, le sedi degli Ospedali dell'Azienda Sanitaria Locale e i Pronto Soccorso si trovano in città, invece nel resto delle province la distribuzione dei servizi segue quella della popolazione sul territorio. La concentrazione della popolazione residente in provincia nei due comuni della costa pescarese (Pescara e Montesilvano) fa sì che nel resto del territorio siano stati dislocati solo alcuni servizi territoriali (distretti sanitari e consultori), fatta eccezione per Popoli e Penne che mantengono due presidi ospedalieri, mentre nel territorio teramano, più esteso e con diversi comuni popolosi sulla costa, sono presenti anche altri tre Ospedali (Atri, Giulianova e Sant'Omero)¹⁵.

Come emerso dal quadro regionale, non vi sono particolari servizi sanitari riservati agli immigrati, ad eccezione dell'Ambulatorio Immigrati attivo presso l'AUSL di Pescara, Ufficio Medicina della Comunità. Sono invece presenti gli Sportelli per l'Immigrazione attivati dagli Enti locali (sia Pescara che Teramo offrono, quale servizio specifico, lo Sportello Immigrati presso il Comune), gli Uffici Immigrazione presso le Questure e, in ottemperanza alla normativa nazionale, sono operativi gli Sportelli Unici per l'Immigrazione presso le Prefetture, Uffici Territoriali di Governo. Accanto a questi servizi e sportelli, che si occupano di questioni pratiche e burocratiche (permessi di soggiorno, etc.), su entrambi i territori l'Ente Provincia ha attivato i Centri Polivalenti per l'Immigrazione quali importanti punti di raccordo, di facilitazione e comunicazione per i migranti. Il ruolo attivo

¹⁵ Per maggiori dettagli su tali servizi, si vedano le mappature pubblicate sul sito www.irisagainstviolence.it

delle Province rispetto alle attività e ai servizi rivolti agli immigrati è palesato dal lavoro svolto dagli Osservatori Sociali Provinciali che ogni anno procedono alla *Raccolta ed elaborazione di dati statistici sulla presenza degli stranieri residenti*, sulla base dei quali scaturiscono i report che annualmente sono presentati alla Regione Abruzzo. In particolare, è interessante l'esperienza positiva della Provincia di Teramo che, ormai da diversi anni, ha attivato il *Centro Polivalente provinciale sull'immigrazione*, autogestito dalle Associazioni di Immigrati iscritte all'Albo regionale.

Il Centro, denominato **Melting Point** è stato inaugurato il 10 marzo 2007 ed è localizzato a Martinsicuro, il comune teramano con il più alto tasso di stranieri residenti. Gli operatori delle Associazioni Immigrati coinvolte svolgono attività di Sportello Informativo, fornendo consulenza gratuita nei confronti degli immigrati per le emergenze legate ai permessi di soggiorno, alle pratiche per l'abitazione, al lavoro, ma soprattutto realizzando un importantissimo ruolo di mediazione tra la scuola e le famiglie, datori di lavoro e lavoratori, cittadini e istituzioni. Fin dall'apertura, il Centro ha visto un notevole flusso di utenza ed è diventato in poco tempo il punto di riferimento per la Val Vibrata, per il territorio provinciale e, in alcuni specifici casi, anche per territori contigui. Inoltre, la Provincia di Teramo finanzia da anni interventi di mediazione culturale nelle scuole al fine di agevolare l'integrazione, vista la presenza radicata di immigrati con numerosi bambini e giovani (seconda generazione).

Anche la Provincia di Pescara ha riattivato di recente il Centro Polivalente per l'immigrazione ma, in questo territorio, è sicuramente rilevante il peso del privato sociale rispetto al tema dell'immigrazione; in tal senso, è importante l'attività svolta dall'ambulatorio Allegrino e dai servizi offerti dalla Caritas, sia come punti di ascolto che per interventi di mediazione e di sostegno (Casa per le rifugiate politiche e richiedenti asilo). Infine, ci sembra importante segnalare l'attività svolta dall'Associazione On The Road rispetto al tema del sostegno e presa in carico delle donne vittime di tratta e prostituzione: l'associazione è presente sia nel teramano (Martinsicuro) che a Pescara e opera sia attraverso interventi su strada che con interventi di drop-in. Proprio l'importante ruolo svolto dalle associazioni del privato sociale nei territori di Teramo e Pescara ci ha indirizzato nella fase qualitativa della ricerca: la scelta dei testimoni privilegiati, che con il racconto

della loro esperienza hanno arricchito il corpus dei dati raccolti con l'indagine quantitativa, ha riguardato proprio alcuni referenti di queste realtà.

1.5.1 Il Servizio di contrasto alla violenza di genere a Pescara

Rispetto ai servizi di contrasto alla violenza di genere, la realtà pescarese si caratterizza per l'interconnessione tra l'intervento dell'Ente Pubblico e le attività del privato sociale. In particolare, dal 2003, l'Amministrazione Comunale e l'Associazione femminile Ananke hanno strutturato un percorso di lavoro sui temi della prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e ai loro figli, coniugando diversi livelli di indagine e utilizzando differenti strumenti. L'avvio è stato dato dalla partecipazione di Pescara nel 2002, come unica città per l'Abruzzo, al progetto 'Rete anti violenza tra le città Urban-Italia', progetto nazionale cofinanziato dalla Comunità Europea, che ha coinvolto ben 26 città italiane. Il progetto prevedeva una ricerca-azione finalizzata alla conoscenza delle risorse territoriali, della percezione dei/le cittadini/e e delle competenze degli/le operatori/trici. A conclusione del suddetto progetto, l'Amministrazione Comunale ha promosso l'attivazione della Rete Anti violenza cittadina, formalizzata con un Protocollo d'Intesa il 21/06/2004. La Rete cittadina è composta da tutti i principali Enti, Istituzioni e Servizi territoriali che si occupano a vario titolo di violenza di genere: dalla Procura al Tribunale, dalle Forze dell'ordine a tutti i Servizi della AUSL, dai Servizi Sociali al Centro per l'Impiego, dall'Università alle associazioni e cooperative del privato sociale. Il continuo lavoro di sensibilizzazione e formazione sul tema della violenza di genere messo in atto dall'Amministrazione pescarese congiuntamente all'Associazione Ananke, che dal 2005 coordina la Rete per conto del Comune, ha consentito nel 2009 di integrare i servizi presenti in tutto il territorio provinciale nel Protocollo di Rete. Negli anni successivi, l'Amministrazione Comunale di Pescara, in concerto con l'Associazione Ananke e grazie ad un finanziamento europeo, ha investito le proprie risorse in diversi progetti dell'ambito sociale, di cui alcuni in partenariato con l'Associazione Le Onde onlus di Palermo, tra i quali il progetto '**V.e.R.S.O - Violenza e Reti Sanitarie Operative: integrazione di rete**', finanziato nell'ambito del programma Daphne II e finalizzato all'integrazione dei poli sanitari (AUSL di

Pescara) nella rete antiviolenza. Proprio grazie a esperienza si sono rafforzati i rapporti tra l'Associazione Ananke ed alcuni nodi della Rete Antiviolenza cittadina, in particolare con il Pronto Soccorso e con l'Ufficio Medicina di Comunità A.U.S.L. di Pescara (Consultori pubblici). Dato che la finalità del progetto V.e.R.S.O è stata affrontare il problema della mancata o inefficace risposta che la sanità fornisce alle donne che subiscono violenze nell'ambito dell'intervento in emergenza, e/o del trattamento ed accertamento medico-legale in caso di denuncia, sono state messe a punto, quale risultato concreto dell'intervento, 'Le Linee guida tra Pronto Soccorso e Centro antiviolenza Ananke', per una corretta presa in carico delle donne vittime.

Il Centro Antiviolenza, attivato nel 2005 dall'Associazione Ananke, è in parte finanziato con il Piano di Zona: l'Amministrazione Comunale ha deciso di inserire il servizio anche nel prossimo PDZ 2011-2013, per rispettare sia quanto indicato nel PSR, sia gli impegni presi con il Dipartimento per le Pari Opportunità in merito al collegamento, in trasferimento diretto di chiamata, del numero gratuito antiviolenza nazionale 1522¹⁶. Purtroppo il taglio dei fondi sociali, in particolare sul PSR, rende necessario il reperimento di altre fonti di finanziamento, in particolare attraverso la partecipazione a progetti nazionali e/o europei, per garantire lo svolgimento delle molteplici attività che il Centro svolge ormai da anni e per sviluppare nuovi ambiti d'intervento. A tal proposito, sembra importante segnalare alcune delle attività realizzate dall'Associazione Ananke, in collaborazione con il Comune di Pescara, che sono state fondamentali per sperimentare ed offrire servizi più completi sul tema della violenza:

- Progetto di ricerca-azione "**LeA: Lavoro e Accoglienza**". Il progetto, con capofila Le Onde onlus di Palermo, ha previsto una ricerca intervento sul fenomeno della violenza nella Regione Abruzzo (P.O.R Abruzzo, misura E1.1). L'intervento, realizzato tra 2006 - 2008, ha consentito l'inserimento lavorativo di 6 donne seguite dal Centro Ananke grazie alla preliminare sottoscrizione del ***Protocollo per l'attivazione di percorsi di facilitazione per l'inserimento lavorativo per donne vittime di violenza***, stipulato il

¹⁶ Nel 2006 il Centro Ananke è stato selezionato come centro pilota per il progetto **ARIANNA – Attivazione Rete nazionale AntivioleNzA**. La partecipazione di Pescara come territorio di riferimento per l'Abruzzo è stata riconfermata sino al 2012 con Protocollo firmato a Roma il 14 Febbraio 2011.

14/12/06 tra Comune, Provincia di Pescara, Consigliera di Parità della Provincia e Centro Antiviolenza.

- Progetto **“RILEVARE per Capire”**. La finalità è stata di promuovere una maggiore conoscenza e sensibilizzazione del fenomeno della violenza di genere presso Enti, Servizi e Istituzioni territoriali, per un miglioramento delle procedure operative e per una maggiore integrazione di tutti i servizi impegnati nella Rete antiviolenza cittadina, attraverso la condivisione di uno strumento di rilevazione del fenomeno. I dati¹⁷ rilevati sono stati immessi in una banca dati gestita da un software creato ad hoc, ospitato nell’area Extranet del sito del Comune di Pescara curato dal Servizio Informatico del Comune. Il progetto, attivo dal 2008, ha portato Pescara ad essere inserita nel SISTAN nazionale come prima città ad aver realizzato una rilevazione inter-istituzionale sul fenomeno.
- Progetto **“TERRA – Trasferibilità di Esperienze e Relazioni tra Reti Antiviolenza nelle province Abruzzesi”**. Il progetto, finanziato dal DPO e realizzato nel 2008-2009, ha previsto una formazione specifica degli operatori dei servizi socio-sanitari e della sicurezza su tutto il territorio abruzzese (tra i partner vi erano le quattro Province Abruzzesi: Pescara, Teramo, L’Aquila e Chieti), promuovendo reti tra i diversi attori locali al fine di consentire un’azione integrata sul piano della prevenzione e risposta ai fenomeni di violenza e di favorire la visibilità sociale del problema, attraverso la costruzione di appositi dispositivi in grado di rilevare e definire omogeneamente il fenomeno della violenza di genere (dispositivo per un osservatorio regionale sul fenomeno).

