



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 Sicilia

*Anna Alessi
Stefania Campisi
Maria Rosa Lotti*



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 GIACCONE
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 ringrazia per la disponibilità e la preziosa collaborazione, senza la quale non sarebbe stato possibile raggiungere i risultati previsti, i Direttori generali, i Direttori sanitari, il Questore di Palermo, i Responsabili di: A.R.N.A.S. Civico Di Cristina Benfratelli Palermo, A.O.U.P. "Paolo Giaccone" Palermo, A.O. "O.R. Villa Sofia-Cervello" Palermo, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli Palermo, Questura di Palermo, ASP Trapani - Presidio Ospedaliero A. Ajello di Mazara del Vallo, ASP Palermo, U.O. Interventi per immigrati, rifugiati e nomadi del Comune di Palermo Settore Servizi Socio- Assistenziali, Comune di Mazara del Vallo, Casa della Comunità Speranza di Mazara del Vallo, Poliambulatorio di Emergency, INMP.

Vogliamo ringraziare in modo particolare Maria Cristina Conigliaro, Maria Giovanna Distefano, Rosaria Licata, Giovanna Miccichè, Vincenza Mirabilini, per la loro ineguagliabile collaborazione, disponibilità e competenza.

Un ringraziamento particolare va agli/lle operatori/trici sanitari/e che hanno contribuito alla realizzazione della presente indagine e alle/ai testimoni privilegiati che ci hanno fornito il loro sguardo prezioso sui temi trattati. Un grazie alle mediatrici culturali che ci hanno offerto la loro esperienza. E ancora grazie alle donne che abbiamo intervistato e che ci hanno dedicato disponibilità di tempo e di narrazione, riattraversando memorie antiche ed esperienze attuali, talora ancora intrise di dolore. Grazie alla loro testimonianza il percorso di altre donne che vivono situazioni di violenza, lo auspichiamo, potrà trovare una migliore accoglienza e ascolto nei presidi sanitari coinvolti.

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

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



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 di ricerca locale: la Sicilia

*Anna Alessi
Stefania Campisi
Maria Rosa Lotti*

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 di donne e giovani donne, quando 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 d'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 un'integrazione funzionale che possa mettere in connessione tutte le agenzie sociali, sanitarie e le 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 l'intero 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. Nello stesso

tempo 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 Autonoma 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, dall'esperienza spagnola. Il contatto e la collaborazione con i poli sanitari per l'emersione del fenomeno e un'adeguata presa in carico delle vittime, avvenuta in seguito al progetto Daphne "V.e.R.S.O.", hanno fornito un ulteriore elemento 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

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.e.R.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.e.A. - indagine regionale sul fenomeno della violenza finanziato dalla Regione Abruzzo.

di appartenenza, pratiche presenti in alcuni contesti sociali anche tra le native.

I territori coinvolti nell'intervento sono dunque stati per l'Italia la Regione Siciliana, con le città di Palermo e 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 a una presa in carico socio sanitaria delle donne vittime di violenze dovute a pratiche tradizionali. Forme che non sempre sono riconosciute come violenza, tranne che nei casi in cui le evidenze fisiche della stessa la impongano in quanto tale, ma che spesso invece sono lette in termini culturali. Si pensi ad esempio 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 è 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 sono istituite Linee

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.

guida⁶ per realizzare un'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 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 un'analisi, eseguita dal contatto di queste donne con il sistema socio sanitario (ospedali, ambulatori, servizi sociali e per alcune tipologie polizia). Gli ospedali, gli ambulatori sanitari sono i luoghi privilegiati per la 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 (in questo momento è il caso dell'Italia) e di rimpatrio.

L'OMS rileva come "il sistema sanitario rappresenti la prima possibilità di contatto per le donne vittime di violenza" e conclude che " [...] troppi pochi medici, infermieri ed altro personale sanitario hanno coscienza e competenza nel riconoscere il problema che sottende tante patologie che affliggono le donne o sanno offrire loro aiuto, specie là dove non sono disponibili servizi specifici [...]"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

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

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.

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 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 a un campione composto di 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 in conformità a una griglia di 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 prevista 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 e uno per la Regione Catalogna - dove si analizzano i contesti territoriali in cui si

sono realizzate le azioni e si illustrano le evidenze emerse dell'indagine a livello locale.

Il presente Rapporto di ricerca si articola in due capitoli che forniscono una lettura del contesto e dei dati emersi nella Regione Siciliana.

Nel primo capitolo si presenta il contesto locale con lo scopo di fornire una visione della realtà in cui si è realizzata l'indagine. Si propone di restituire una rappresentazione complessiva dei soggetti – donne e servizi - cui si rivolge l'intervento, partendo da una lettura socio demografica, descrivendo i sistemi di intervento a livello regionale e locale, le procedure interne adottate dai servizi ospedalieri e il protocollo di rete tra le aziende ospedaliere e con la Rete antiviolenza di Palermo. Inoltre, si riporta una breve descrizione dei servizi che intervengono a favore delle donne, in particolare migranti, nelle situazioni di violenza e maltrattamento, la cui versione integrale è disponibile sul sito www.irisagainstviolence.it.

Nel secondo capitolo si propone una lettura delle evidenze emerse nella ricerca locale quanti - qualitativa⁹, con un approccio “che sostituisca alla tradizionale coppia soggetto/oggetto, la coppia identità/alterità, che meglio rappresenta il carattere costruttivista del nostro “andare a guardare”. Partendo dal presupposto che i servizi sanitari siano in una posizione di privilegio per il riconoscimento delle violenze, in specie attraverso gli ambulatori e i reparti di ginecologia ai quali le donne si rivolgono in uno o più momenti della propria vita, l'indagine mostra come questa opportunità sia spesso disattesa. Ciò è dovuto al fatto che pochi medici, infermieri o altro personale sanitario abbiano la conoscenza e la formazione necessarie per riconoscere le varie forme di violenza e/o per individuarla come causa dei problemi di salute che le donne manifestano, oppure che siano in grado di fornire un'assistenza che vada oltre l'immediata necessità medica, indirizzando la donna verso quei servizi che siano in grado di accoglierla o proteggerla.

Per approfondire i temi trattati e le azioni realizzate, si può visitare il sito www.irisagainstviolence.it in cui sono presenti anche banche dati

⁹ Nella città di Palermo e di Mazara del Vallo sono stati somministrati 153 questionari agli operatori ed alle operatrici di: A.U.O.P. Policlinico di Palermo; A.O.O.R. Villa Sofia Cervello di Palermo; A.O. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo; A.R.N.A.S. Civico di Palermo, consultori dell'ASP6 di Palermo, A.O. Abele Ajello di Mazara del Vallo. Sono state realizzate 13 interviste a testimoni privilegiati.

sui riferimenti delle normative internazionali e comunitarie, oltre che nazionali, citate nel testo.

PARTE I - La Regione Sicilia: analisi di contesto

di M.R. Lotti, S. Campisi

Per contestualizzare le indagini previste nel progetto IRIS e gli interventi che da queste sono scaturiti, si sono acquisiti alcuni elementi di sfondo per tracciare lo scenario regionale, con specifici affondi riguardo ai territori nei quali insistono le attività progettuali. A tal fine si sono acquisiti dati statistici e documenti programmatori, sia a livello regionale sia locale. Nello specifico: i Piani Operativi FESR e FSE; la riforma del sistema sanitario regionale, la bozza di Piano Sanitario Regionale, le normative di settore; i piani strategici locali, i dati statistici del Comune di Palermo e di Mazara del Vallo, i Piani di Zona dei Distretti Socio Sanitari, la documentazione sulle attività realizzate in tema di contrasto e di prevenzione della violenza contro le donne che ivi risiedono. Da questi documenti si è tracciato un quadro del contesto locale, che non ha certo la pretesa di essere esaustivo, ma solo di fornire alcuni elementi utili per tracciare uno scenario sulla qualità della vita, o la difficoltà del vivere, delle donne e degli uomini italiani/e e immigrati/e che risiedono nell'isola.

Le suggestioni che ci vengono dai dati statistici

La popolazione siciliana si è mantenuta negli ultimi venti anni intorno ai cinque milioni di abitanti, corrispondente a poco più dell'8% della popolazione italiana. All'1 gennaio 2010 la componente femminile è pari al 51,7% del totale, mentre quella maschile al 48,3%. La distribuzione dei residenti mostra grandi concentrazioni nelle province di Palermo, Catania e Messina, mentre nell'interno dell'isola si presenta una bassa densità demografica.

Dalla lettura delle caratteristiche della popolazione siciliana emergono alcuni dati utili a tracciare lo scenario locale nel quale si sviluppano le attività progettuali, tra cui il primo che si rende evidente, anche perché emerso solo in questi ultimi anni, è quello che segnala anche per questa

regione il calo delle nascite. Fenomeno che fa dell'Italia una delle nazioni più anziane d'Europa e che caratterizza anche la popolazione siciliana dall'inizio degli anni novanta. Basta evidenziare che dai circa 68.996 nati del 1992 si passa ai 42.673 del 2001, con un saldo pari al -38%. E' un dato che si accompagna, come a livello nazionale, al miglioramento delle condizioni di sopravvivenza; fattori che hanno determinato un invecchiamento della popolazione con evidenti ricadute sull'indice di dipendenza strutturale. Sino a trenta anni fa l'età media della popolazione siciliana era pari a 34 anni, mentre i dati del 2009 rilevano un'età media che supera i 40 anni. In pratica, adesso, quasi un siciliano ogni cinque ha più di 64 anni, mentre nel 1980 tale rapporto era vicino a uno su dieci.

E' evidente che tali cambiamenti abbiano avuto effetti rilevanti sulla vita delle donne, essendo loro che a tutt'oggi garantiscono il maggior carico del lavoro di cura nella famiglia, in un territorio cronicamente deficitario nelle politiche sociali riguardo ai minori e agli anziani.

Altro dato indicativo è la rinnovata propensione all'emigrazione verso altre regioni italiane, in particolare da parte dei giovani. Tra il 1992 e il 2001 sono quasi 140.000 quelli che emigrano verso territori con maggiori opportunità lavorative e di sviluppo professionale.

Sul versante migratorio, questo dato è in parte compensato dalla maggiore presenza di migranti comunitari ed extracomunitari che permangono nel territorio siciliano, sollecitando una lettura differente rispetto all'attrattività dell'isola per le forme migratorie che tendono alla residenzialità e non solo al "passaggio".

Lettura che parrebbe confermata anche da ciò che emerge dalla graduatoria delle Regioni elaborata dal CNEL che, seppur assegni alla Sicilia il terzultimo posto in relazione all'indice di polarizzazione¹⁰ e il penultimo posto riguardo all'indice di inserimento lavorativo¹¹, rileva in merito all'indice di stabilità sociale¹² che sono ben quattro le province siciliane che si collocano nella fascia media.

¹⁰ Capacità di ogni territorio di attirare e di trattenere al proprio interno la popolazione straniera presente a livello nazionale

¹¹ Grado e della qualità della partecipazione degli stranieri al sistema occupazionale locale.

¹² Grado di radicamento e la qualità dell'inserimento degli immigrati nel tessuto sociale locale.

La popolazione immigrata in Sicilia, pur confermando un'incidenza molto di sotto la media nazionale, mostra nell'ultimo decennio un andamento crescente che l'ha portata a fine 2009 a una presenza complessiva pari a quasi 127.310 residenti stranieri, di cui 66.559 femmine e 60.751 maschi, con un'incidenza sul totale dei residenti pari al 2,5% (contro una media italiana del 7,0%).

Cittadini Stranieri. Bilancio demografico anno 2009 e popolazione residente al 31 Dicembre – Regione Sicilia¹³	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° Gennaio 2009	54.389	60.243	114.632
Iscritti per nascita	914	908	1.822
Iscritti da altri comuni	3.269	2.087	5.356
Iscritti dall'estero	7.468	8.382	15.850
Altri iscritti	263	140	403
Totale iscritti	11.914	11.517	23.431
Cancellati per morte	90	83	173
Cancellati per altri comuni	2.596	2.997	5.593
Cancellati per l'estero	265	324	589
Acquisizioni di cittadinanza italiana	635	840	1.475
Altri cancellati	1.966	957	2.923
Totale cancellati	5.552	5.201	10.753
Popolazione straniera residente al 31 Dicembre 2009	60.751	66.559	127.310
Minorenni	12.423	12.834	25.257

Si tratta soprattutto di giovani uomini e donne, di cui la metà ha un'età compresa tra i 18 e i 39 anni, che incide sulle nascite regionali, di cui il 12,4% del totale proviene, infatti, da genitori stranieri. Di questa popolazione, sino al 2007 la componente maschile presenta una quota più rilevante rispetto a quella femminile, ma da quell'anno si assiste a un'inversione di tendenza, mentre ammonta a circa il 21% l'incidenza dei minori sul totale della popolazione. Per quanto riguarda le aree di

¹³ Dati ISTAT – 31 dicembre 2009

origine della popolazione immigrata, il Dossier statistico 2009 Caritas - Fondazione Migrantes, Immigrazione, conferma l'incremento in questi ultimi anni della componente romena (attualmente la più forte comunità presente nell'isola), modificando così la composizione della popolazione straniera presente, in precedenza caratterizzata soprattutto da presenze della Tunisia, del Marocco, dello Sri Lanka, dell'Albania e della Cina. Sono le aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina i luoghi con una maggiore presenza di popolazione immigrata. Si rileva, però, un notevole incremento per la provincia di Trapani (15%), territorio nel quale si realizzano le attività di indagine, che vede un particolare aumento della componente femminile in un territorio dove prevaleva la componente maschile, anche per le caratteristiche del mercato del lavoro locale, dove agricoltura e pesca assorbono un buon numero di manovalanza straniera, restando però predominante la presenza maghrebina. La provincia di Palermo, altro territorio su cui insistono le attività di ricerca, vede confermata la presenza maggioritaria di cittadini dello Sri Lanka e del Bangladesh, seppur con un forte incremento della popolazione romena, in specifico di donne.