Negli anni sono stati inoltre promossi diversi interventi con i giovani; ultimo in ordine cronologico è il progetto **“Pesca Nella Rete”**, strutturato su incontri-dibattito rivolti ai/lle ragazzi/e degli Istituti Superiori della provincia pescarese e curati dagli/lle operatori/trici della Rete Antiviolenza nell’ambito della **Settimana contro la violenza nelle Scuole**, indetta dal 2009 con Protocollo d’Intesa tra il Ministero delle Pari Opportunità e il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca.

In ambito extra-europeo, l’Associazione Ananke si è occupata della

¹⁷ I dati rilevati e inseriti nel Database da ogni operatore/trice sono stati criptati in modo da assicurare la totale privacy e alle donne è stato fatto firmare un modulo per il consenso informato.

progettazione e del coordinamento del progetto “**OASIS II**”, finanziato dall’Istituto della Cooperazione Internazionale del Comune di Pescara. Realizzato in Mali, uno dei paesi africani ove si praticano comunemente le MGF, il progetto è stato pensato per sostenere le donne ammalate di fistola ostetrica ospitate presso il centro OASIS dell’Ospedale nazionale ‘Point G’ di Bamako¹⁸.

Da questo sintetico quadro di alcune delle attività realizzate in questi anni dall’Associazione Ananke emerge come sul territorio pescarese si sia concretizzata una virtuosa collaborazione tra pubblico e privato grazie al lavoro di ricerca, di formazione e di potenziamento del Centro Antiviolenza in qualità di servizio specializzato in rete con gli altri servizi cittadini, inserendo così nel sistema degli interventi la specificità di un modello di contrasto alla violenza contro le donne basato su un’ottica di genere.

1.5.2 I Servizi e le attività antiviolenza a Teramo

A Teramo il tema della violenza contro le donne è stato invece preso in considerazione e sviluppato in termini di intervento dall’Ente Provincia, che ha il merito di avere attivato il centro antiviolenza provinciale. Dal 2008 e grazie al finanziamento della L. R. 31/2006, la Provincia di Teramo ha infatti attivato il **Centro Antiviolenza Donne “La Fenice”** che assicura attività di ascolto, accompagnamento e accoglienza nonché consulenze legali e psicologiche per tutte le donne vittime di abusi, maltrattamenti e violenze.

Sono oltre 150 le donne che si sono avvalse in questi anni, in maniera continuativa dei servizi offerti. La Provincia di Teramo, con il Centro Antiviolenza “La Fenice”, è stata ammessa a far parte, prima quale territorio pilota, poi come capofila dell’ATR, del Progetto **Arianna - Attivazione Rete nazionale antiviolenza** del Dipartimento per le Pari Opportunità, con cui è stato siglato il Protocollo d’Intesa il 14 Febbraio 2011. Con questa nuova sottoscrizione la Provincia si impegna a coinvolgere l’ATR (ambito territoriale di Rete: Servizi Sociali, Presidi Ospedalieri, Forze dell’ordine) per realizzare un percorso di miglioramento delle qualità dell’accoglienza, con l’impegno di colmare eventuali criticità dei suddetti servizi deputati ad intervenire nel

¹⁸ Tale Ospedale è da anni il più importante centro del Mali per la cura della fistola ostetrica

percorso di uscita dalla violenza delle donne e a permettere la condivisione delle procedure d'intervento messe in atto per integrare le azioni locali con la risposta telefonica del servizio nazionale 1522. La Provincia si è attivata nella promozione delle attività del Centro Antiviolenza su tutto il territorio provinciale attraverso diverse forme di pubblicizzazione dei servizi quali inserzioni su testate locali e riquadri pubblicitari su un mezzo pubblico urbano della città di Teramo. Sono state realizzate inoltre 6.000 card distribuite a ogni studentessa delle scuole superiori di II grado della provincia; si tratta di una tessera che riepiloga i numeri utili antiviolenza. Nell'ambito della **Settimana contro la violenza nelle scuole**, istituita dal Protocollo MIUR – Dipartimento per le Pari Opportunità, la Provincia di Teramo, d'intesa con altri organi della Rete Provinciale contro la violenza di genere, ha organizzato incontri tra rappresentanti di studenti delle classi IV e V degli Istituti Secondari di istruzione superiore e rappresentanti di Istituzioni quali la Procura della Repubblica di Teramo, le Forze dell'Ordine, servizi e associazioni che lavorano alla prevenzione, all'emersione e al recupero dai danni causati dalla violenza nelle sue diverse manifestazioni. La Provincia continua a promuovere sul proprio territorio competenze e sensibilità in tema di violenza di genere negli operatori sanitari, sociali e delle Forze dell'Ordine al fine di una condivisione sempre più puntuale delle procedure comprese nel protocollo operativo sottoscritto con il progetto TERRA, il 19 novembre 2009, che ha sancito la nascita della Rete Antiviolenza della Provincia di Teramo.

PARTE II

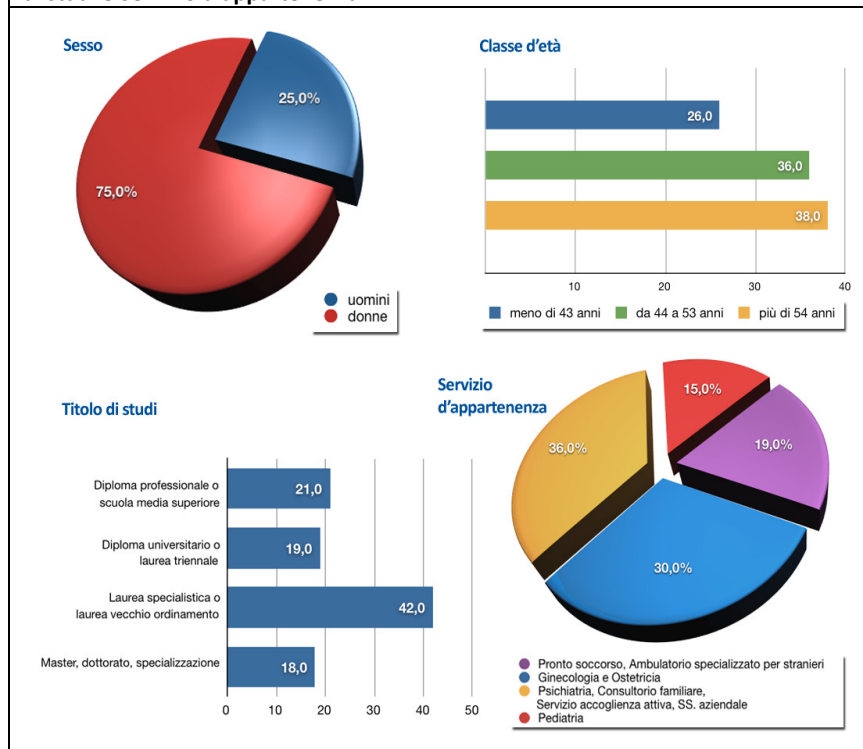
Lettura integrata ricerca quantitativa e qualitativa

La ricerca è stata articolata su due livelli d'indagine: una rilevazione quantitativa ottenuta grazie alla 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 della precedente. Sono stati indagati due temi centrali per l'intera ricerca: il fenomeno delle violenze e abusi commessi nei confronti di donne e giovani donne legate 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%).

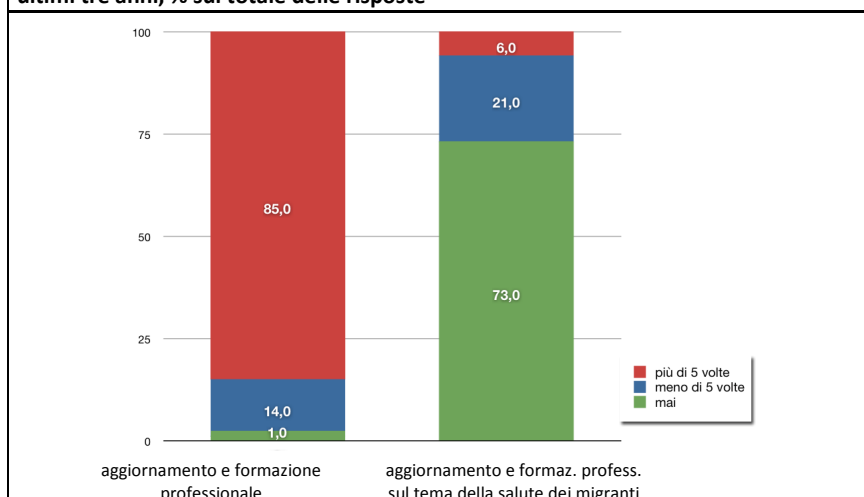
Fig. 1 - Composizione del campione, distribuzione percentuale per sesso, età, titolo di studi e Servizio d'appartenenza



2.1 Formazione

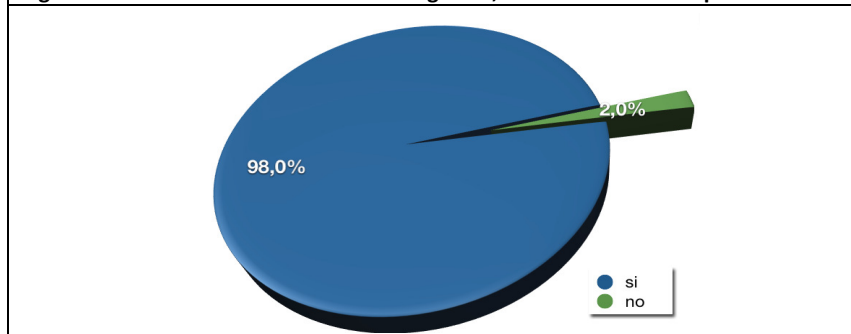
Il campione abruzzese risulta essere sicuramente ben 'aggiornato', nel senso che ben l'85% dichiara di aver avuto esperienza di aggiornamento professionale, per più di 5 volte, negli ultimi tre anni. Indubbiamente si tratta di personale 'adulto', visto che il 74% del campione ha più di 44 anni e possiede titoli di studio elevati (il 60%, se si considerano congiuntamente laurea, specializzazioni o master). È interessante notare come la distribuzione delle risposte affermativa 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.