Altro elemento su cui porre l'accento, senza addentrarsi nei dati del mercato del lavoro siciliano, è l'aumento della povertà che caratterizza per l'isola il primo decennio del 2000, e che non tende a diminuire data la crisi economica che ha pesantemente investito il tessuto produttivo locale in questi ultimi anni. Tale dato è rilevato nel Rapporto 2009 su povertà ed esclusione sociale in Italia a cura di Caritas Italiana - Fondazione Zancan, dove si rileva, rispetto alle regioni campione, che sono quelle del Mezzogiorno le più caratterizzate da rilevanti variazioni nell'incidenza della povertà economica. È citato quale esempio la Sicilia, dove nel 2002 il 21,3% delle famiglie residenti si collocava sotto la linea di povertà relativa, per passare nel 2008 al 28,8% delle famiglie, con un aumento a dir poco significativo. Va posto in rilievo, inoltre, come la componente femminile della povertà sia in aumento, riguardando soprattutto i nuclei monoparentali, composti per la maggiore parte di donne sole e con figli/e.

Infine, l'ISTAT stima che in Sicilia il fenomeno della violenza contro le donne¹⁴ riguardi il 23,3% delle adulte, proponendosi quale problema sociale ancora sommerso e che si annida soprattutto nelle mura domestiche. L'indagine sottolinea che riguarda anche i minori, evidenziando come il 4,3% della popolazione femminile da 16 a 70 anni abbia subito forme di violenza sessuale prima dei 16 anni, di cui oltre il 50% da parte di parenti o conoscenti. È segnalata una rilevante difficoltà delle donne a chiedere aiuto e a denunciare (solo il 2,4% denuncia la violenza subito nel caso sia stato il partner ad esercitarla, mentre è il 3,4% la percentuale di denuncia nel caso l'autore non sia il partner), sia per problemi legati alla vittimizzazione, sia per l'alta soglia di tolleranza del fenomeno nel contesto culturale. Dato che va connesso anche alla necessità di formazione adeguata da parte degli operatori/trici che le accolgono, rilevata nella stessa indagine attraverso le voci delle donne e dalle indagini realizzate con il Progetto Urban Rete anti violenza attraverso l'analisi dei bisogni degli stessi operatori oggetto delle ricerche.

Un accenno alla programmazione comunitaria

La Sicilia è una delle regioni italiane obiettivo convergenza, cioè sostenuta dai fondi comunitari nel suo processo di sviluppo attraverso diversi Programmi Operativi, di cui per le attività progettuali si sono analizzati il FESR e il FSE 2007-2013. Uno degli obiettivi trasversali dei programmi, unitamente alle pari opportunità, è quello dell'inclusione sociale, che viene coniugato interventi rivolti a differenti target individuati come fragili, tra cui le donne e gli immigrati. Non è questa la sede per un'analisi delle azioni proposte, ma a titolo esemplificativo, riprendiamo in sintesi la lettura delle difficoltà dei target sui quali si vuole intervenire il FSE con le risorse disponibili:

Non accenna a decrescere la consistenza dei fenomeni di "svantaggio" che costituiscono un potenziale sociale di esclusione e povertà, nonché bersaglio delle politiche sociali e delle pari opportunità. I gruppi che necessitano di un supporto per l'inclusività attraverso la formazione e il lavoro sono rappresentati da:

¹⁴ ISTAT *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia* Roma, 2006

- *le donne soprattutto con carichi familiari, che a fronte di alti livelli di scolarizzazione e più alto tasso di successo scolastico rispetto agli uomini, non riescono ad inserirsi in modo stabile nel mercato del lavoro, non fruiscono di formazione sul lavoro, hanno difficoltà a conciliare vita familiare e lavorativa e raggiungere livelli retributivi/contributivi accettabili. La crescita nei tassi di occupazione delle donne registratasi in questi ultimi anni, d'altra parte solo marginalmente è stata in grado di colmare gli ampi divari che caratterizzano l'occupazione femminile in Sicilia rispetto ai benchmarking nazionali e dell'Unione europea, rimanendo, in termini percentuali, ancora ben lontana dall'obiettivo di Lisbona.*
- *gli immigrati, che possono dividersi in due grandi gruppi, entrambi in aumento:*
 - 1) *con tendenza alla stabilizzazione anche per l'avvenuto ricongiungimento familiare e la nascita di bambini in territorio siciliano,*
 - 2) *di passaggio e con gravi problemi di adattamento in vista della partenza verso mete più appetibili;*
- *i soggetti generalmente gestiti dai servizi sociali e inquadrati come problematici ma recuperabili anche grazie al lavoro (disabili, detenuti, tossicodipendenti, giovani con problemi con la giustizia, ecc.);*
- *i giovanissimi (drop out) che sfuggono ai sistemi di istruzione e formazione per diventare quasi sempre risorse utilizzate per attività irregolari spesso illecite, ritrovandosi in età adulta senza alcun titolo formativo utilizzabile;*
- *irregolari e lavoratori del sommerso che complessivamente costituiscono un quarto della forza lavoro operante in Sicilia.*

E' chiaro come l'intervento intercetta due dei target obiettivo delle azioni previste con i fondi comunitari, intersecandosi con le attività che per questi soggetti (donne e immigrati) saranno sviluppate con i fondi.

Il contesto normativo: la specificità siciliana

Per lo sviluppo delle attività si sono considerati alcuni aspetti normativi di rilievo per il target dell'intervento, cioè donne italiane e straniere vittime di violenza, in specifico si è fatto riferimento a:

- normativa nazionale in tema di violenza contro le donne e di pratiche tradizionali dannose;

- normativa regionale in tema di welfare e salute;
- normativa che disciplina il flusso degli immigrati.

Riguardo alla normativa nazionale, si sono estrapolate come indicative, alcune delle leggi che trattano il tema della violenza contro le donne e le pratiche tradizionali dannose, riportate nel box sottostante. Si tratta di alcuni spunti utili per chi lavora con le donne vittime di violenza di genere, che può essere approfondita:

- Per l'analisi della normativa internazionale e nazionale (italiana e spagnola), si rimanda al sito www.irisagainstviolence.it dove sono pubblicati specifici data base con la normativa in vigore.
- Per l'analisi degli aspetti inseriti sia nel Codice Penale che in quello Civile italiano si rinvia al sito web www.antiviolenzadonna.it dove è pubblicata una sezione specifica sulle Leggi che tutelano le donne e sulle informazioni legali utili a chi opera nei servizi o alle donne vittime di violenza.

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

Per quanto riguarda la Tratta degli esseri umani, viene redatto il Protocollo ONU "Protocollo per prevenire, reprimere e sanzionare la tratta degli esseri umani, soprattutto donne e bambini, addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale", firmato a Palermo il 12, 15 dicembre 2000 che è entrato in vigore il 25 dicembre 2003 e la Convenzione ONU che è stata ratificata dall'Italia con la Legge n. 46/2006. Inoltre il Consiglio d'Europa redige una Convenzione sulla lotta contro la tratta di esseri umani,

approvata a Varsavia il 16 maggio 2005 e ratificata dal Governo italiano in data 3 giugno 2010.

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

Non si sono presi in considerazione, anche se saranno oggetto di analisi per l'elaborazione di suggerimenti e linee guida, il recente Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking e gli impegni che l'Italia si assumeranno con la sottoscrizione della Convenzione europea sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (CETS n° 210)¹⁵.

Riguardo alla violenza contro le donne, la Regione Siciliana non ha legiferato e si applicano le norme attive nazionalmente, ma non è così rispetto all'**accoglienza degli/le immigrati/e che entrano nel territorio per motivi di lavoro o di ricongiungimento familiare**.

A livello nazionale, presso le Prefetture-Uffici Territoriali del Governo, è attivo uno Sportello Unico per l'Immigrazione per il disbrigo delle pratiche riguardanti le procedure di prima assunzione di lavoratore non comunitario residente all'estero e di ricongiungimento familiare. Lo Sportello, istituito in base all'art. 18 della Legge Bossi-Fini, è responsabile del procedimento che si riferisce all'assunzione di lavoratori/trici subordinati stranieri a tempo determinato ed indeterminato.

¹⁵Il 07 aprile 2011, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato la [Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence](#). Questa Convenzione è il primo strumento giuridicamente vincolante in tutto il mondo, che crea un quadro giuridico globale per prevenire la violenza, per proteggere le vittime e per porre fine all'impunità dei colpevoli. Definisce e criminalizza le varie forme di violenza contro le donne (tra cui matrimoni forzati, mutilazioni genitali femminili, stalking, violenza fisica e psicologica e la violenza sessuale). La Convenzione è stata sottoscritta a Istanbul il 13 maggio 2011 da 13 paesi europei: Austria, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Lussemburgo, Montenegro, Portogallo, Slovacchia, Spagna, Svezia e Turchia.

La Regione Sicilia, a statuto speciale, non ha ancora provveduto all'emanazione delle norme di attuazione del Testo Unico sull'Immigrazione e l'istituzione dello Sportello Unico per l'Immigrazione presenta una specifica connotazione. In data 6 febbraio 2006 è siglata l'Intesa istituzionale e di programma tra la Regione Siciliana (Dipartimento regionale di protezione civile) e il Ministero dell'Interno *Attuazione degli interventi di assistenza e di primo soccorso degli stranieri che sbarcano clandestinamente sul territorio della Regione*, volta a regolamentare i rapporti tra Stato e Regione nella specifica materia del lavoro. Tale intesa prevede che la Regione Siciliana assicuri la propria collaborazione riguardo alle procedure di assunzione dei lavoratori subordinati stranieri. A differenza che nelle altre regioni italiane, le competenze sono così definite:

- ◆ il rilascio del nulla-osta è affidato all'Ufficio Provinciale del Lavoro (Servizio Ufficio Provinciale del lavoro - SUPL);
- ◆ la titolarità delle procedure per il ricongiungimento familiare è mantenuta dalle Prefetture¹⁶.

Altra peculiarità siciliana riguarda **l'ordinamento dei servizi di assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari in Sicilia**.

La Sicilia ha adottato nel 2003 con Decreto del 4 luglio dell'Assessorato alla Sanità, le *Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*, disciplinando i servizi in materia di assistenza sanitaria. Nello specifico le norme si rivolgono a tre tipologie di cittadini:

- A. *Cittadini extracomunitari in regola con le norme di soggiorno, o chi abbiano richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per attività lavorativa, motivi familiari o di ricongiungimento, asilo politico o umanitario, attesa di adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza, motivi di salute. Questi cittadini hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario pubblico a parità di trattamento con i cittadini italiani, valido sino alla scadenza del*

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

permesso di soggiorno, con proroga di 6 mesi in caso di rinnovo. L'assistenza si estende anche ai familiari regolarmente soggiornanti.

- B. *Stranieri in possesso di un permesso di soggiorno di durata superiore ai tre mesi che non sono tra coloro che rientrano di diritto all'iscrizione al servizio sanitario.* Questa tipologia può richiedere l'iscrizione volontaria. Così come chi soggiorna per motivi di studio allocati alla pari, anche se con permesso inferiore ai tre mesi. Iscrizione non valida per i familiari a carico.
- C. *Cittadini Stranieri Temporaneamente Presenti non iscritti al servizio sanitario nazionale (STP), ai quali (coerentemente con la normativa nazionale) è rilasciato un tesserino STP, ai fini di assicurare cure ambulatoriali o ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a tutela della salute individuale e collettiva.* Il tesserino è rilasciato da qualsiasi ASP, azienda ospedaliera, IRCCS e policlinici universitari della Regione.

Il Decreto definisce anche l'organizzazione dei servizi per quanto riguarda le ASP e le AO, in specifico:

1. *Aziende Sanitarie Provinciali – Servizio di accoglienza attiva per cittadini extracomunitari, in ragione di almeno uno per ciascuna Azienda.* Tali servizi devono garantire: interventi sanitari di 1° livello (medicina generale), segretariato sociale, rilascio codice STP, invio ad altre strutture di 2° livello.
2. *Aziende Ospedaliere - Servizio di accoglienza attiva per cittadini extracomunitari, che devono garantire: assistenza e supporto per il ricovero, rilascio codice STP, segretariato sociale, invio alle strutture territoriali, ambulatori dedicati.*

Per ambedue le tipologie di servizi si prevede l'organico indispensabile: due medici, un infermiere, un assistente sociale, un'unità amministrativa e possibilmente un mediatore culturale. Inoltre, è previsto l'obbligo della formazione del personale che, a diverso titolo, si rapporta con gli utenti immigrati, per favorirne l'accesso ai servizi sanitari.