Fig. 2 - Esperienze di aggiornamento e formazione professionale degli operatori negli ultimi tre anni, % sul totale delle risposte



Quando invece al campione è stato chiesto di specificare il proprio impegno in attività formative sul tema della salute dei migranti, la situazione si è capovolta: il 73% del campione dichiara di non aver mai seguito un corso specifico sulla materia. Questo dato non varia secondo le altre variabili prese in considerazione nell'indagine (titolo di studio, età o ruolo presso i servizi interessati dall'indagine), aspetto 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.

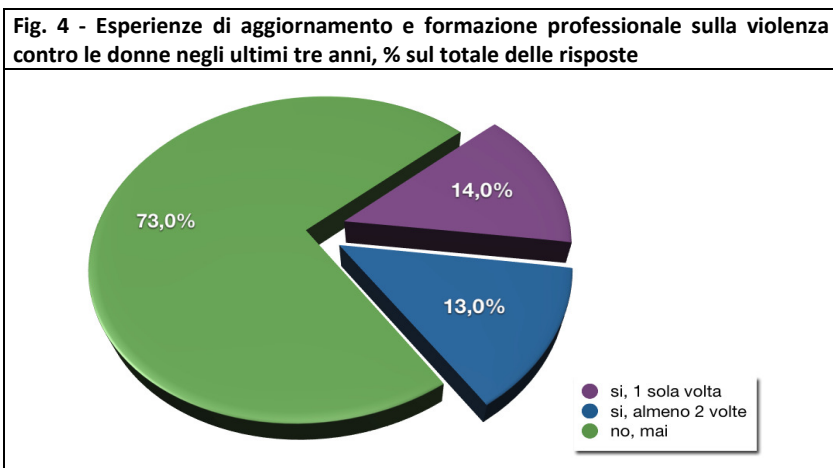
Fig. 3 - Presenza nel servizio di utenza migrante, % sul totale delle risposte



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.

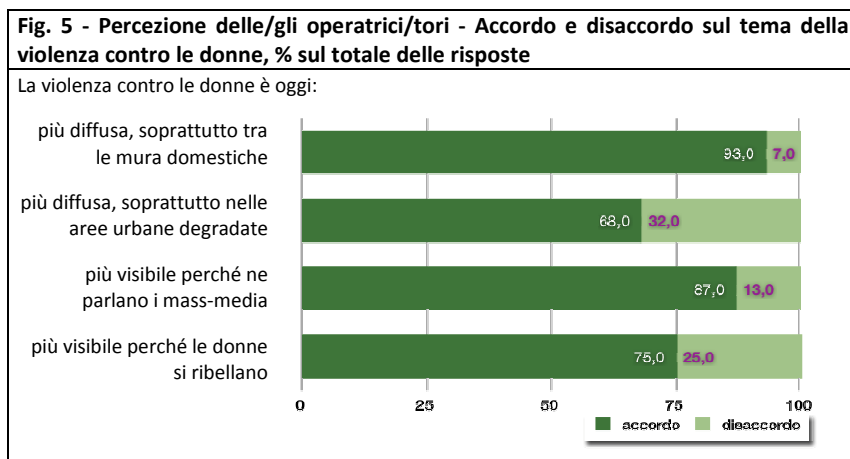
Continuando la nostra analisi sulla conoscenza e formazione rispetto ai temi della ricerca, la situazione continua ad essere scoraggiante rispetto al tema della violenza contro le donne: ben il 73% del campione dichiara di non aver mai seguito un corso di formazione sulla violenza di genere, mentre solo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



2.2 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. Rispetto alle altre affermazioni, colpisce che il 68% del campione esprima il proprio accordo con la dichiarazione che la violenza sia più diffusa nelle aree urbane degradate, segnalando la persistenza di opinioni fortemente stereotipate. Tra l'altro questa opinione è trasversale rispetto alle altre variabili utilizzate (titoli di studio, età, etc...).

Rispetto alla 'visibilità del fenomeno', ben l'87% 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.



L'alta percentuale di accordo vista sulla prima variabile, corrispondente ad un dato di realtà di cui molte ricerche sul tema danno riscontro, ovvero che la violenza di genere è più diffusa tra le mura domestiche, è probabilmente 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. Inoltre, la maggior parte delle/gli operatrici/tori che hanno espresso accordo con tali dichiarazioni hanno partecipato più volte ai corsi di formazione sulla violenza di genere: significa 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 possa riguardare ambienti degradati.

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 sociale¹⁹.

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 genere²⁰ e sulle rappresentazioni etniche²¹, 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, ma anche 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'²². 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 alle spiegazioni sulla violenza contro le donne, il fenomeno viene spiegato 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 ben in luce il fatto che si riconosca al tema della violenza un legame con tematiche socio-culturali attinenti alla relazioni tra i generi.

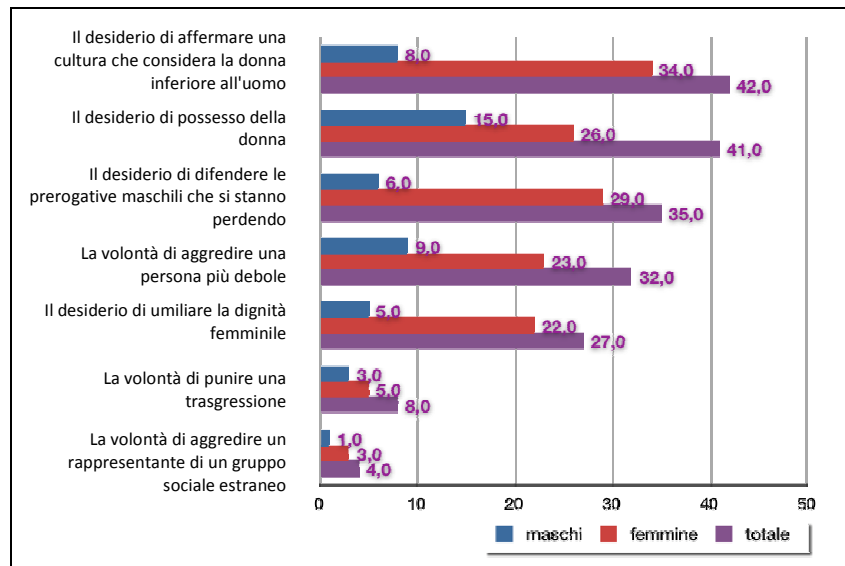
Fig. 6 - Percezioni delle/gli operatrici/tori - Spiegazioni sulla violenza contro le donne, % sul totale delle risposte

19 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

20 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

21 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.280-290

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

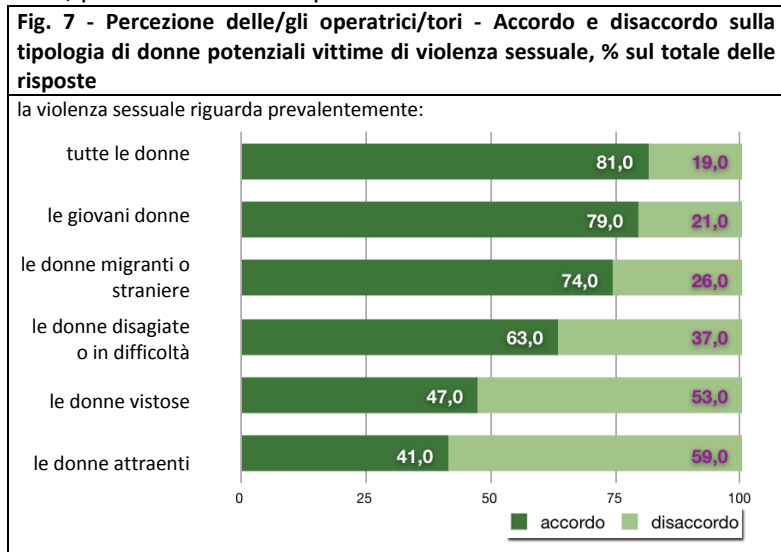


Il dato è interessante se si considera che il campione intervistato è costituito prevalentemente da donne che mostrano quindi una decisa 'consapevolezza di genere'. Aver consapevolezza del proprio genere vuol dire, anzitutto, collocarsi nell'intersezione tra dimensione individuale e dimensione sociale, utilizzando un costrutto (appunto il genere) che consente molteplici aperture di ordine 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"²³.

Uno stereotipo 'negativo' emerge, invece, quando si rileva la percezione della tipologia di donne potenziali vittime di violenza sessuale (Fig.7). Un consenso quasi unanime 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; 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

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

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, attrazione 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 socializzazione²⁴. 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

²⁴ 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

‘minaccia legata agli stereotipi’, che spiega la dinamica di attribuzione di tratti appartenenti 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 loro confronti, che alla fine la tensione ha per effetto la scelta di comportamenti che finiscono per confermare il pregiudizio esistente²⁵.

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 migranti una maggiore esposizione al rischio di violenza sessuale, che può essere dovuto 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”²⁶. 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.

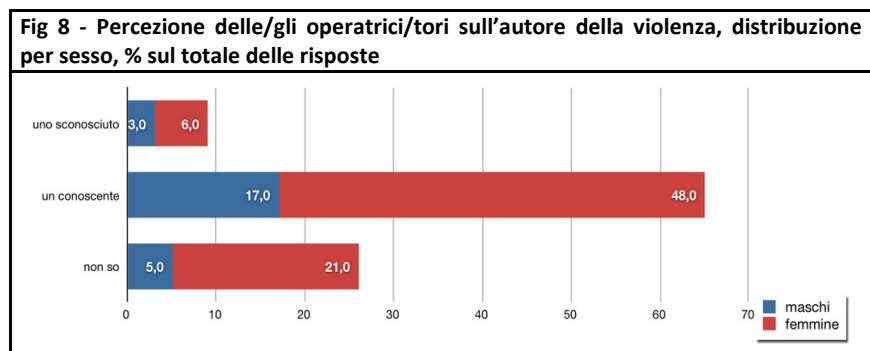
Rispetto ad altri due argomenti centrali per la ricerca, la tipologia dell’autore della violenza (conoscente o sconosciuto) e la percezione della ‘frequenza’ con cui le donne subiscono una forma di violenza

²⁵ Cfr. M. Cadinu, A. Mass, *Psicologia sociale: gli stereotipi di genere*, in “Psicologia Contemporanea”, n. 166, 2001

²⁶ Cfr. Ivekovic R., *La balcanizzazione della ragione*, Roma Manifestolibri, 1995 - pag. 128

sessuale nel corso della vita, le opinioni espresse dalle/gli intervistate/i corrispondono alla realtà del fenomeno.