Il sistema di intervento locale in tema di violenza di genere verso le donne

Per chiudere questa breve panoramica, vogliamo sinteticamente descrivere come si affronta il fenomeno della violenza contro le donne nella regione Sicilia; anche in questo caso si procederà per appunti di lavoro, così da tracciare gli ultimi tratti dello scenario su cui si muove il progetto IRIS.

La Sicilia non si è ancora dotata di una normativa specifica riguardante la violenza di genere, né che disciplini i servizi pubblici e privati che operano per la prevenzione e il contrasto di questo fenomeno. Negli anni 2009 – 2010, sono state presentate tre proposte di legge all'Assemblea Regionale Siciliana, successivamente accorpate in un unico testo in attesa di discussione alla Commissione dell'ARS deputata.

All'oggi il sistema di intervento locale si basa sulle normative nazionali e sulle Leggi Regionali che regolano i servizi alle persone e alla famiglia. Si tratta della L.R. 22/86; della L.R. 10/2003; della L.R. 5 del 2009 sul riordino della sanità e dei D.A. che l'hanno accompagnata; delle norme applicative della L. 328/2000, che non è stata ancora recepita nella sua integrità dall'Assemblea Regionale Siciliana, ma che viene attuata con apposite linee guida periodicamente emanate dall'assessorato competente, delle normative in tema di salute e del Piano di azione sanitario.

Nello stesso tempo, a partire dalla programmazione comunitaria 2000-2006, il POR Sicilia ed i Piani Operativi per il 2007-2013 hanno inserito, grazie alla spinta del partenariato sociale ed economico che partecipa ai processi concertativi (con la presenza nel Forum del partenariato de Le Onde Onlus), specifiche azioni per il miglioramento del sistema locale di intervento in favore delle donne vittime di violenza. Tra le quali la possibilità di godere di interventi che ne favoriscano l'occupazione, la formazione degli operatori/trici pubblici e privati presenti nel territorio e l'opportunità di strutturare una vera e propria azione di sistema nell'attuale ciclo programmatico, così da creare le basi per la delineazione di un Piano di azione regionale contro la violenza di genere verso le donne.

Nel ciclo di programmazione 2000-2006, va ricordato che la Regione ha stipulato e attuato un Accordo di Programma Quadro in tema di Recupero della marginalità sociale e pari opportunità che ha permesso l'attivazione di servizi contro la violenza verso le donne e i minori, impegnando 5.000.000,00 di euro per fornire un impulso alla presa in carico delle donne e dei minori vittime. Tale investimento, però, non è stato in seguito capitalizzato dai comuni, individuati quali enti deputati a garantire quei servizi che in quel contesto si fossero affermati come efficaci e performanti.

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

L'azione delle associazioni di donne che nel territorio regionale gestiscono centri antiviolenza, unita al radicamento delle esperienze prodotte dalle Reti locali antiviolenza - attive ad Agrigento, Catania, Palermo e recentemente istituitasi a livello provinciale a Trapani, che hanno prodotto impulsi nelle istituzioni aderenti e di conseguenza negli ambiti programmatori che loro competono - hanno permesso di introdurre il tema nelle agende di governo regionale e locale di cui si iniziano a vedere i primi, seppur a volte contraddittori, risultati.

E' la realtà palermitana che fa da precursore per la regione riguardo a progetti, indagini, servizi (centro antiviolenza, case rifugio, servizi specializzati pubblici), elaborazione di specifiche procedure, formazione degli operatori/trici del sistema di intervento tra cui le forze dell'ordine (resi possibili anche dalle risorse POR). Sempre in questo territorio, nel corso degli anni si sono realizzati alcuni progetti Daphne, di cui segnaliamo l'ultimo in tema di interventi sanitari, il progetto Daphne II n. JAI/DAP/2004-2/054/WY "V.e.R.S.O.", che ha attivato nella Rete locale la collaborazione con gli ospedali partner del progetto in corso, portando alla formalizzazione di un Protocollo di Intesa che coinvolge

Comando Provinciale dell'Arma dei Carabinieri; Polizia di Stato - Questura di Palermo; Comune di Palermo – Assessorato Attività Sociali; Provincia Regionale di Palermo – Assessorato Servizi Sociali; Ufficio Scolastico Provinciale; Procura presso il Tribunale di Palermo; Tribunale Ordinario di Palermo; A.R.N.A.S. Civico di Palermo; ASP 6; Università di Palermo; Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone” di Palermo; Azienda Ospedaliera “Villa Sofia - Cervello” di Palermo; Ufficio della Consigliera di Parità Regionale; Ass. le Onde Onlus; Associazione pediatri di base DISTURI di Palermo; Centro Sociale Laboratorio Zen Insieme; EdA “A. Ugo”; Ecap Palermo; I Siciliani Coop. Sociale.

Va segnalato, inoltre, che alcune realtà siciliane sono state oggetto degli interventi realizzati con il coordinamento del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, i primi realizzati nell'ambito delle due fasi operative della Rete antiviolenza tra le città Urban Italia, si tratta di Palermo, Catania, Siracusa e Misterbianco. In seguito, alcune realtà locali sono divenute dapprima territori pilota del progetto Arianna – Attivazione Rete nazionale ANtivioleNzA e ora Ambiti Territoriali di Rete del “ Servizio di supporto tecnico-operativo finalizzato al rafforzamento della ‘Rete Nazionale Antiviolenza’ ed alla gestione del servizio di call center mediante il numero di pubblica utilità 1522 a sostegno delle donne vittime di violenza intra ed extra-familiare”¹⁷, aderendo alla Rete Nazionale antiviolenza coordinata dal Dipartimento per le Pari Opportunità (DPO). Si tratta di Palermo, Catania e Agrigento. Infine, nei territori oggetto del progetto IRIS si è realizzato un intervento, finanziato dal DPO¹⁸, di potenziamento della Rete di Palermo e avvio della Rete trapanese, costituitasi nel 2010 e coordinata dalla Provincia Regionale di Trapani, cui aderiscono la Questura di Trapani, la Procura della Repubblica, ASP Trapani, Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni di: Alcamo, Buseto Palizzolo, Calatafimi, Campobello di Mazara, Castellammare del Golfo, Castelvetro, Custonaci, Favignana, Ghibellina, Marsala, Mazara del Vallo, Paceco, Pantelleria, Partanna, Petrosino, Poggioreale, Salaparuta, Salemi, San Vito Lo Capo, Santa Ninfa, Trapani, Valderice; Università di Palermo Polo

¹⁷ Avviso Anno 2009

¹⁸ “Avviso pubblico per il finanziamento di progetti finalizzati a rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto della violenza di genere” pubblicato in data 06/12/2007 dal Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Didattico di Trapani, Ufficio della Consigliera di Parità Provinciale, Ordine dei Medici di Trapani.

Progetto che ha anche permesso il supporto ad un laboratorio regionale interdipartimentale sul fenomeno della violenza di genere verso le donne, con la produzione di un Documento di Sintesi che propone azioni programmatiche e attuative di prevenzione e contrasto del fenomeno¹⁹.

I contesti locali:

Palermo

La popolazione residente a Palermo, al 31 dicembre 2009 è pari a 656.081²⁰ abitanti, di cui 311.030 maschi (47,4%) e 345.051 femmine (52,6%).

Gli stranieri residenti alla stessa data ammontano a 18.188²¹, di cui 8.392 maschi e 9.796 femmine, con la presenza di 3.755 minorenni, pari al 20,65% della popolazione residente, dato di grande rilievo per le caratteristiche ed i bisogni che queste comunità rappresentano alla città. A Palermo risiedono alcune significative comunità, peraltro in costante aumento, di cui abbiamo evidenziato

- ◆ Comunità di singalesi (cittadini dello Sri Lanka), pari a 3.388 residenti, pari al 18,6% della popolazione straniera, di cui 1.819 femmine e 1.565 maschi.
- ◆ Comunità bengalese (cittadini del Bangladesh), pari a 2.872 residenti, di cui 1.131 femmine e 1.741 maschi, pari al 15,80% della popolazione straniera.
- ◆ Comunità rumena, con 1.991 residenti, 10,9% della popolazione straniera residente, di cui 1.532 femmine e 459 maschi.

¹⁹ Progetto Fare Rete: potenziamento e avvio di reti anti violenza in Sicilia, cofinanziato Dipartimento per le Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri - LABORATORIO COI DIPARTIMENTI E GLI UFFICI REGIONALI *DOCUMENTO DI SINTESI*, Palermo 2010

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

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

- ◆ Comunità tunisina, con 1.155 residenti, pari al 6,4% della popolazione straniera, di cui 536 femmine e 619 maschi.
- ◆ Comunità mauriziana, con 1.144 residenti, pari al 6,3% della popolazione straniera, di cui 609 femmine e 535 maschi.
- ◆ Comunità di filippini, con 1.137 residenti, pari al 6,3% della popolazione straniera, di cui 708 femmine e 429 maschi.
- ◆ Comunità cinese, con 838 residenti, pari al 4,6% della popolazione straniera, di cui 442 femmine e 396 maschi.
- ◆ Comunità ghanese, con 767 residenti, pari al 4,2% della popolazione straniera, di cui 344 femmine e 423 maschi.
- ◆ Comunità di marocchini, con 749 residenti, pari al 4,1% della popolazione straniera, di cui 382 femmine e 367 maschi.
- ◆ Comunità serba, con 569 residenti, pari al 3,1% della popolazione straniera, di cui 314 femmine e 255 maschi.
- ◆ Comunità ivoriana (cittadini della Costa d'Avorio), con 390 residenti, pari al 2,1% della popolazione straniera, di cui 189 femmine e 201 maschi.

L'analisi delle aree geografiche di provenienza fa emergere che gli stranieri residenti a Palermo sono soprattutto asiatici (in particolare centro orientale) e africani (soprattutto del nord Africa), anche se vi è stato un visibile aumento nel corso degli ultimi anni di cittadini dell'Unione Europea, in particolare rumeni.

Anche le comunità residenti a Palermo confermano la tendenza a indebolirsi negli anni del rapporto maschi su femmine, rilevando il maggior peso delle donne, come si evince passando all'analisi dei singoli paesi di provenienza si evidenziano differenze marcate, tale dato è da correlare alle caratteristiche della migrazione e in base al tipo di attività lavorativa svolta.

Ovviamente, si tratta di dati che fotografano la presenza di cittadini stranieri "regolari", non essendo possibile avere una dimensione reale di quei cittadini di paesi extracomunitari presenti in città senza permesso di soggiorno, dato che invece emerge dall'analisi delle

informazioni forniteci dai presidi ospedalieri e dall'ASP riguardanti il rilascio di codici STP per l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda gli obiettivi della ricerca, va anche rilevato che, basandosi sulle indicazioni contenute nelle Linee guida ministeriali, sono presenti in città cittadine provenienti da paesi in cui sono praticate differenti tipologie di Mutilazioni Genitali Femminili. Se si sommano le residenti maggiorenni provenienti da Benin (tasso di diffusione della pratica 17%²²), Burkina Faso (77%) e Camerun (14%), Congo (5%), Costa d'Avorio (45%), Egitto (97%), Etiopia (80%), Ghana (12%), Guinea (99%), Kenya (32%), Liberia (50%), Mauritania (71%), Nigeria (19%), Senegal (30%), Somalia (94%), Sudan (90%), Tanzania (18%) e Togo (15%), si arriva ad avere una popolazione di 960 adulte e 250 minorenni provenienti da paesi nei quali vi è la possibilità di essere sottoposte alla pratica.

Infine, la provenienza da paesi asiatici e nord africani segnala invece la presenza di comunità dove questa pratica tradizionale persiste, con diversa intensità secondo il paese di origine. Va considerato che questa pratica, anche in relazione alle politiche migratorie del nostro paese, potrebbe essere uno strumento per permettere la continuità della migrazione transnazionale di alcune famiglie.

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

Come sopra descritto, la presa in carico sanitaria delle/gli straniere/i ha per la Sicilia la peculiarità di un'apposita normativa in vigore dal 2003 che prevede l'istituzione di almeno un **Servizio di accoglienza attiva** nell'ASP Palermo e negli Ospedali attivi nel territorio. Normativa che si traduce nell'attivazione di servizi con caratteristiche differenti, prevalentemente a valenza clinica, o socio-sanitaria. I servizi rilasciano codici STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) ed ENI (Europeo Non Iscritto).