Operatrici e 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 piccola 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 dichiarò 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 (Tab. 1), le risposte del campione hanno ottenuto una distribuzione meno netta tra le diverse voci.

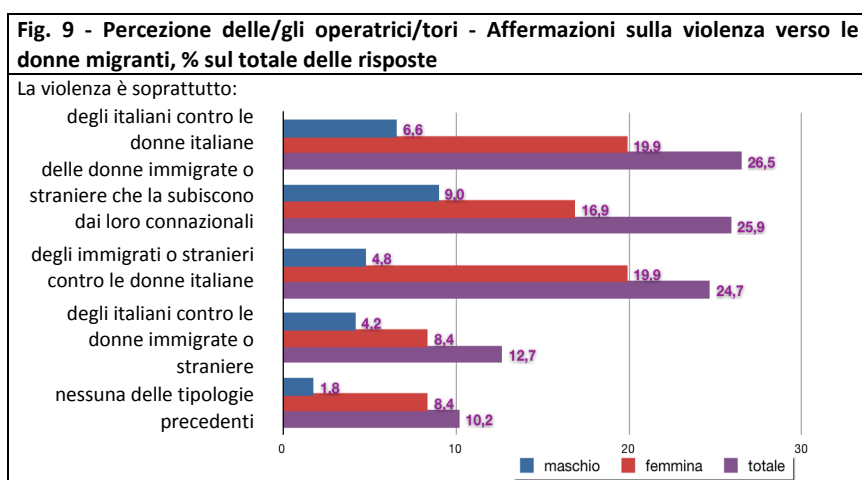
Tab. 1 - Percezione delle/gli operatrici/tori sulla frequenza con cui le donne subiscono violenza, % sul totale delle risposte

	maschio	femmina	Totale
Meno del 20%	9	20	29
Tra il 20% e il 50%	6	30	36
Oltre il 50%	3	12	15
Non so	7	13	20

Anche se 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. (Fig. 9)



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 dal 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 alcune esperienze e testimonianze espresse da donne migranti che lavorano come badanti. Se si pensa alle badanti, infatti, viene in mente la situazione di ricatto psicologico che esse subiscono, evidenziata soprattutto dalle interviste qualitative, in cui sembra essere molto frequente lo sfruttamento lavorativo-economico. 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 potessero 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 la 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 lavoro²⁷.

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, la mediatrice ucraina 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

27 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

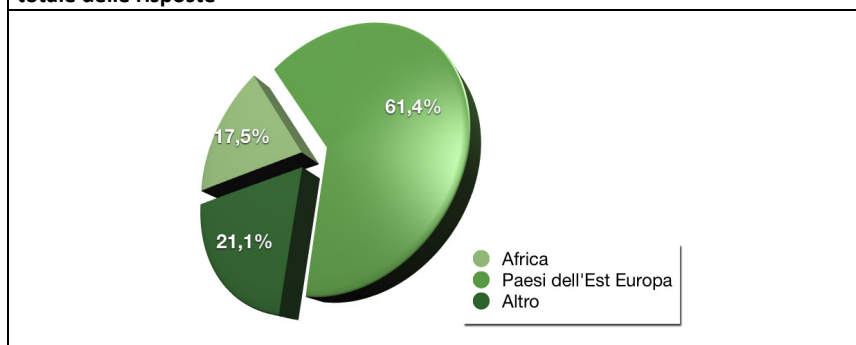
donna continuamente molestata dal marito della signora che accudiva: lui avanzava proposte sessuali alle quali lei si rifiutava, fino a quando una sera, al suo rifiuto, l'uomo ha reagito con violenza fisica; lei si è difesa e lui ha denunciato lei per violenza: "la Polizia ha dato ragione a lui perché 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 situazione 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.

Fig. 10 - Percezione delle/gli operatorici/tori - Provenienza dei "violenti", % sul totale delle risposte

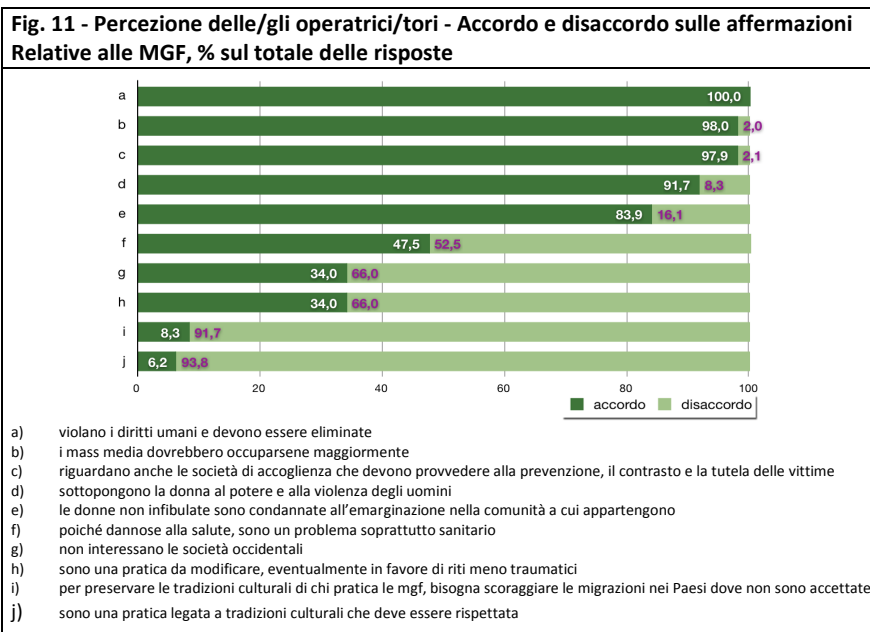


All'ulteriore richiesta di specificare le nazionalità cui appartengono possibili 'violenti', il 61,4% riconosce alle comunità dei Paesi dell'Est Europa una maggiore propensione alla violenza contro le donne. Tale considerazione può dipendere dal fatto che sul nostro territorio è notevole la presenza di migranti, soprattutto donne, provenienti dai

Paesi dell'Est (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 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.

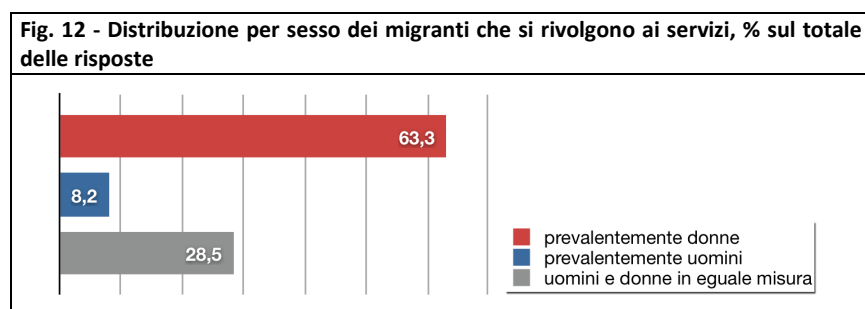
Lo stesso consenso è stato ottenuto anche dall'affermazione che la comunicazione su questo fenomeno deve essere intensificata dai mass

media: entrambe le dichiarazioni pongono l'accento sull'importanza 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 del campione: solo per il 47,5% le MGF sono un problema soprattutto sanitario perché dannoso per la salute delle donne e per il 34% sono una pratica da modificare, eventualmente in favore di procedure meno traumatiche.

2.3 Chi arriva NEI SERVIZI: Esperienza pratica nei servizi

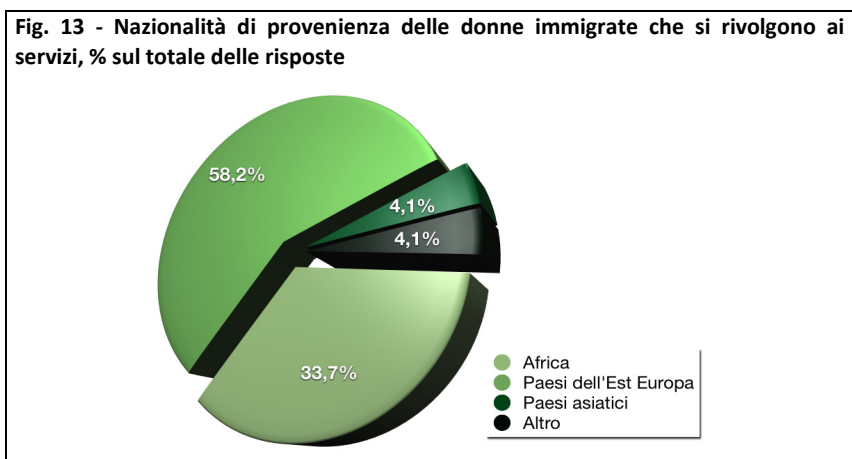
Dopo aver esaminato il livello di conoscenza delle/gli intervistate/i attraverso la stima della loro formazione e delle loro percezioni sul fenomeno indagato, completiamo l'analisi puntando una lente d'ingrandimento sulle loro esperienze reali, ovvero verificiamo quali siano le caratteristiche dei casi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



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 straniera o immigrata, alle/gli operatrici/tori è stato chiesto di riferire anche sulle principali nazionalità di origine delle donne: il 58,2% del campione afferma che le

migranti o le straniere che si rivolgono al servizio provengono dai paesi dell'est Europa, mentre nel 33,7% dei casi arrivano dall'Africa.



Circa la provenienza dell'utenza straniera, ci sembra interessante leggere i dati disaggregati tra le due aree della rilevazione, Teramo e Pescara. Come mostra la Tab. 2, 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).

Tab. 2 - Nazionalità di provenienza delle donne immigrate che si rivolgono ai servizi, distribuzione percentuale per provincia

	Pescara	Teramo
Africa	50,0	11,9
Paesi dell'Est	42,9	78,6
Paesi asiatici		9,5
Altro	7,0	

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, ad opera prevalente di donne di nazionalità romena o maghrebina), 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.

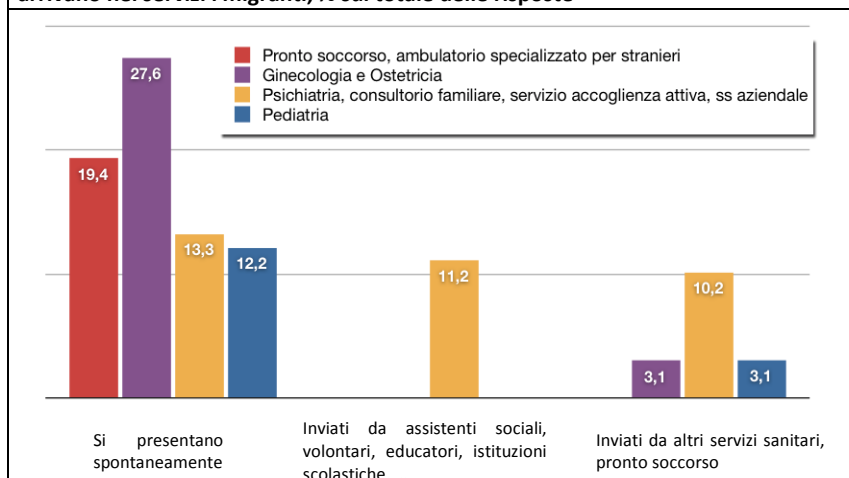
Anche chi opera nell'Associazione 'On the Road', che, come visto, interviene principalmente in questo ambito, evidenzia che le donne sud americane e le donne dell'est hanno una maggiore conoscenza dei propri diritti, in linea con quanto rilevato dalla Procura nel descrivere le nazionalità e le tipologie del fenomeno presenti sul territorio. Questa considerazione ci può far pensare che la prevalenza di donne dell'est riscontrata nel teramano sia dovuta ad una loro capacità di usare meglio i servizi socio sanitari esistenti, probabilmente perché spesso sono donne colte²⁸, 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 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 del fenomeno.

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.

²⁸ come confermano diversi testimoni intervistati

Fig. 14 - Distribuzione per servizio dei canali attraverso cui più frequentemente arrivano nei servizi i migranti, % sul totale delle risposte

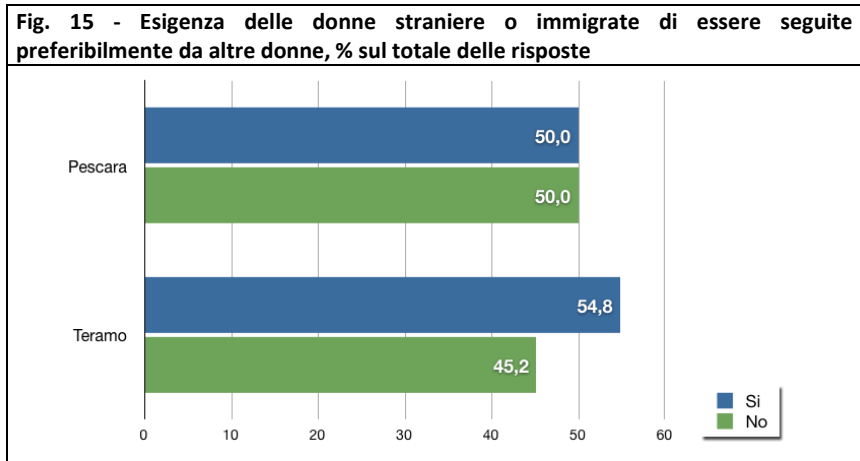


Verificando il valore di chi si presenta spontaneamente nella differenziazione per tipologia di servizio, viene riconfermato che è il reparto di ginecologia e ostetricia ad avere più accessi spontanei senza invio. Questa conferma può essere indicativa di una specifica modalità di accesso che potremmo 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/le utenti migranti che potremmo definire 'improprio' in quanto utilizzato per ogni tipologia di problematica, spesso al posto del medico di base. 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 (come avviene per il medico di base/Pronto Soccorso). Alla luce di questo, 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 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 da coloro che l’hanno rilevata. Avviene soprattutto a Pescara, con il 96,3% di risposte affermative (solo una risposta su 27 è stata negativa, cfr. Tab. 3), mentre a Teramo c’è una minore propensione a soddisfare tale richiesta (su 22 risposte, quasi un terzo è stata negativa).

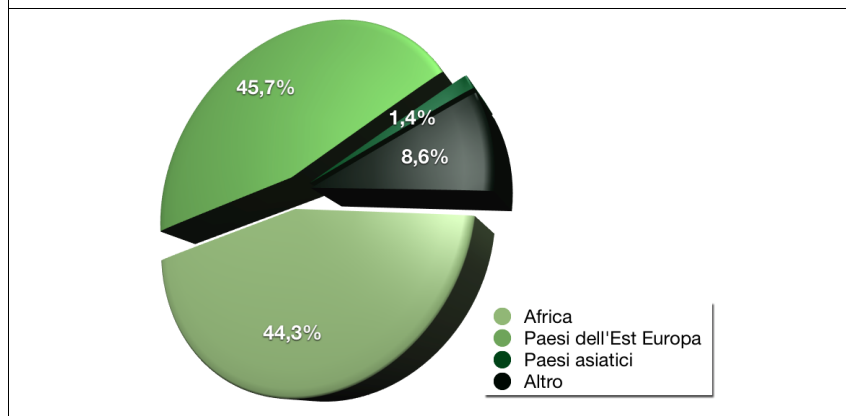
Tab. 3 - Consenso a soddisfare la richiesta, % sul totale della risposte

	Pescara	Teramo
Si	96,3	68,2
No	3,7	31,8

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%).

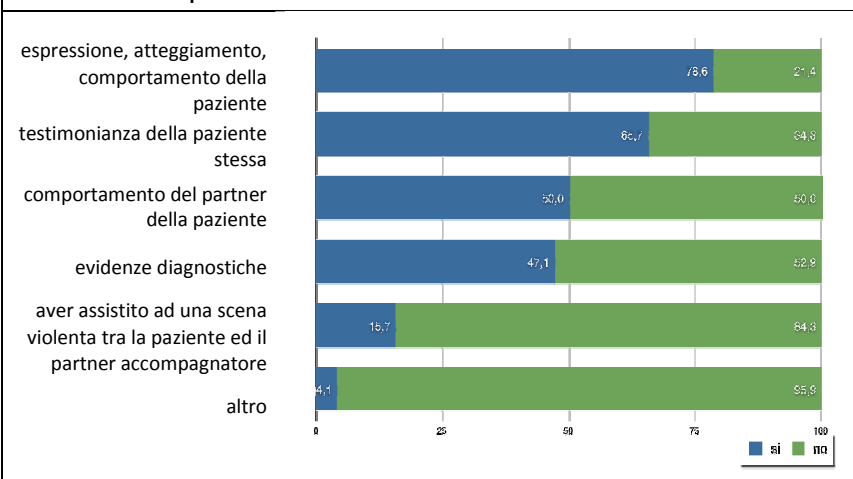
Fig. 16 - Nazionalità di provenienza delle donne immigrate o straniere vittime di violenza che si rivolgono ai servizi, % sul totale delle risposte



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.

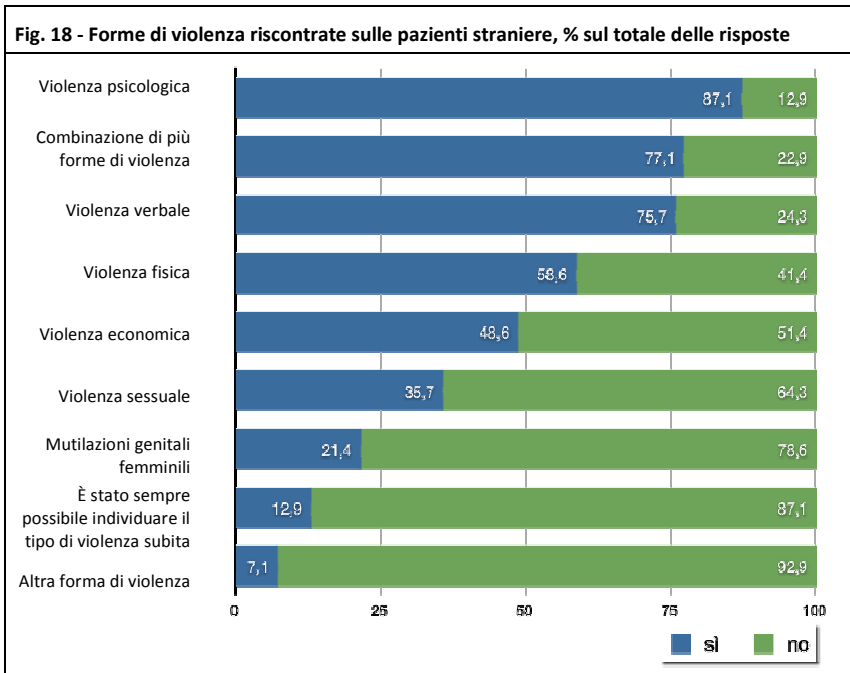
Di conseguenza sono state accertate le possibili circostanze che hanno fatto verificare o supporre che si trattasse di violenza (Fig. 17). Sui casi accertati dal campione che aveva risposto affermativamente, la prima motivazione esplicitata è l'aver rilevato un'espressione, un atteggiamento, un forte 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 riflettere sulle 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.

Fig. 17 - Circostanze che hanno fatto supporre che la donna immigrata fosse vittima di violenza, % sul totale delle risposte



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 (Fig. 18).