22 Si riportano solo le percentuali, che fanno riferimento alla tabella allegata alle *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di Immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di Mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche* (art. 4 – legge n. 7 del 2006)

Nella città di Palermo, coesistono due modelli di intervento in ambito sanitario pubblico, ambulatori dedicati a carattere sanitario, affiancati dall'istituzione dei Servizi di accoglienza attiva, maggiormente orientati all'accoglienza sociale, negli altri ospedali pubblici:

1. Al primo modello fanno riferimento il

- ◆ **Policlinico - Servizio di day-hospital con annessa attività ambulatoriale**, che fa parte del Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, che è stato pensato e voluto per dare una risposta scientifico-assistenziale alla domanda di salute della popolazione immigrata. L'approccio dell'ambulatorio è quello della medicina generale, con il supporto di consulenti specialisti a integrare le competenze, in special modo psicologi e psichiatri, attivati a richiesta sulla base di un sospetto del medico. Trattasi di un ambulatorio ad accesso facilitato e senza prenotazione che fornisce assistenza di base e specialistica gratuita alla popolazione immigrata. Servizio che ha avuto 1.756 ricoveri nel periodo 2003 – 2009. In considerazione di una presenza presunta (mancano gli irregolari) di 23.812 immigrati nella città di Palermo al gennaio del 2009, il campione è rappresentativo del 7,4 % dell'utenza potenziale. Più della metà (58,03%) dei pazienti provengono dall'Africa, il 21,01% dall'Asia, il 18,96% dall'Europa e solo l'1,99% dall'America del Sud. I paesi complessivamente rappresentati sono in questi anni stati 70²³Questo servizio si affianca a un **Ambulatorio di ginecologia e ostetricia, dedicato alle donne immigrate** che si rivolge specificatamente alle donne non fornite di regolare permesso di soggiorno.
- ◆ Va inoltre rilevato che Il Policlinico di Palermo recentemente si è dotato del sistema SOS Infomondo, un servizio d'interpretariato telefonico che favorisce la comunicazione tra il personale medico e infermieristico e i cittadini di nazionalità e lingua straniera. Il servizio può rivelarsi particolarmente efficace soprattutto in condizioni di emergenza. Attraverso due telefoni (uno per l'operatore sanitario e uno per il paziente), il professionista, selezionata la lingua tra le 20 contrattualmente previste, è messo in

²³ Dati estrapolati dalla relazione sul servizio fornita dal Dr Mario Affronti.

collegamento con un operatore madrelingua che traduce simultaneamente ciò che dirà all'assistito, attivando una conversazione a tre (sanitario – interprete – paziente).

- ◆ **A.R.N.A.S. Civico – U.O. Medicina delle Migrazioni**, finalizzata alle cure delle/dei migranti, che fornisce prestazioni sanitarie urgenti e continuative. Al servizio affluiscono sia immigrati in regola con il permesso di soggiorno ma che trovano oggettive difficoltà a rivolgersi al SSN, che stranieri privi di permesso di soggiorno, ed ancora cittadini comunitari cui viene attribuito il codice ENI. L'ambulatorio, dalla sua istituzione nell'anno 2004, ha attribuito 1.477 STP, di questi va evidenziato che sino al 2007, cioè sino all'entrata della Romania nella Comunità europea, la presenza di migranti rumeni era la seconda in quanto a numerosità e rappresentata per il 99% da donne. I pazienti dell'ambulatorio provengono da tutti i continenti, tra i quali sono maggiormente rappresentati le nazionalità: bengalese con 810 pazienti, ghanese con 498 pazienti, srinkalese con 436 pazienti, marocchina con 337 pazienti, tunisina con 147 pazienti, cinese con 118 pazienti ed ivoriana con 91 pazienti. Si rileva che ben il 65% dei pazienti sono maschi e che solo il 39% degli accessi è di cittadini stranieri irregolari²⁴.

2. Al secondo modello fanno riferimento:

- ◆ **A.O. O.R. Villa Sofia – Cervello**, che vede la presenza nei due presidi ospedalieri di **Servizi di accoglienza attiva** che forniscono prestazioni di assistenza e supporto per il ricovero, rilascio codici STP ed ENI, segretariato sociale e orientamento, punto informativo per i servizi a valenza socio sanitaria e istituzionale presenti nel territorio palermitano. Nell'anno 2009, la richiesta di servizio nel *Presidio Ospedaliero Cervello* è stata di n. 537 pazienti, di cui 381 donne e 156 uomini, e la presenza di irregolari è stata pari a 89 pazienti. Le nazionalità maggiormente rappresentate negli accessi al servizio sono state quelle che si riferiscono alla Romania con il 18%, Sri Lanka con il 10.2%, Ghana con il 9.5%, Bangladesh con il 6.7%, Mauritius e Marocco che superano il 5%. Complessivamente sono

²⁴ Dati estrapolati dalla relazione sul servizio fornita dal Dr Guido Gulisano

62 i paesi di origine dei pazienti che hanno fruito del servizio²⁵. Sempre nello stesso anno l'utenza per il *Presidio Ospedaliero Villa Sofia* è pari a n. 518 accessi, di cui 312 di sesso femminile e 206 di sesso maschile, e la presenza di codici STP è pari a n. 104. Le nazionalità maggiormente rappresentate sono quelle di stranieri provenienti da: Romania, Tunisia, Sri Lanka, Bangladesh, Ex Jugoslavia, Filippine, Marocco, Mauritius, Polonia, ma anche in questo caso sono oltre 50 i paesi di provenienza degli/le stranieri/e²⁶.

- ◆ **ASP Palermo** – che vede attivi al proprio interno un Centro Salute Immigrati che offre assistenza sanitaria mediante rilascio codici STP ed ENI, assistenza ginecologica e ostetrica, counselling, prevenzione, informazione. E' attivo un Servizio di accoglienza per cittadini extra e comunitari (S.A.R.I.), che offre prestazioni ambulatoriali, ambulatorio pediatrico, spazio salute per le donne, sportello sociale con attività di ascolto e orientamento e il rilascio dei codici STP ed ENI. Inoltre, l'ASP ha attivo un servizio di accoglienza telefonica rivolto alle donne vittime di violenza, il numero verde "Telefono donna".

Tutti enti che fanno parte della Rete contro la violenza alle donne e ai minori della Città di Palermo. Peraltro, le aziende Ospedaliere hanno attivato al proprio interno procedure di accoglienza delle donne vittime di violenza, specializzando il loro intervento sia riguardo al primo soccorso sia rispetto ad aree specifiche quali la violenza verso i minori (Civico – presidio Di Cristina), la violenza intrafamiliare (AOOR Villa Sofia - Cervello) e la violenza sessuale (Policlinico)²⁷.

A questi si affiancano le attività dell'**INMP Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà**. L'Istituto, costituito formalmente in base all'applicazione dell'art. 1, co. 827 della legge 296/06 il Ministro della Salute, On. Livia Turco, emana un decreto, in data 3 agosto 2007, opera a

²⁵ Dati estrapolati dalla relazione sul servizio fornita dal Dott.ssa Di Stefano

²⁶ Dati estrapolati dalla relazione sul servizio fornita dal Dott.ssa Sabatino

²⁷ Disponibili in Appendice del presente volume, unitamente a quelle del centro anti violenza de Le Onde Onlus.

livello nazionale, sotto la vigilanza del Ministero della Salute, con il compito, tra gli altri, di istituire strutture sanitarie poli-specialistiche, con uno staff multidisciplinare di mediatori linguistico - culturali formati ad hoc, da utilizzare nell'attività di accoglienza e di facilitazione all'accesso ai servizi del Sistema Sanitario Regionale nelle regioni Lazio, Puglia e Sicilia. Così da poter sperimentare, validare e divulgare un modello di offerta socio-sanitaria multidisciplinare e interculturale, al fine di favorire la tempestività dell'accesso ai servizi e l'efficacia correlata alla compatibilità con l'identità socio-culturale di tali gruppi di popolazione.

Il **Centro regionale** ha sede all'A.R.N.A.S. Civico di Palermo nell'edificio 10 B, con i seguenti servizi: poliambulatorio specialistico per le vittime di tortura, ginecologia, malattie infettive, gastroenterologia e urologia; sportello per il servizio di assistenza sociale, legale e di orientamento scolastico per minori, anagrafe assistiti, presenza del mediatore / mediatrice agli appuntamenti prenotati. Il servizio è attivo in orario antimeridiano dalle ore 9:00 alle 13:30, tutti i giorni, dal lunedì al venerdì. L'Istituto opera in rete con 10 ospedali, con i quali ha condiviso un progetto di specializzazione di alcune figure di mediazione culturale, inserite in questi contesti per quasi un anno, e con i servizi sociali territoriali e la ASP. L'Istituto opera attraverso programmazione di specifici interventi, per informazioni dettagliate sui servizi erogati e per prenotazioni telefonare ai seguenti recapiti: 091.6664554 - 091.6664715 dalle ore 09:00 alle 13.30.

L'offerta di questi servizi sanitari è integrata dalle attività svolte dal privato sociale, in particolar modo va segnalata l'esperienza del **Poliambulatorio di Emergency**, che opera dal 2006 attraverso un Protocollo di intesa con l'ASP che ha fornito lo spazio fisico e la disponibilità di un ricettario per offrire un servizio completo di medicina di base. L'ambulatorio offre assistenza sanitaria a tutti gli stranieri e agli indigenti assolutamente gratuita ed ha attivi stabilmente i seguenti servizi: informazione sociosanitaria erogata da mediatori culturali; medicina generale; odontoiatria; la possibilità di avvalersi di medici specialisti. In particolare, per quanto riguarda le utenti: ginecologia e ostetricia, diagnosi prenatale, servizio di pediatria, cardiologia, ecografia, nutrizionista, senologa. Questo servizio no profit ha avuto nel 2009 ben 8.222 accessi (3.371 uomini e 4.851 donne), di cui 3.34 per la

medicina generale, 2.892 per le visite odontoiatriche, 304 per quelle oculistiche, 853 per le ginecologiche e 1.139 per altre visite specialistiche. Le nazionalità maggiormente rappresentate sono provenienti dalla Romania, Ghana, Bangladesh, Tunisia, Nigeria, Costa d'Avorio. Si segnala però che anche gli italiani fruiscono dei servizi erogati dal Poliambulatorio²⁸.

Inoltre, dalla mappatura effettuata, risultano presenti sul territorio palermitano delle associazioni che gestiscono ambulatori o servizi a carattere sanitario, spesso integrati con le altre attività sociali presenti negli organismi censiti. In particolare, un ambulatorio medico è gestito dalla Cittadella del Povero e della Speranza e dalla Missione "Speranza e carità", un poliambulatorio è gestito dal Centro Agape della Caritas, un servizio di consulenza sanitaria dal Centro Astalli, un ambulatorio medico pediatrico gestito dal Centro delle arti e delle culture dell'associazione Ubuntu e Acunamatata. La Pia Opera Infermi San Vincenzo dei Paoli gestisce un ambulatorio medico pediatrico e la distribuzione dei farmaci, mentre un poliambulatorio è gestito dal Sacro Militare Ordine Costantiniano di S. Giorgio. Queste associazioni svolgono attività spesso a titolo volontario e raramente con l'ausilio di mediatrici/ori linguistici o culturali.

Riguardo agli **interventi a carattere sociale**, il **Comune di Palermo** opera con l'Unità Organizzativa Interventi per immigrati, rifugiati e nomadi che fornisce informazioni e orientamento ai soggetti nomadi e immigrati sui servizi sociali del Comune, sulle procedure amministrative e burocratiche, sull'accesso ai servizi legali, sanitari e lavorativi, mantiene i rapporti con le comunità straniere presenti nel territorio rappresentando le esigenze ai competenti organi, anche attraverso l'azione dei mediatori culturali. Svolge azioni di tutela su incarico dell'Autorità Giudiziaria nei confronti dei "minori non accompagnati"; esegue valutazioni riguardanti i procedimenti ai sensi dell'art. 31 T.U. sull'immigrazione, per gli interventi tendenti a garantire la permanenza sul territorio italiano del genitore straniero privo di permesso di soggiorno, qualora la sua espulsione possa provocare pregiudizio ai figli minori, già integratisi nel territorio cittadino; si fa carico delle

²⁸ Dati estrapolati dalla relazione sul servizio fornita dal Poliambulatorio di Emergency

segnalazioni dell'Ufficio Stranieri della Questura e della presa in carico dei soggetti coinvolti nei programmi di integrazione sociale ex art. 18 Testo Unico sull'immigrazione (soggetti vittime della tratta o ridotti in schiavitù). E' un servizio sovra circoscrizionale rivolto a tutti gli immigrati di qualsiasi sesso nazionalità ed età, ivi compresi i minorenni.

Tutti i servizi sopra descritti, operano con protocolli operativi delineati nell'ambito delle loro specifiche aree di azione, o da normative di settore, costruendo reti interne alle strutture in cui operano e reti esterne sui temi che affrontano.

Per l'analisi di dettaglio dei servizi offerti dal privato sociale si rinvia alla mappatura comunale (reperibile sul sito del Comune di Palermo), ed alla mappatura integrata dalle informazioni ottenute dalla specifica mappa dei servizi per le donne realizzata con il progetto IRIS (reperibile sul sito www.irisagainstviolence.it), il cui focus era individuare quei servizi che possono offrire aiuto e sostegno alle donne vittime di una qualche forma di violenza. E' opportuno evidenziare un quadro in cui i servizi di riferimento per gli immigrati sono realizzati prevalentemente dal privato sociale, con una molteplicità di attività connesse a obiettivi istituzionali degli organismi o ad attività progettuali con uno sviluppo temporale legato al finanziamento erogato.

A questi andranno ad aggiungersi gli Sportelli di Primo contatto avviati con il progetto IRIS che saranno attivati presso gli ospedali partner per sei ore settimanali, con la presenza di operatrici di accoglienza in affiancamento al personale sanitario operante nei servizi dedicati alle immigrate, ma anche alle donne italiane. La violenza verso le donne le riguarda tutte, seppur possano variare alcune pratiche dannose che sono legate alle tradizioni culturali di ogni paese.