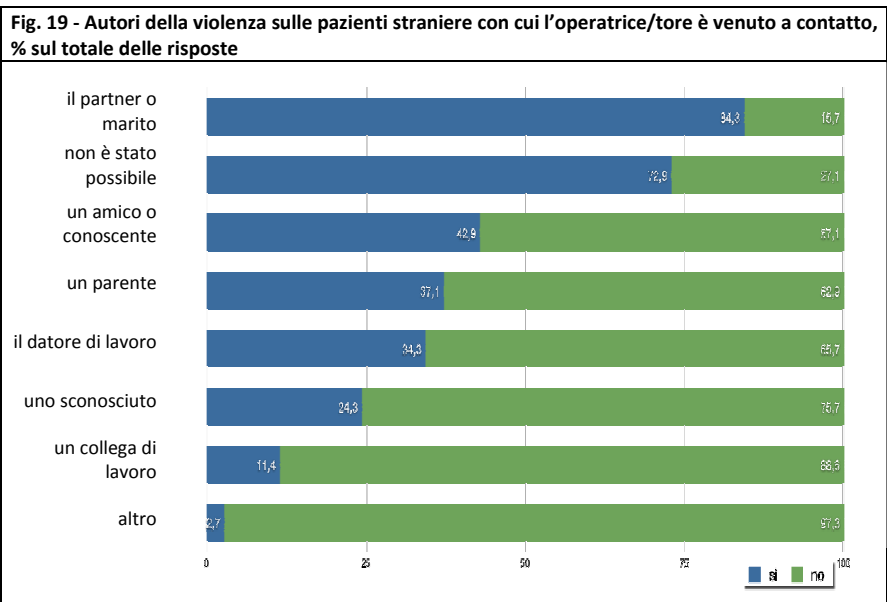
Per la nostra indagine acquisisce importanza la constatazione dei casi in cui è stata osservata, sulle pazienti, la presenza di mutilazioni genitali femminili, item a cui il 21,4% degli operatori ha risposto positivamente. Tale percentuale rileva con certezza l'esistenza del fenomeno nei territori abruzzesi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



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 datore 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 nelle percezioni della violenza subita dalle donne straniere ad opera di italiani (cfr. Fig. 9), ma soprattutto testimonia quanto sia diffuso questo pericolo per le donne migranti: si trovano in una situazione di pressante bisogno economico, legato spesso alla sopravvivenza, che le espone al rischio di essere sfruttate o ricattate

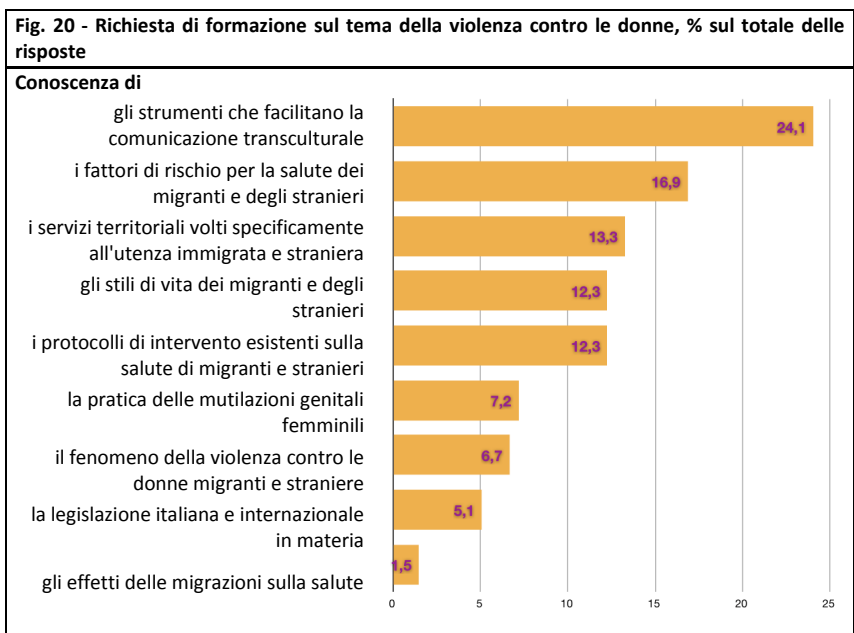
pur di mantenere il lavoro, unica garanzia per poter essere in regola con il permesso di soggiorno. Tale vulnerabilità è stata rilevata anche nelle interviste qualitative; infatti, alcuni testimoni privilegiati hanno rimarcato il problema dello 'sfruttamento lavorativo' come la più frequente forma di violenza subita dalle donne migranti e le stesse immigrate, impegnate prevalentemente nel badantato, hanno esposto tale difficoltà concretizzata in richieste pressanti da parte dei datori di lavoro che le sottopongono a turni ed impegni h24.



2.4 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 migranti, le richieste di approfondimento da parte del campione sono state molteplici: il 23,1% del campione ritiene che sarebbe necessaria una maggiore conoscenza degli strumenti che facilitano la comunicazione transculturale ma le/gli operatrici/tori dichiarano altresì importante approfondire la

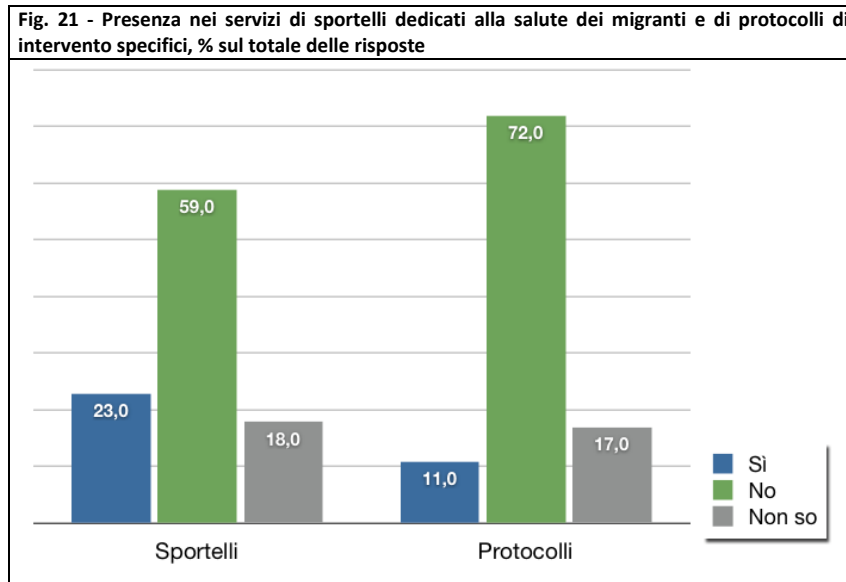
conoscenza dei fattori di rischio per la salute dei migranti e degli stranieri (15,9%), la conoscenza dei servizi esistenti sul territorio e rivolti specificatamente a questa utenza (13,3%), la conoscenza dei loro stili di vita ed infine la conoscenza dei protocolli di intervento esistenti in materia (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, aspetto che si è evidenziato anche in alcune interviste qualitative, ad esempio, una testimone privilegiata di un ambulatorio privato, alla domanda riguardante la formazione 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.

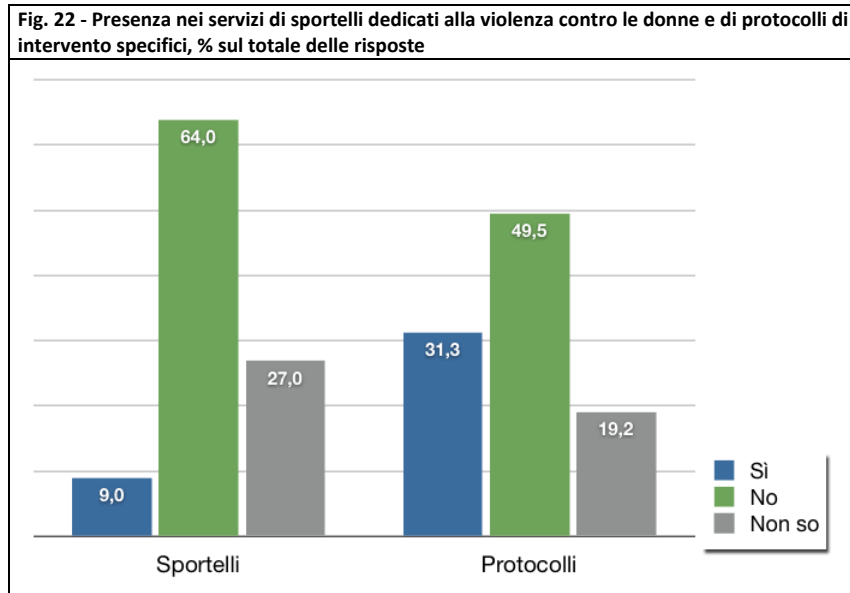
In seguito si è voluta indagare la situazione concreta presso i servizi attraverso la conoscenza dell'esistenza di protocolli d'intervento e di sportelli dedicati alla salute dei/elle migranti nelle strutture in cui operano le/gli intervistate/i.



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 ad una mancanza di comunicazione all'interno del servizio, spiegazione plausibile dal momento che la maggioranza degli/le operatori/trici (69%) dichiara la necessità di approfondire il tema della salute dei migranti attraverso corsi di aggiornamento che tengano possibilmente

compresenti parte teorica e 'pratica'.

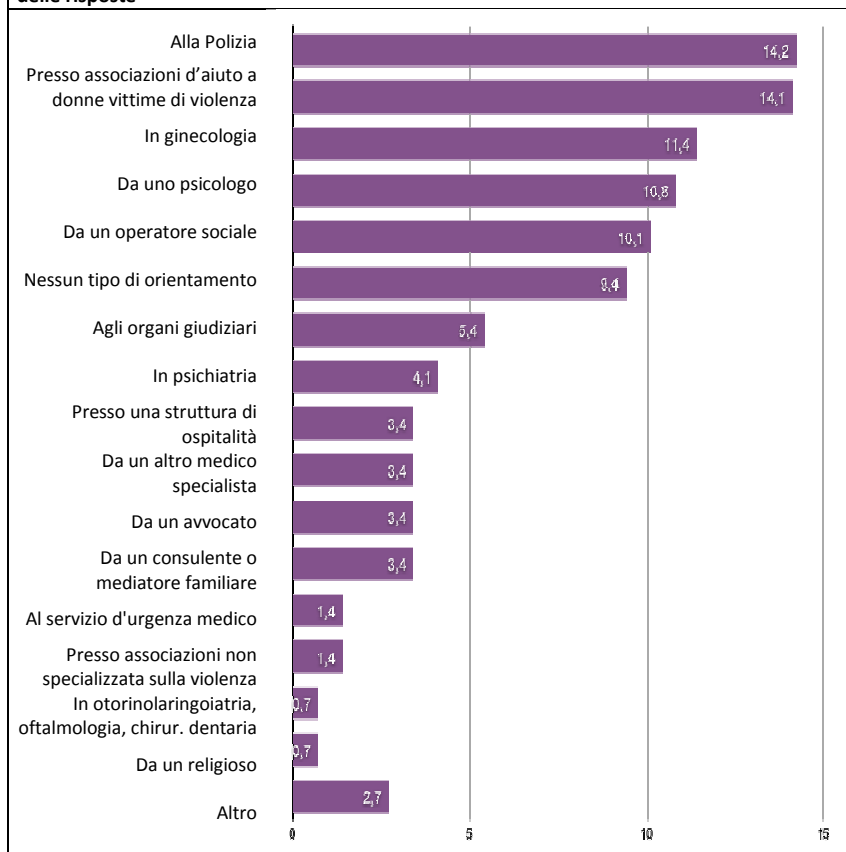
Analogo risultato è stato ottenuto quando si è indagato sulla presenza nelle strutture di sportelli riservati alle donne vittime di atti violenti e di protocolli d'intervento specifici: anche in questo caso il 64% del campione dichiara che non esistono sportelli specifici e ben il 27% dichiara di non 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.