... i servizi per le donne

Il progetto ha fatto riferimento alla Rete cittadina contro la violenza alle donne, cui aderiscono i partner locali e che raccoglie al proprio interno tutti gli attori istituzionalmente deputati a intervenire. Si è inoltre ricercata la presenza, verificandone l'operatività, di altri soggetti

rilevanti per gli interventi promossi in favore delle donne ed in particolare delle immigrate, in specifico per quelle vittime di violenza.

Emerge che i servizi pubblici e privati presenti in città, seppur abbiano focalizzato l'utenza femminile come importante ed abbiano, nei casi sopra descritti, predisposto procedure da utilizzare in caso di donne vittime di violenza, non hanno però strutturato protocolli d'intervento per l'accoglienza delle donne vittime di pratiche dannose dovute a tradizioni culturali, fatto salvo per gli Ospedali e nel Centro antiviolenza de Le Onde Onlus, oltre che per chi si occupa di tratta. Nei primi anche in rispetto alle Linee guida sulle MGF, perlomeno negli ambulatori dedicati.

La mappatura del Comune di Palermo, che analizza tutte le risorse disponibili, individua pochi servizi dedicati, ma focalizza alcune attività o prestazioni erogate dai servizi per le donne. In specifico si segnala: un corso per badanti realizzato dal Centro Astalli, uno Sportello donne del Centro Agape della Caritas, l'erogazione di prestazioni specifiche riguardanti l'utenza femminile di colf/badanti/babysitter del Patronato Acli, un'attività sulle pari opportunità del Ceipes, un Centro ascolto dell'Associazione Extra (composta di donne extracomunitarie), consulenze legali civili e penali dell'associazione Pellegrino della terra, ospitalità a giovani donne senza figli in Italia per motivi di studio del Centro Papa Giovanni Paolo II. Sono anche presenti alcune associazioni che offrono ospitalità a donne e ragazze in difficoltà. Inoltre, il Buon Pastore e la Casa dei Giovani, con il Progetto Maddalena, offrono servizi per le vittime di tratta, così come l'associazione Pellegrino della terra. Queste associazioni svolgono attività spesso a titolo volontario e raramente con l'ausilio di mediatrici/ori linguistici o culturali.

Riguardo all'accoglienza e alla presa in carico delle **donne vittime di violenza italiane e straniere**, l'unico servizio dedicato della città è il Centro antiviolenza dell'Associazione Le Onde, che offre prima accoglienza, accompagnamento, consulenze specialistiche psicologiche e legali, ospitalità. Il Centro si coordina per gli interventi con tutti i soggetti della Rete antiviolenza cittadina, in base alle loro competenze istituzionali. Il Centro si è dotato, con risorse del progetto IRIS, oltre alla propria disponibilità nei giorni e orari di apertura, di uno spazio dedicato alle donne straniere, operativo il giovedì pomeriggio su

appuntamento, con la presenza di un'operatrice di accoglienza, di una mediatrice culturale e di una legale. Infine, sempre con il progetto IRIS, si attiveranno gli Sportelli di primo contatto (vedi Scheda sotto riportata). Attività sperimentale che porrà in essere una collaborazione diretta tra il centro antiviolenza de Le Onde Onlus e i presidi ospedalieri partner del progetto.

SCHEDA SPORTELLI

A.O.O.R. Villa Sofia - Cervello - Palermo

Presso il Servizio Sociale Aziendale del Presidio Ospedaliero Cervello

MERCOLEDI' ORE 14.30 - 17.30 e VENERDI' ORE 9.00 - 12.00

Presso il Servizio Sociale Aziendale del Presidio Ospedaliero Villa Sofia

MERCOLEDI' ORE 9.00 - 11.00 e VENERDI' ORE 9.00 - 13.00

A.R.N.A.S. Civico - Palermo

Presso U.O. Medicina delle Migrazioni

MARTEDI' ORE 9.00 - 12.00 e GIOVEDI' ORE 9.00 - 12.00

A.O.U.P. Paolo Giaccone - Palermo

Presso Ambulatorio di Ginecologia: LUNEDI' ORE 15.00 – 18.00

Presso Servizio di Medicina delle Migrazioni: VENERDI' ORE 9.00 - 12.00

A. O. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli - Palermo

presso il Servizio Sociale Aziendale

LUNEDI' ore 9.00 - 12.00 e MARTEDI' ore 9.00 - 12.00

Mazara del Vallo – Trapani

Mazara del Vallo è una realtà caratterizzata dalla presenza importante della filiera pesca, che vive oggi, al pari di altre marinerie mediterranee e di altri comparti produttivi, una crisi grave economica e finanziaria. Nella filiera pesca il 40% degli addetti è di origine extracomunitaria, in prevalenza proveniente dal nord dell’Africa. Si tratta d’intercomunità che convivono con la popolazione indigena (la comunità tunisina è già alla terza generazione). Infatti, circa la metà degli operatori/trici destinati a essere espulsi dal mercato del lavoro, quasi 2.000 lavoratori (si calcola 600 nel primario e almeno 1400 nell’indotto e nella lunga filiera) è rappresentata da extracomunitari di origine musulmana.

Nel decennio 1991-2001, l’andamento demografico delineatosi nel comune di Mazara del Vallo si caratterizza per un’apprezzabile tendenza alla crescita della popolazione rispetto ai rimanenti comuni della provincia di Trapani. Al 31 dicembre 2009 i residenti a Mazara del Vallo sono 51.407, di cui 25.298 maschi e 26.109 femmine. Gli stranieri presenti alla stessa data sono pari a 2.490.

Gli ultimi dati Istat sulla popolazione straniera risalgono al 31.12.2009, e indicano in 2.490 la popolazione straniera residente, di cui 1.283 maschi e 1.207 femmine. Si tratta di poco meno di un quarto della popolazione residente nell’intera Provincia di Trapani che vede complessivamente 11.208 stranieri residenti, di cui 5.555 maschi e 5.653 femmine.

La comunità maggiormente rappresentata nel comune è quella tunisina, con la presenza di 1.989 residenti, di cui 1.049 maschi e 940 femmine. In questo caso va rilevato che questa comunità è la più grande dell’intera provincia, che conta complessivamente 4.034 residenti tunisini. A questa seguono, ma con numeri incomparabilmente inferiori gli stranieri provenienti dalla Macedonia per un totale di 121 residenti (di cui 59 maschi e 62 femmine), dalla Romania per complessivi 110 residenti (di cui 33 maschi e 77 femmine) e dal Marocco con 58 residenti, di cui 42 maschi e 16 femmine.

Per quanto riguarda i **servizi sanitari**, a Mazara è presente il presidio ospedaliero Abele Ajello dell’ASP – Trapani, che opera per il distretto di Mazara, comprendente anche i comuni di Salemi, Vita e Gibellina. Nel presidio è presente un *Servizio di accoglienza attiva* che rilascia i modelli STP ed ENI e offre una prestazione a carattere sociale, a questo

si affianca l'ufficio CEE, dove un'impiegata amministrativa rilascia i medesimi modelli.

A Mazara è presente inoltre, un Consultorio familiare che offre prestazioni a carattere sociale, sanitario e psicologico.

Per quanto riguarda il **sociale**, il comune di Mazara ha istituito un Ufficio Immigrati e, con un progetto inserito nel Piano di Zona della L. 328/2000, uno Sportello immigrazione che fornisce una prestazione di segretariato sociale, erogando informazioni riguardo ai servizi presenti nel territorio per gli stranieri, e ai loro diritti. Allo sportello è presente un mediatore.

L'Ufficio Immigrati e lo Sportello inviano la propria utenza al Servizio Sociale comunale per la presa in carico sociale.

Nel territorio sono presenti anche servizi del privato sociale, tra cui la Fondazione San Vito della Caritas che offre servizi di differente natura all'utenza immigrata (purtroppo non si è potuta censirla perché il suo direttore si è rifiutato di fornirci informazioni sulle prestazioni erogate e sulle attività svolte), e la Casa della speranza delle Suore Francescane che svolge attività in favore delle donne tunisine, anche con gruppi di parola.

Infine, riguardo alla **violenza verso le donne** il comune sta per attivare uno Sportello anti violenza, in rete con gli altri sportelli comunali della Provincia (grazie ad un Protocollo di Intesa con la Provincia Regionale di Trapani), che offrirà un primo ascolto e una consulenza legale. L'Amministrazione ha anche stipulato una convenzione con la casa di accoglienza per donne in difficoltà, " Piccole Donne", per l'ospitalità delle vittime e dei loro figli. Con il progetto IRIS il Presidio ospedaliero si doterà di uno Sportello di primo contatto che sarà attivo nei giorni di martedì dalle ore 10.30 alle 13.30 e giovedì dalle ore 15.30 alle 18.30 presso il Servizio Sociale del Presidio Ospedaliero A. Ajello Mazara del Vallo - ASP9 Trapani, e si integrerà con i servizi già presenti nel territorio. Al fine di sviluppare una rete locale, il progetto avvierà un ciclo di giornate di studio rivolte agli operatori/trici del sistema di intervento socio sanitario e alle forze dell'ordine, così che si possa

analizzare il fenomeno e strutturare una rete di prossimità per le donne vittime di violenza a livello distrettuale.

PARTE II - Lettura integrata ricerca quantitativa e qualitativa.

di A. Alessi

Premessa

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

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

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

quello femminile, un'identità quella straniera, che si pretendono muti, senza storia, senza alcuna presenza. Il soggetto è depresso.

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

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

Basterebbe forse la consapevolezza di questa semplice verità per riarticolare un rapporto gerarchizzato nelle relazioni tra soggetti o diverse soggettività. In questo senso l'interculturalità, secondo il nostro punto di vista, riguarda proprio l'adozione di un assetto autoriflessivo, senza dimenticare le mediazioni simboliche che adottiamo per guardare all'altro. Non si tratta cioè di dimenticare la propria storia, i valori, i profondi convincimenti, di farsi "neutri", ripulire il campo di osservazione di tutto quello che ci fa ciò che siamo, indossare un immacolato camice bianco che nasconda la nostra più intima identità, o lasciare che solo su di esso permangano i segni dell'incontro con l'altro, per potersi rivestire dei propri panni semplicemente spogliandosene, ma partire proprio da essi. "Partire da sé" come recitava una storica formula femminista, dar vita a una pratica conoscitiva e relazionale disancorata dall'idea di un soggetto unico universale. Rinunciare al sicuro riparo universalistico ed assumere responsabilmente la propria "differenza" quale viatico verso una rinnovata etica delle relazioni che possa veder confrontarsi pariteticamente la parzialità della nostra misura del mondo, di sé, dell'Altro.

La ricerca

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

Nelle città di Palermo e di Mazara del Vallo sono stati somministrati, per la parte quantitativa dell'indagine, 153 questionari a operatori e operatrici operanti in ospedali palermitani e di Mazara, e in alcuni consultori dell'ASP 6 di Palermo. In specie per quanto concerne Palermo, gli ospedali coinvolti sono stati: l'A.U.O.P. Policlinico di Palermo, l'A.O.O.R. Villa Sofia Cervello di Palermo, l'A.O. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, A.R.N.A.S. Civico di Palermo. A Mazara del Vallo l'indagine è stata realizzata nell'unico ospedale della città, l'A.O. Abele Ajello. Come si vedrà, per motivi statistici si è deciso di accorpare i dati di Mazara a quelli di Palermo, in ragione dell'esiguità dei numeri assoluti del campione mazarese. Pur tuttavia, alcune notazioni saranno rivolte ad evidenziare caratteristiche proprie del territorio mazarese. Inoltre sono state effettuate, sulla base di una griglia semistrutturata, 13 interviste a testimoni privilegiati: si è trattato di operatori/trici delle strutture ospedaliere e operatrici di Ong che svolgono attività specializzate in favore di utenti immigrati, assistenti sociali dei comuni coinvolti, funzionari della polizia di stato, mediatrici culturali, ed infine, donne immigrate vittime di violenza.

Il quadro generale

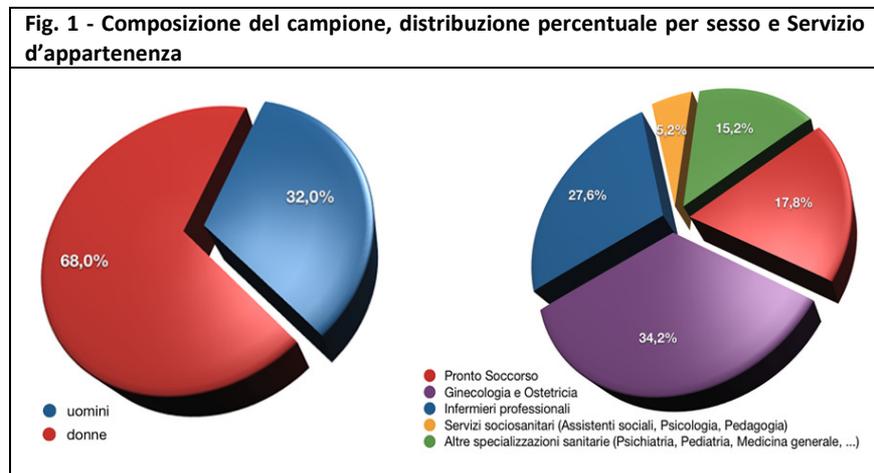
Come già detto, a Palermo sono stati/e intervistati/e con un questionario semistrutturato 139 operatori/trici, 14 a Mazara del Vallo.