Fig. 23 - Servizi a cui le/gli operatrici/tori inviano le donne vittime di violenza, % sul totale delle risposte

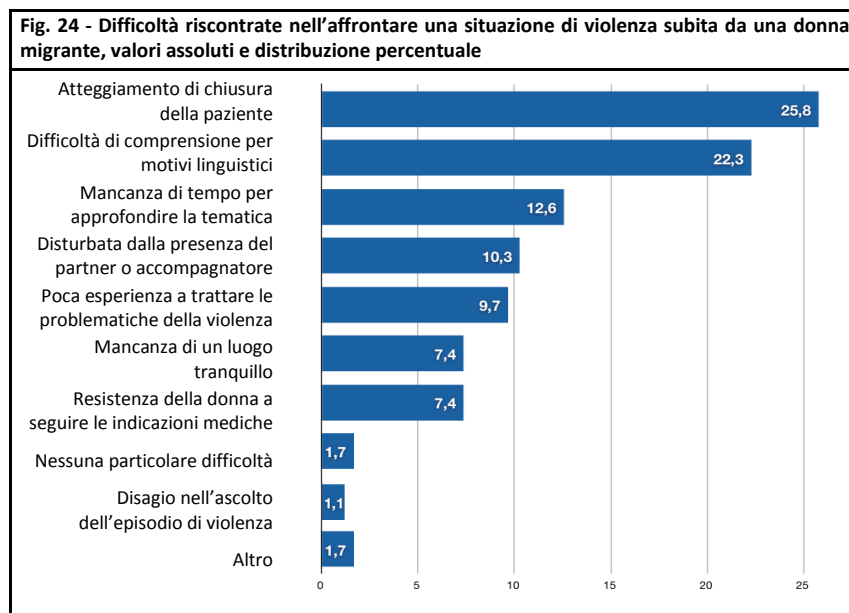


Ciò che appare interessante è la distribuzione trasversale delle risposte acquisite, rispetto al coinvolgimento di tutti i servizi interessati dall'indagine, con una maggior preferenza per la Polizia (14,2%) e per le associazioni che si occupano di violenza sulle donne (14,1%). La disseminazione dei 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.

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 colpevolizzazione²⁹. 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 clandestine.

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' concedendo maggiore attenzione all'accoglienza e allo strutturare spazi per un ascolto non giudicante. Le difficoltà dovute a motivi linguistici potrebbero essere 'contenute' se si pensa a personale che sappia 'comprendere'. 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 e soprattutto le situazioni di violenza.

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,

29 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"

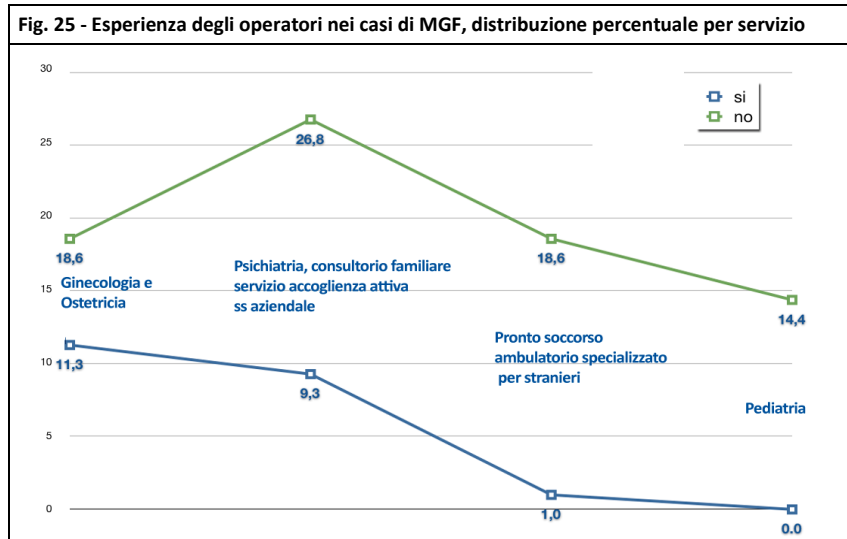
adesso no, non esiste questo, ognuno si sposa con chi vuole”; invece la mediatrice cinese racconta che in Cina i matrimoni forzati esistono: “sì sì... i genitori decidono, è normale, pure oggi comunque partecipano, ci sono tanti” ma quando le viene chiesto se le è mai capitato di averne esperienza in 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 .

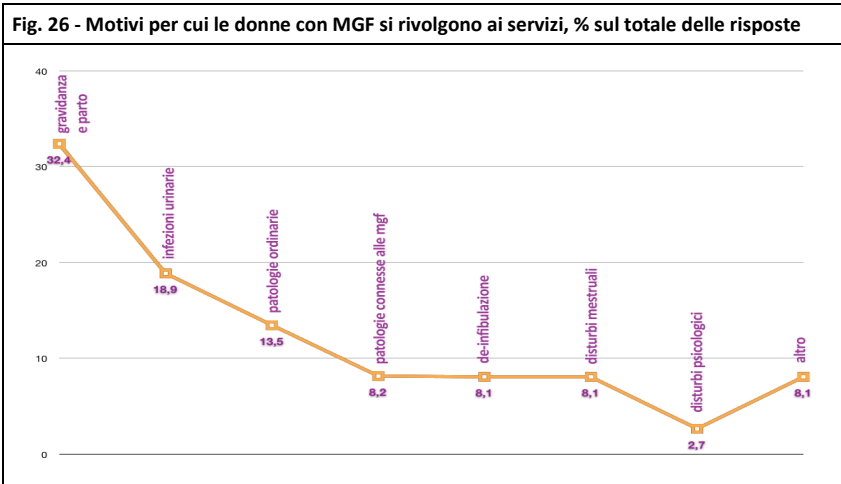
Dopo aver rilevato la presenza di questa forma di violenza tra le utenti migranti che si rivolgono ai servizi sanitari, il quesito posto in seguito verifica dove sia stata orientata la paziente in caso di matrimonio forzato: la percentuale ottenuta dagli items si distribuisce in modo trasversale rispetto 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.

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 (Fig. 25), 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.

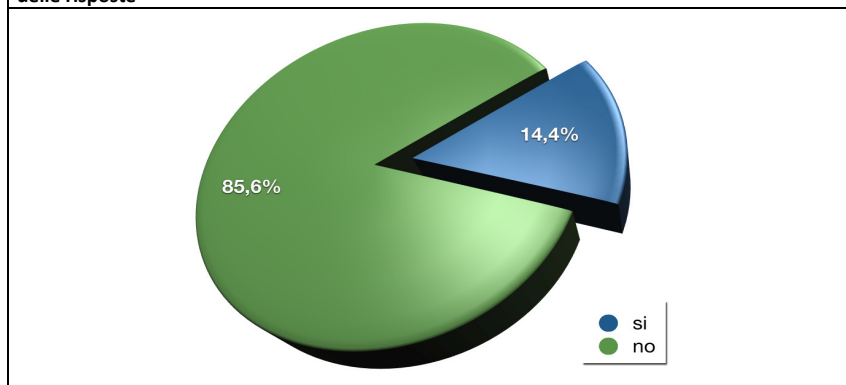


Come per la violenza in generale subita dalle donne migranti, anche nel caso delle MGF, è stato chiesto alle/gli operatrici/tori di specificare le difficoltà incontrate nell'affrontare questo tipo di problematica: per il 30,2% sono imputabili all'atteggiamento di chiusura della paziente, per il 18,6% 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 (Fig. 27).

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 tantomeno di prevenzione del fenomeno.

Fig. 27 - Contatti delle/gli operatrici/tori con bambine ritenute a rischio di MGF, % sul totale delle risposte



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 di azione che sono inesistenti. 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.

CONCLUSIONI

Modalità di accoglienza

Le interviste quantitative e qualitative realizzate con la ricerca nei diversi servizi hanno evidenziato da subito 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 per poter effettuare una progettualità, ovvero mancano procedure di azione o linee di intervento integrate e specifiche sui temi: 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 che il personale ospedaliero ha sempre cercato di gestire nel miglior modo possibile i problemi connessi alle situazioni di violenza, ma la modalità di azione non è comune o strutturata, bensì 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 individuati presso alcuni servizi non esclusivamente sanitari, 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, molti servizi presenti nel territorio abruzzese e deputati all'accoglienza degli immigrati si trovano a dover affrontare anche le 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.

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 questi operatori 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/le 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.

Violenza

Per quanto riguarda la preparazione sui temi della violenza contro le donne, i servizi del territorio sembrano essere preparati sulla violenza domestica e abusi legati all'infanzia (anche grazie alle partecipazioni degli operatori a qualche corso di formazione, soprattutto di coloro che hanno preso parte alle attività delle reti antiviolenza), mentre non esiste una preparazione specifica sulle violenze legate alle tradizioni (mgf, matrimoni forzati o violenza sulle badanti). Solo in alcuni casi gli operatori hanno partecipato a corsi relativi alle mgf e, pur non avendone esperienza diretta, conoscono il fenomeno.

Rispetto alla violenza sulle donne, dalla maggior parte delle interviste effettuate ai/le mediatori/trici emerge che loro abbiano 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.

Questa differente consapevolezza tra gli operatori dei servizi e i mediatori può essere causata da vari fattori:

- le donne si rivolgono ai servizi per le questioni concrete di lavoro, di permesso di soggiorno e di salute e non esprimono altri problemi e i propri disagi;
- l'assenza di servizi dedicati ad accogliere tali disagi;
- la mancanza di formazione specifica che non permette al personale di cogliere segnali in tal senso.

Altro aspetto distintivo potrebbe essere legato alla mancanza di procedure di azione, per cui un servizio deputato ad altre attività, potrebbe trascurare problematiche che non sono di loro 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.

Rispetto alle violenze legate alle tradizioni maggiormente analizzate nell'indagine, sembra che nel nostro territorio siano poco presenti le mgf e i matrimoni forzati, anche se i valori riscontrati non sono così bassi se si pensa a quanto questi fenomeni siano sommersi, per cui meriterebbero un approfondimento. All'opposto sia gli operatori della Questura che le mediatrici intervistate (soprattutto la mediatrice ucraina-rumena e albanese) sottolineano l'esistenza di molti casi di violenza sulle badanti. Essi descrivono rare situazioni di violenze sessuali o fisiche e moltissime situazioni di violenze legate allo sfruttamento lavorativo, con l'implicito ricatto per le donne di licenziamento o perdita di permesso di soggiorno che le costringe spesso a orari di lavoro intensi, senza possibilità di pausa, né possibilità di ferie o giorni di permesso. Spesso sono considerate come proprietà del datore di lavoro e vengono richieste loro anche mansioni che non rientrano nel contratto di lavoro.

Cosa fare? Mediatrici culturali?