Tab. 1 - Distribuzione per Servizio ospedaliero del campione cui è stato somministrato il questionario, valori assoluti e distribuzione percentuale		
	v.a.	%
AO Buccheri La Ferla	40	26,1
ARNAS Civico	28	18,3
AOR Villa Sofia	15	9,8
AOR V. Cervello	29	19,0
AOUP P. Giaccone	24	15,7
PO Abele Ajello	14	9,2
ASP 6	3	2,0

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

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

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



Come ci si aspettava (sulla base della preliminare analisi di contesto) i servizi indagati hanno una buona presenza di utenza immigrata ed in prevalenza donne, target della ricerca (ovvia la scelta di ginecologia). Si tratta di utenza quasi esclusivamente giovane o giovane/adulta (fascia di età 19-45) in linea con i dati di flusso della popolazione migrante.

Quasi la metà della popolazione migrante che giunge ai servizi è costituita da africani, un terzo circa da asiatici e per il 20% da cittadini dei paesi dell'est in specie romeni.

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

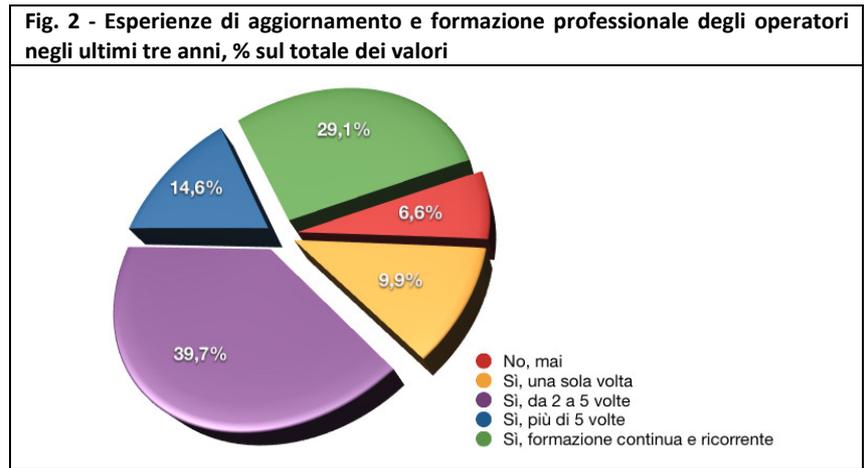
La formazione degli operatori/trici

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

Purtroppo, l'indagine non ci fornisce evidenze sufficienti a comprendere a pieno il motivo di questa anomalia (è acquisito che il moderno profilo delle professioni non può rinunciare ad un assetto di formazione permanente). Tuttavia, vorremo provare a offrire qualche spunto di riflessione, anche in virtù di precedenti ricerche²⁹ in cui questo dato già rilevato, si correlava alla scarsa propensione alla formazione del

²⁹ Progetto Urban, Rete anti violenza nazionale, Alessi A., Lotti M. R. (a cura di), *Trovare le parole. Violenza contro le donne. Percezione e interventi sociali a Palermo*, Palermo Ed. Anteprema, 2001.

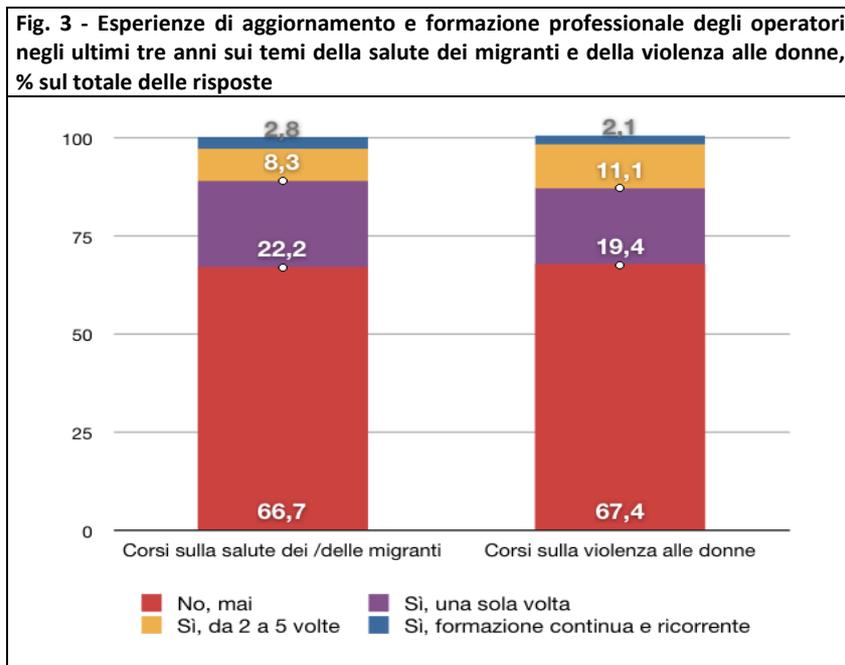
personale con più anni di anzianità di servizio. Codesti operatori sovente si auto-percepiscono come professionalmente “compiuti” e, sovente, sempre meno motivati nei propri luoghi di lavoro. In questo senso, è determinante la scarsa attenzione (esiguità del numero di corsi organizzati dalle aziende o in ogni caso di scarsa qualità) anche in termini di premialità (assenza di efficaci meccanismi meritocratici collegati alla qualità della prestazione professionale erogata) da parte delle aziende sanitarie, e in gran parte del settore pubblico, all’implementazione delle competenze del proprio personale.



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

più o meno attivamente competenze non coerenti con le prestazioni che vengono solo formalmente richieste al personale.

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



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

Colpisce, mettendo a confronto in valore assoluto i numeri, che presumibilmente nemmeno chi è direttamente impegnato nei servizi specializzati per gli/le immigrate (ambulatori, servizi sociali e di accoglienza attiva) abbia potuto godere di attività formative continuative nello specifico ambito applicativo. Spesso la formazione,

come esplicitamente riferiscono alcuni degli intervistati in ambito sanitario, *“ce la facciamo sul campo...o leggendo libri di nostra iniziativa...”*. Non va meglio nell’ambito dei servizi sociali comunali, come ci racconta un’assistente sociale dell’unico servizio specialistico dell’Amministrazione Comunale sugli immigrati: *“Non abbiamo avuto corsi di formazione, il comune non fa corsi di formazione specifici, siamo noi che partecipiamo quando possiamo ai vari corsi perché vogliamo accrescere il nostro sapere”* (Ass. Soc. Comune di Palermo). Non si può non osservare, a fronte dello scarso impegno istituzionale sulla formazione, il senso di responsabilità da parte di alcuni degli /lle operatori/trici, che a fronte le nuove sfide operative hanno cercato di aggiornarsi: *“sulle MGF ci siamo letto tutto quello che abbiamo trovato ... oltre alle circolari ovviamente ... è spontaneo lavorando andarti a cercare... documentare... su queste vicende, per cercare di capire... ne abbiamo parlato tra di noi... il bisogno della formazione che abbiamo se non viene colmato cerchiamo di autogestirci... ci teniamo a fare il lavoro bene... se ci fosse più formazione saremmo sempre disponibili “* (Funzionario Questura di Palermo).

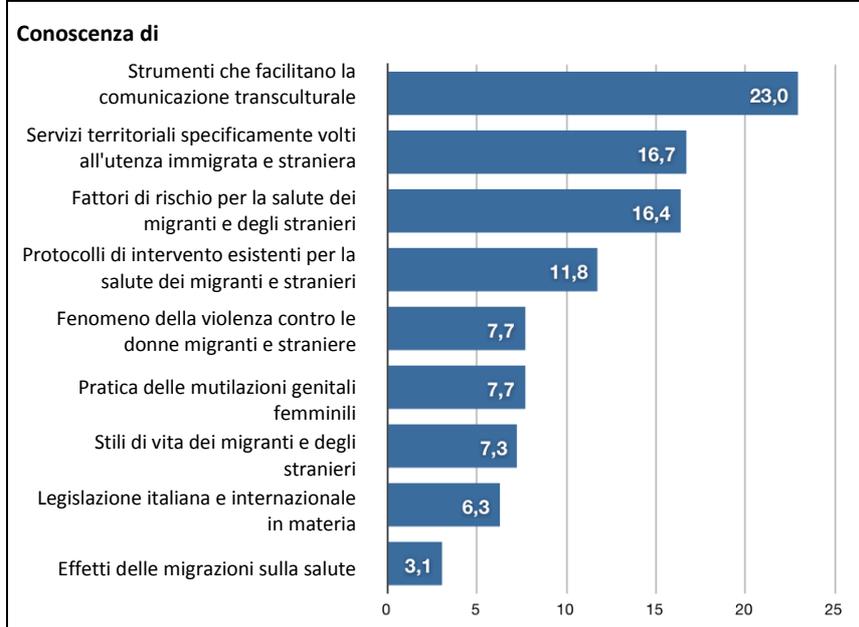
Ma gli/le operatori/trici come valutano il proprio livello di formazione su queste tematiche?

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

Un atteggiamento inequivocabile si potrebbe desumere, senonché le risposte alle domande su quali siano i contenuti dei bisogni formativi espressi (*“Quali sono le conoscenze in tema di salute dei/delle migranti*

e dei/le stranieri/e che gli/le operatori/trici con la Sua professionalità dovrebbero ritenere più importanti”) ci costringono a tentare una lettura più articolata.

Fig. 4 - Richiesta di formazione sul tema della salute dei migranti, % sul totale delle risposte



Pur avendo la possibilità di dare risposte multiple (gli intervistati cioè potevano indicare più argomenti di interesse) solo nel 7,7% gli/le operatori/trici hanno ritenuto rilevanti le conoscenze in merito al fenomeno della violenza contro le donne straniere e migranti e sulle mutilazioni genitali femminili (sulle MGF si tornerà oltre). Tenuto conto che una parte significativa del campione opera in ginecologia (47,8%), una percentuale di scelta così bassa lascia quantomeno perplessi. Viceversa la “conoscenza di strumenti che facilitano la comunicazione transculturale” (23% di scelta) de “i servizi territoriali dedicati all’utenza straniera” (16,7% di scelta) così come la “conoscenza dei fattori di rischio per la salute dei migranti” (16,4%) riscuotono maggiore interesse. In altri termini, gli/le operatori/trici privilegiano quelle conoscenze che consentano di comunicare più agevolmente con le

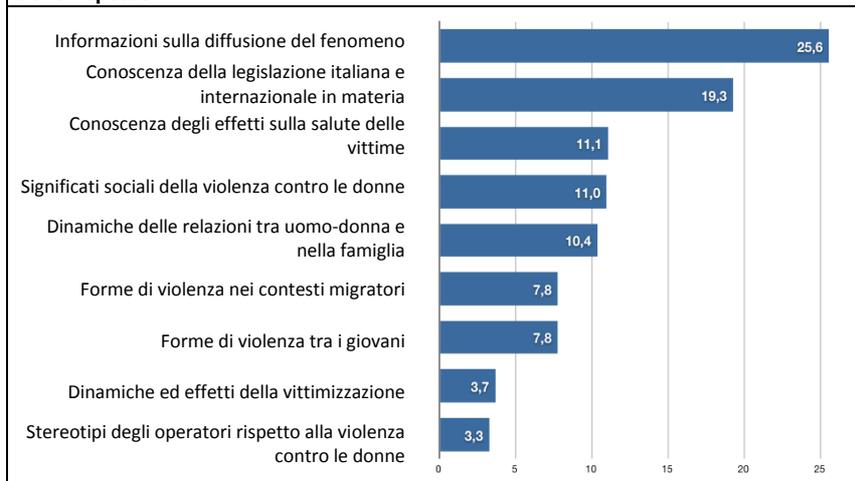
straniere, spesso riferendosi più che alla mediazione culturale specificatamente alla traduzione (che gli/le operatori/trici chiamano un po' confusamente mediazione linguistica), e dei servizi cui inviare, a volte sembrerebbe demandare, la presa in carico dei/le pazienti per bisogni "altri".

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

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

L'item che potremmo definire di "elezione" per professionisti della salute e cioè "la conoscenza degli effetti sulla salute della vittima" viene ritenuto di interesse soltanto nell'11,1% dei casi. La distribuzione sui rimanenti items indica un interesse generico alla problematica (l'item "informazioni sulla diffusione del fenomeno" raccoglie il 25,6% delle preferenze), lasciando ancora una volta l'impressione che questa platea di operatori/trici abbia difficoltà a calare la tematica della violenza nel corpus articolato delle proprie competenze tecnico-professionali.

Fig. 5 - Richiesta di formazione sul tema della violenza contro le donne, % sul totale delle risposte



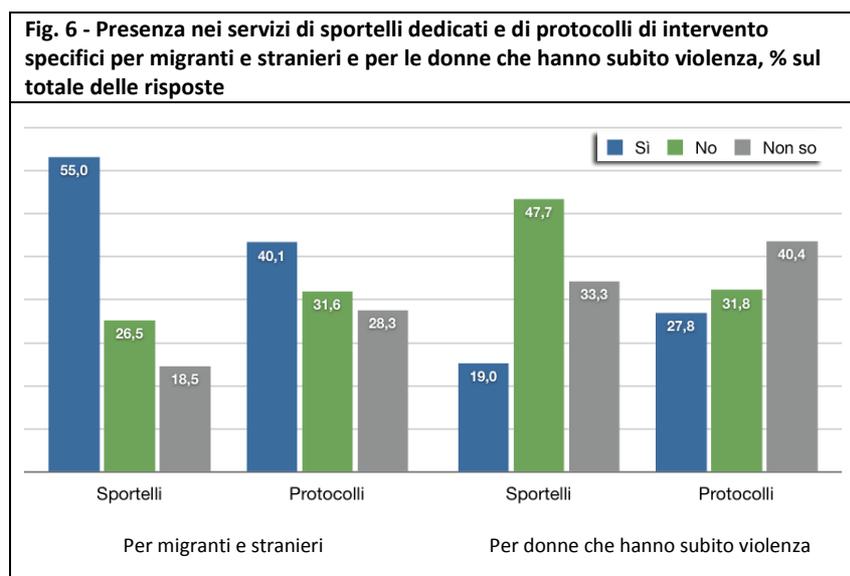
Pertinente a questo proposito la pregnanza di un discorso medico che “considera le malattie delle donne con una prevalente derivazione biologica ormonale e quelle degli uomini con una prevalente derivazione socio ambientale” (Petetti, Rusticali, AGENAS, 2010) e cioè che raffigura il corpo della donna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

Protocolli e servizi

Si è voluto indagare la conoscenza da parte del campione dei protocolli e dei servizi specializzati di cui le strutture si sono dotate. Come ben descritto nella parte di analisi di contesto, le diverse aziende non presentano una situazione omogenea ma ciascuna realtà, nella sua peculiarità, si è dotata di almeno un servizio specializzato e/o di un

protocollo specialistico (Servizi di Accoglienza Attiva e relative procedure, U.O. specialistiche, protocollo per le violenze sessuali, etc.).

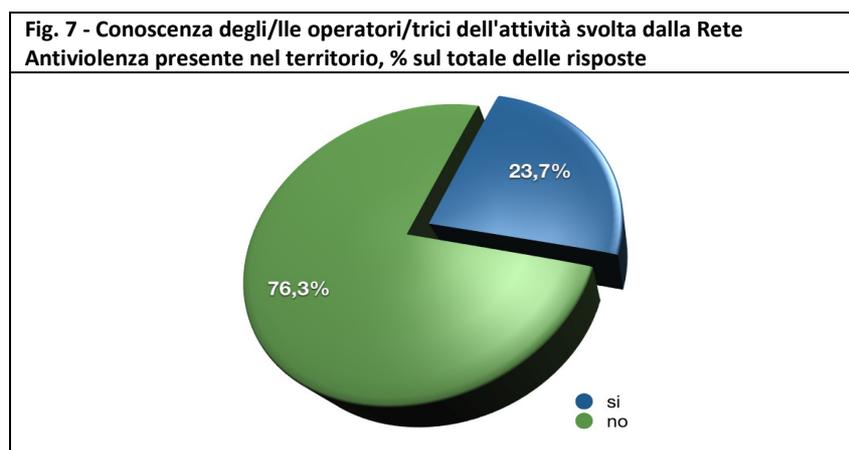
Per quanto riguarda l'utenza immigrata, il 55% e il 40,1% degli/le operatori/trici è a conoscenza rispettivamente degli sportelli dedicati e dei protocolli d'intervento della propria azienda, mentre per quanto riguarda la violenza contro le donne solo il 27,8% degli/le operatori/trici è a conoscenza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



Sovente manca anche la conoscenza delle norme che regolano l'accesso ai propri servizi da parte degli stranieri: *“Nonostante gli ospedali, i consultori, le farmacie siano aperti anche agli stranieri gli/le operatori/trici non conoscono la legislazione... non sanno nemmeno degli Stp o Eni per fare le ricette... il problema della carenza di informazione è il problema...”* (Operatrice di ONG). Altri operatori/trici del no-profit raccontano che non di rado, gli invii ai servizi specializzati degli ospedali seguono percorsi tortuosi, e dovendo essere loro stessi a colmare i gap d'informazione tra gli operatori dei servizi pubblici: *“Devi*

essere fortunato a trovare quello a conoscenza...ogni volta devi cominciare daccapo...".

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



Pur non potendo essere del tutto univoca la lettura del dato a causa, come già detto, dell'eterogeneità tra le diverse aziende (peraltro in alcuni casi effettivamente le aziende non hanno alcuna procedura specifica per le donne vittime di violenza né servizi specialistici fatta eccezione per le Accoglienze Attive e le procedure relative), rimane il fatto evidente che una vasta parte del personale, sino al 70%, o non è a conoscenza dei servizi specializzati di cui le aziende dispongono né delle procedure sviluppate al loro interno (alcune delle quali disposte per legge³⁰) o non possono usufruirne non essendosene le aziende mai dotate. Vieppiù, non possiamo ritenere verosimile l'ipotesi che vigga una sorta di "autosufficienza" delle singole unità operative, che faccia sì che si determini un certo disinteresse verso procedure o altri servizi

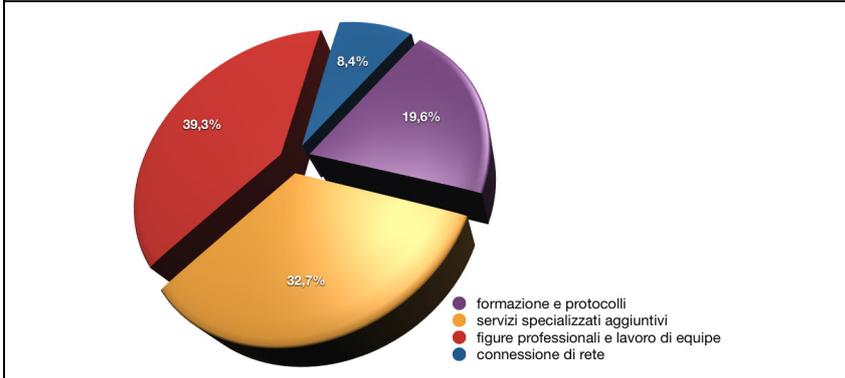
³⁰ Decreto 4 luglio 2003 dell'Assessorato alla Sanità, le *Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*

ritenuti irrilevanti o superflui allo svolgimento delle proprie attività, tenuto conto che l'istituzione dei servizi specializzati e delle procedure è derivata proprio dal rilevamento della difficoltà a fronteggiare le problematiche sanitarie connesse ai temi dell'immigrazione e della violenza contro le donne nello svolgimento delle attività "ordinarie" di cura ed assistenza. D'altronde, chiedendo agli/le operatori/trici se valutino opportuno attivare presso la propria struttura protocolli di intervento per le donne che hanno subito violenza, nel 90% dei casi si esprimono favorevolmente. Per quanto arduo sia addentrarsi nella comprensione delle dinamiche che all'interno di strutture complesse quali quelle ospedaliere producono alterazioni tali nelle relazioni di sistema da mortificare l'impatto degli investimenti delle medesime aziende nello sviluppo di procedure o nella strutturazione di servizi innovativi, va comunque segnalata la rilevanza del problema e la necessità di una riflessione.

La ricerca non ha indagato direttamente l'efficacia degli interventi sanitari e sociali, né dispone di indicatori specifici di cui avvalersi. Purtuttavia, è più che ragionevole presumere che gli/le operatori/trici, in una percentuale significativa, manchino di formazione sui temi in oggetto, e della necessaria conoscenza delle procedure o di altri servizi, oggettivamente sguarniti del necessario equipaggiamento, potrebbero sviluppare atteggiamenti di negazione e di deresponsabilizzazione (del tipo "non rilevo il problema o comunque non è di mia pertinenza") o sperimentare forme di forte demotivazione, a grave detrimento della performance lavorativa e della qualità della risposta alle utenti. È ben noto come il senso d'inadeguatezza dell'operatore possa tradursi in processi proiettivi, che investendo il proprio servizio renderà questo oggetto di svalutazione e di continua lamentazione o, cosa ben più grave, rivolgendosi verso le pazienti, farne una presenza fastidiosa, ostile, inadatta ai nostri interventi, fuori posto. Ci sembra significativa la testimonianza di un assistente sociale nel rappresentare il senso d'impotenza dell'operatore e di parallela stigmatizzazione della donna utente. In un contesto particolarmente povero di interventi e risorse, e di grave inerzia dei decisori, si esprime in questi termini a proposito delle violenze contro le donne all'interno della comunità immigrata: *"Secondo me la percentuale è molto alta, perché le segnalazioni ci*

sono.... ma non la posso quantificare... come servizio ci siamo occupati solo di un caso... ci arrivano segnalazione dalle scuole dove i bambini raccontano qualcosa... anzi parlano molto... ma col servizio si bloccano” ed ancora “abbiamo avuto solo due tre casi (di violenza domestica)... noi interveniamo quando la cosa è eclatante, nel senso che se interviene l’ambulanza perché la donna è in fin di vita l’ospedale ci avverte....”... “queste donne sono soggiogate ma secondo me anche a loro piace essere soggiogate, perché quando noi cerchiamo di aiutarle loro non vogliono il nostro aiuto”...“purtroppo i casi che abbiamo seguito non sono andati a buon fine perché... se manca la collaborazione della donna... purtroppo questo servizio ha poco personale, forse se avessimo di più potremmo fare altro”. Un'altra assistente sociale del Comune di Palermo racconta: “Non avendo avuto una formazione specifica non si interviene nel colloquio con strumenti che possono favorire l’emersione del fenomeno”. Altresì si rischia di essere travolti da aspetti controtransferali che non trovano un adeguato contenimento emotivo: “Non abbiamo la supervisione. Per me è stato difficile... ho dovuto assistere all’interrogatorio di una bambina che aveva subito violenza... sono stata male per giorni perché appunto non ho formazione... è pesante... è molto forte il contatto con questa realtà...”. Una diffusa incuria che accomuna operatori e utenti, gli uni e gli altri, lasciati ad affrontare in solitudine e con pochi strumenti problemi delicatissimi e onerosi. Tutti/e gli/le operatori/trici denunciano la mancanza di mediatori culturali (spesso presenti soltanto in attività volontaria), e perfino nei servizi specializzati per immigrati (ospedalieri, comunali, ma anche l’ufficio immigrazione della Questura) risalta l’assenza di personale con adeguate competenze linguistiche (quasi tutti gli/le operatori/trici intervistati/e dichiarano di avere la conoscenza di una sola lingua straniera a livello scolastico). Non desta meraviglia, dunque, che, dei/lle 107 operatori/trici che hanno fornito una risposta, il 39,3% riterrebbe d’aiuto l’ampliamento dell’equipe ad altre figure professionali (mediatori, traduttori, psicologi) e una loro migliore integrazione operativa nella gestione di situazioni di violenza.

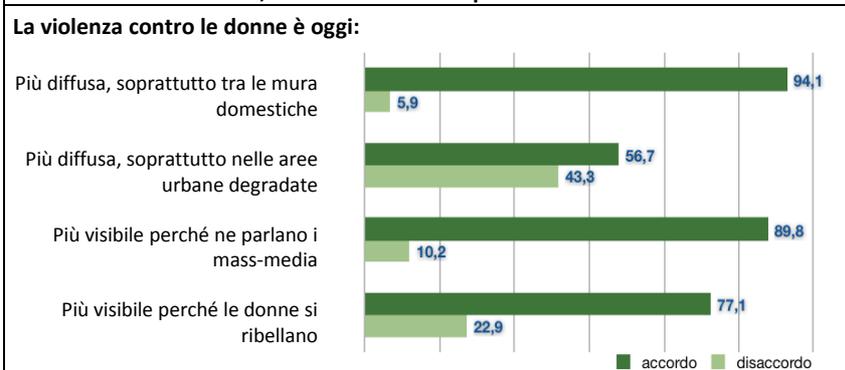
Fig. 8 - Domanda di strumenti o servizi di aiuto nella gestione di eventuali situazioni di violenza contro le donne migranti, % sul totale delle risposte



Gli atteggiamenti degli/le operatori/trici verso la violenza di genere

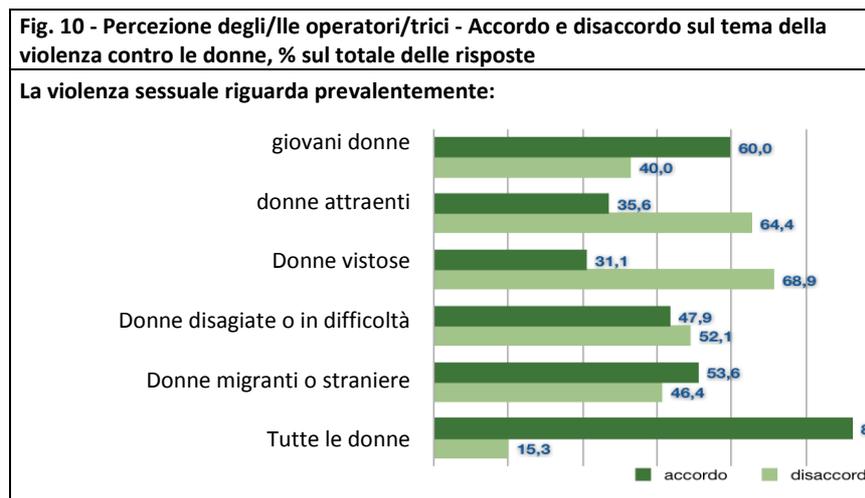
Si è voluto indagare con una batteria di domande i convincimenti, ed eventualmente gli stereotipi, del nostro campione sulla violenza di genere. Si delinea un gruppo ben informato sul tema, seppur permangano in alcune aree del campione, fortunatamente minoritarie, credenze fortemente stereotipate.