Da tutte le interviste realizzate nei servizi emerge il bisogno di

mediatori/trici culturali strutturate all'interno dei servizi per migliorare la comunicazione e la comprensione delle diverse culture. Questa figura viene sostenuta dai/le mediatori/mediatrici stessi riconoscendosi un ruolo fondamentale nell'accogliere problematiche sia concrete ma anche emotive delle donne migranti. Allo stesso tempo la maggior parte degli intervistati propone équipe specializzate formate da psicologi, assistenti sociali e mediatori/trici culturali per accogliere le donne migranti, affrontando in maniera completa qualsiasi disagio possa presentarsi e se necessario orientarle verso altri servizi specifici.

L'esigenza di un'operatività definita e stabile, capace di intervenire 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. Aspetto che vede concordi la maggior parte degli/le operatori/trici coinvolti nella ricerca, è l'importanza di protocolli e una rete tra servizi per gestire in maniera integrata e collaborativa, l'utenza migrante.

Al di là di questi elementi più specifici legati alla pratica presso i servizi, bisognerebbe contemporaneamente affrontare la questione culturale, prendendo spunto dai contributi offerti dalle ricerche delle scienze sociali e della psicologia sociale, come ad esempio, le analisi sulla funzione identitaria degli stereotipi che trovano oggi un terreno particolarmente fecondo nella 'psicologia interculturale'. Ad esempio, nel caso dell'integrazione degli immigrati provenienti dal sud del mondo nei paesi occidentali, diversi studi hanno mostrato come l'immigrato di prima generazione subisca non solo l'effetto della dissonanza tra le sue rappresentazioni e quelle del paese d'accoglienza, ma anche quello della svalorizzazione del suo sistema e, attraverso ciò, della sua persona. Egli deve misurarsi con le immagini che la società d'accoglienza proietta su di lui a partire dalle rappresentazioni collettive³⁰ stereotipate che essa costruisce sul suo

³⁰ È importante segnalare la distinzione che J. Maisonneuve elabora per distinguere la rappresentazione sociale

gruppo (Camilleri e Vinsonneau, 1996). Lo stereotipo è quindi uno strumento di categorizzazione che permette di distinguere un 'noi' da un 'loro'. In questa dinamica, il gruppo acquisisce una fisionomia specifica che lo differenzia dall'altro. Queste considerazioni sulla funzione nella costituzione dell'identità psico-sociale sono approfondite dall'etnopsicologia e dalle discipline psicosociali, che studiano quindi, lo stereotipo nella sua relazione costitutiva con l'identità, nel suo gioco speculare con l'interazione sociale³¹ che si realizza sotto il segno dell'immagine che i partecipanti si fanno preventivamente gli uni degli altri. La tutela delle culture locali dovrebbe muovere dalla conoscenza di tali processi al fine di riconoscere, nelle effettive relazioni interetniche, la necessità della persistenza e del mutamento, salvaguardando le omogeneità ma anche le differenze. L'unica politica culturale possibile sarebbe quella di costituire un'identità articolata e pluralista. Infatti, come afferma Stefano Zamagni 'Ogni società coinvolta nei processi di immigrazione che scelga di affrancarsi dalle ingiuste e brutali forme di discriminazione, si porrà come obiettivo l'educazione all'interculturalità, per assicurare a tutti e tutte il soddisfacimento dei diritti fondamentali della persona e al tempo stesso garantire uno spazio pubblico in cui le persone portatrici di un'identità culturale 'altra' possano mettere a confronto le loro posizioni in modo pacifico e soprattutto possano giungere al consenso intorno ai limiti entro cui mantenerle"³².

dallo stereotipo: "La rappresentazione sociale designa un universo di opinioni, mentre lo stereotipo è la cristallizzazione di un solo elemento: un indicatore". È inoltre, significativo distinguere tra stereotipo e pregiudizio. " Lo stereotipo è fondamentalmente una credenza, un'opinione, una rappresentazione concernente un determinato gruppo e i suoi membri, mentre il pregiudizio designa un'attitudine adottata verso un determinato gruppo. Ciò consente l'elaborazione di un'importante tripartizione tra la componente cognitiva (lo stereotipo), la componente affettiva (il pregiudizio) e la componente comportamentale (la discriminazione)". Cfr. R. Amossy, op. cit. p.35

31 Cfr. E. Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, collana «Biblioteca», traduzione di M. Ciacci, Edizioni Il Mulino, Bologna 1969

32 S. Zamagni, *Migrazioni, multiculturalità e politiche dell'identità*, in: C. VIGNA – S. ZAMAGNI, (a cura di) *Multiculturalismo ed identità*, Vita&Pensiero, Milano 2002

Bibliografia

AA.VV., *Badare al Futuro. Verso la costruzione di politiche di cura nella società italiana del terzo millennio*, a cura di Felicia Zulli, Milano, FrancoAngeli Editore, 2008

AA.VV., *Verso l'incontro che genera. Violenza alle donne e presa in carico sanitaria*, Palermo, Le Onde Onlus, 2006

AA.VV., *Vite sommerse, parole ritrovate. Violenza contro le donne: percezione, esperienze, risposte sociali nella città di Pescara*, Pescara, SIGRAF, 2004

Adami C., Basaglia A., Tola V. (a cura di), *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto nazionale Rete Antiviolenza Urban*, FrancoAngeli Editore, Milano 2002

Adami C.-Basaglia A.-Tola V. (a cura di), *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto nazionale Rete Antiviolenza Urban*, Milano, FrancoAngeli, 2002

Amossy R. - Herschberg Pierrot R., *Stéréotypes et Clichés*, Éditions Nathan, Paris 2000

Arendt H., *Sulla violenza*, Parma, Guanda, 1996

Basaglia A.-Lotti M.R.-Misiti M.-Tola V. (a cura di), *Il silenzio e le parole. Il rapporto nazionale. Rete Antiviolenza tra le città Urban-Italia*, Milano, FrancoAngeli, 2006

Beccalli B.-Martucci C. (a cura di), *Con voci diverse. Un confronto sul pensiero di Carol Gilligan*, Milano, La Tartaruga, 2005

Besozzi E., *Tra somiglianza e differenza. Teoria sociologica e modelli di differenziazione sociale*, Milano, Vita e Pensiero, 1990

Bourdieu P., *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli, 1999

Brehm S., *Les relations intimes*, in S. Moscovici (a cura di), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984

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

- Chombart de Lauwe M.J e P.H, *La Femme dans la Societé*, CNRS, Paris 1963
- Cipolla C. (a cura di), *Sul letto di Procuste. Introduzione alla sociologia della sessualità*, Milano, FrancoAngeli, 1996
- Dotti M. e Luci S., *Donne in cammino "Salute e percorsi di cura di donne immigrate"*, Milano, FrancoAngeli, 2008
- Favaro G. e Fumagalli M., *Capirsi diversi "Idee e pratiche di mediazione interculturale"*, Roma, Carocci Editore, 2004.
- Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione, collana «Biblioteca»*, traduzione di M. Ciacci, Bologna, Edizioni Il Mulino, 1969
- Id. (a cura di), *Social identity and intergroup relations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982
- Id., *Etica della differenza sessuale*, Milano, Feltrinelli, 1996
- Id., *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1972
- Id., *Le rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 2006
- Id., *Psicologia delle minoranze attive*, Torino, Boringhieri, 1981
- Id., *Questo sesso che non è un sesso*, Milano, Feltrinelli, 1978
- Id., *Sé, azione e processi di costruzione identitaria*, in A. Rossati (a cura di), *Sé, persona, identità*, Torino, CST, 1993
- Id., *Violence against women*, Survey-Statistics, 2003
- Irigaray L., *Speculum. L'altra donna*, Milano, Feltrinelli, 1975
- Ivekovic R., *La balcanizzazione della ragione*, Roma, Manifestolibri, 1995
- Jaspard M, *Le violenze coniugali in Europa*, in Ockrent C. (a cura di), *Il libro nero della donna. Violenze, soprusi, diritti negati*, Milano, Cairo Editore, 2007, pp. 281-308
- Johnson M., *Madri forti, mogli deboli*, Bologna, Il Mulino, 1995
- Johnston J., *Lesbian Nation*, New York, Touchstone, 1973
- Katz D., Braly K.W., *Racial stereotypes of 100 college students* – in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1933, 28

- Leonardi Paola *Curare nella differenza* Milano, Franco Angeli, 1994
- Lewin K., *I conflitti sociali*, Milano, FrancoAngeli, 197
- Mead M., *Maschio e femmina*, Milano, Il Saggiatore, 1962
- Melandri L., *La differenza sessuale*, Milano, L'Erba Voglio, 1977
- Morrone A. e Sannella A. (a cura di), *Sessualità e culture "Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari"*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- Moscovici S., *La psychoanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961
- Moscovici S., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino Ed., Bologna 2006
- Moscovici S., *Psicologia delle minoranze attive*, Bollati Boringhieri Ed., Torino 1981
- Rocheblave-Spenglé A. M., *Les roles masculins et féminins*, Paris, PUF, 1964
- Sannella A., *Salute transculturale "percorsi socio-sanitari"*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- Schaffer H.R., *Lo sviluppo sociale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996
- Scisci A.-Vinci M., *Differenze di genere, famiglia, lavoro*, Roma, Carocci, 2002
- Sherif M. e C.W., *Social Psychology*, Harper-Inter Ed., New York 1969
- Stella-C. Saraceno (a cura di), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna, Il Mulino, 2007
- Tajfel H., *La catégorisation sociale*, in S. Moscovici (a cura di), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1972
- Taurino A., *Psicologia della differenza di genere*, Carocci Editore, Roma 2005
- Terragni L., *Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale In Italia*, Milano, Franco Angeli, 1997

Trasforini M. A., *Il corpo accessibile. Una riflessione sui corpi di genere, violenza e spazio*, in «Polis», 1999, 2

Ventimiglia C., *La differenza negata. Ricerca sulla violenza sessuale in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1987

Zamagni S., *Migrazioni, multiculturalità e politiche dell'identità*, in: C. Vigna – S. Zamagni, (a cura di) *Multiculturalismo ed identità*, Milano, Vita&Pensiero, 2002

Sitografia

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.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.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.aogoi.it Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. La AOGOI è una grande comunità scientifica, con più di 5000 adepti, punto di riferimento fondamentale della Ginecologia Italiana, all'avanguardia nella ricerca scientifica in campo ostetrico e ginecologico.

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.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.donnemedico.org Sito dell'Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M), fondata a Salsomaggiore Terme il 14 ottobre 1921. E' 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 internazionale 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.

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.europa.eu Sito ufficiale dell'unione Europea

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 socio sanitari.

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.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.

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.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.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.Da., 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

www.pariopportunita.gov.it Sito Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri

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.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 Unite

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

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.