Fig. 9 - Percezione degli/le operatori/trici - Accordo e disaccordo sul tema della violenza contro le donne, % sul totale delle risposte



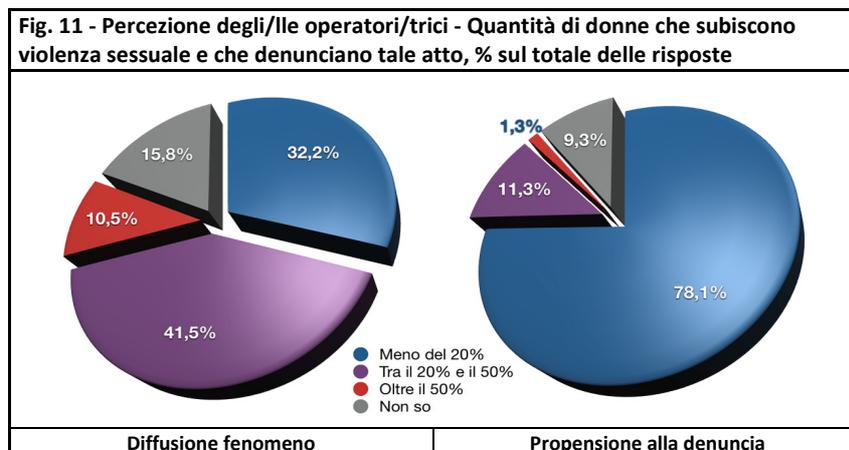
Nel nostro campione è certamente passato il concetto che la violenza contro le donne trova espressione prevalente all'interno delle famiglie e nei rapporti di intimità (ne è convinto il 94,1% del campione), così come in merito alle motivazioni della violenza tendono a prevalere le spiegazioni di ordine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

Appare più ambiguo e più permeabile agli stereotipi "maschilisti" il giudizio degli intervistati sulla violenza sessuale. Per quanto circa 85% del campione si dica convinto che la violenza sessuale riguardi tutte le donne (e dunque che sia imputabile ai modelli di relazionalità tra i sessi e non a caratteristiche specifiche di alcune donne, un tempo si diceva delle "donne poco perbene") al contempo quasi un terzo del campione esprime l'idea che qualità di avvenenza o di attrattiva delle donne siano causa della violenza sessuale, secondo una visione che attribuisce all'uomo una incontenibile sessualità provocata da atteggiamenti femminili non in linea con la tradizionale "composta modestia" richiesta alle donne. In questo pesa particolarmente il pregiudizio espresso dagli uomini del campione.



Circa metà degli intervistati viceversa, sottolinea come le situazioni di "fragilità" sociale possano esporre le donne al pericolo della violenza

sessuale, considerando particolarmente a rischio le donne disagiate o in difficoltà e le immigrate.

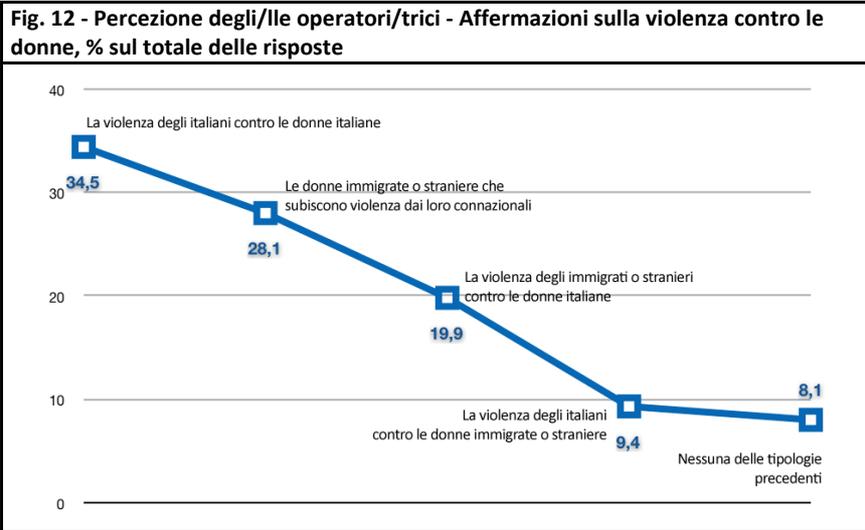


È condivisa l'opinione che il fenomeno della violenza contro le donne sia ampiamente diffuso e che assai scarsa sia la propensione delle donne alla denuncia (Fig. 11). Dunque, pur permanendo aree di ambiguità (in linea con quanto si osserva nella popolazione generale) gli/le operatori/trici appaiono consapevoli del peso del fenomeno e del sembiante poco manifesto che assume.

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

Gli uomini italiani e stranieri sono ritenuti gli autori prevalenti di violenza nei confronti delle donne della medesima nazionalità, ma altresì, dobbiamo segnalare una grande sottovalutazione della violenza da parte degli italiani nei confronti delle donne immigrate e, di converso, l'amplificazione della violenza degli stranieri sulle italiane. Sebbene in precedenza fosse stato collegato alla condizione di donna migrante l'incremento del rischio di violenza, si ha l'impressione che il campione allorquando debba riconoscere il volto violento della società ospitante, esiti, si ritragga, rifugiandosi in strategie difensive. In un movimento centrifugo vengono espulse dalla consapevolezza le forme espressive di violenza nei confronti delle donne migranti che

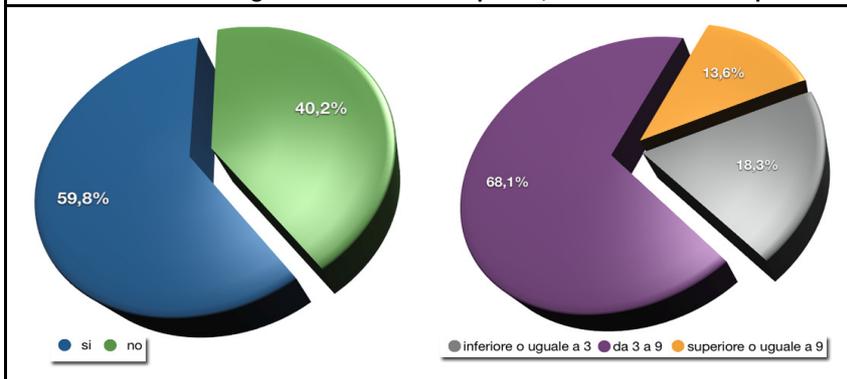
lambiscono in vario modo la vita quotidiana, e che per ciò stesso dovrebbero essere più attenzionate; lo sfruttamento sessuale da parte dei clienti italiani delle prostitute, spesso trattate e minorenni, o delle badanti sottoposte a molestie sessuali o a condizioni di lavoro umilianti all'interno delle nostre case. Viceversa, ciò che si consuma all'interno di un mondo "Altro" (le MGF, le spose bambine, ecc) appare più immediatamente e inequivocabilmente definito come violento.



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

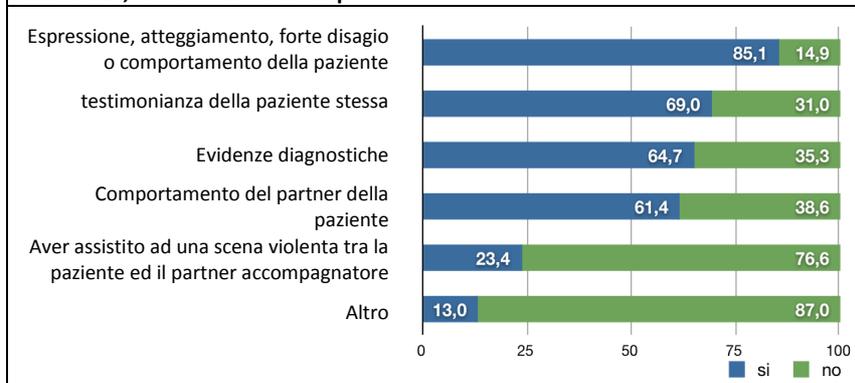
A tale domanda hanno fornito una risposta 132 operatori/trici: il 59,8% del campione dichiara di avere rilevato o sospettato una situazione di violenza tuttavia la frequenza con cui questo è accaduto è per la maggioranza degli intervistati piuttosto bassa (per l'86,4% meno di 9 volte).

Fig. 13 - Percezione degli/le operatori/trici - Conoscenza o sospetto di casi di violenza su donne immigrate o straniere e frequenza, % sul totale delle risposte



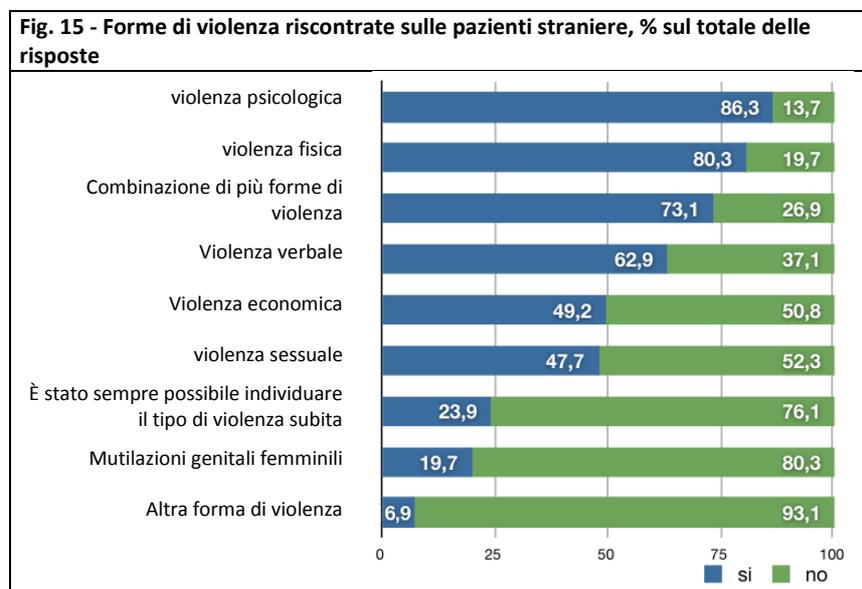
Da questa risposta in avanti segnaliamo una tendenza del campione, che si propone per tutte le domande di “approfondimento”, che si fa più evasivo. Infatti, pur ipotizzando che abbia risposto a queste domande solo chi ha dichiarato di avere effettivamente rilevato il problema (rimarrebbe escluso solo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

Fig. 14 - Circostanze che hanno fatto supporre che la donna immigrata fosse vittima di violenza, % sul totale delle risposte

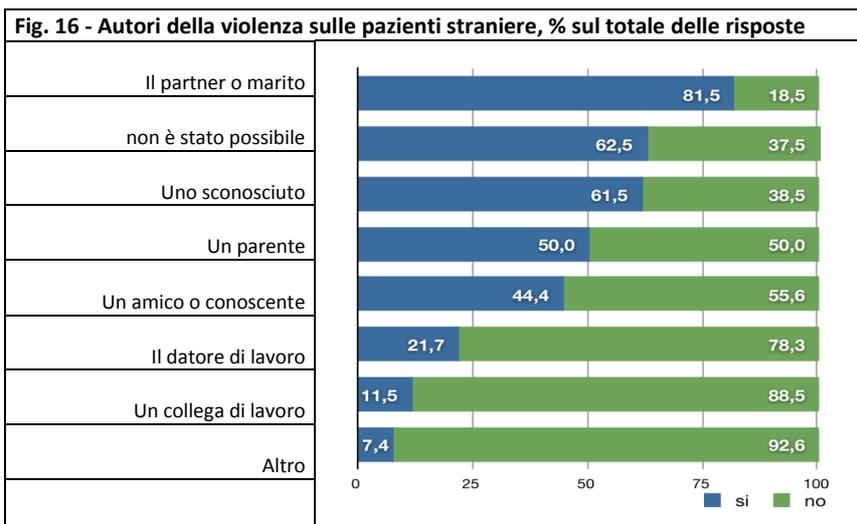


In merito a quali siano le circostanze che hanno indotto a sospettare o rilevare la violenza, tutti gli indicatori trovano un elevato accoglimento, in particolare le circostanze “comportamentali” della paziente (85,1%) o del maltrattante (61,4%).

Per quanto riguarda le forme di violenza individuate, sostanzialmente vengono segnalate tutte, con una certa prevalenza della violenza fisica (80,3%) e psicologica (86,3) e della combinazione di più forme di violenza (73,1%). Osserviamo solo una certa discrepanza di valore percentuale tra il rilievo della violenza fisica ed il dichiarato accertamento di evidenze diagnostiche (64,7%) della Fig. 14: difficile pensare che in ambiente medico non si abbiano evidenze diagnostiche di una situazione di violenza fisica.



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



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

Comunque, tra gli/le operatori/trici sanitari sembra prevalere l’idea che la specificità dell’intervento richiesto riguardi più la condizione di “vittima” della donna piuttosto che la sua condizione di straniera e che si ritengano preponderanti nell’intervento gli aspetti di supporto sociale o psicologico, che vengono immediatamente “esternalizzati”. È però

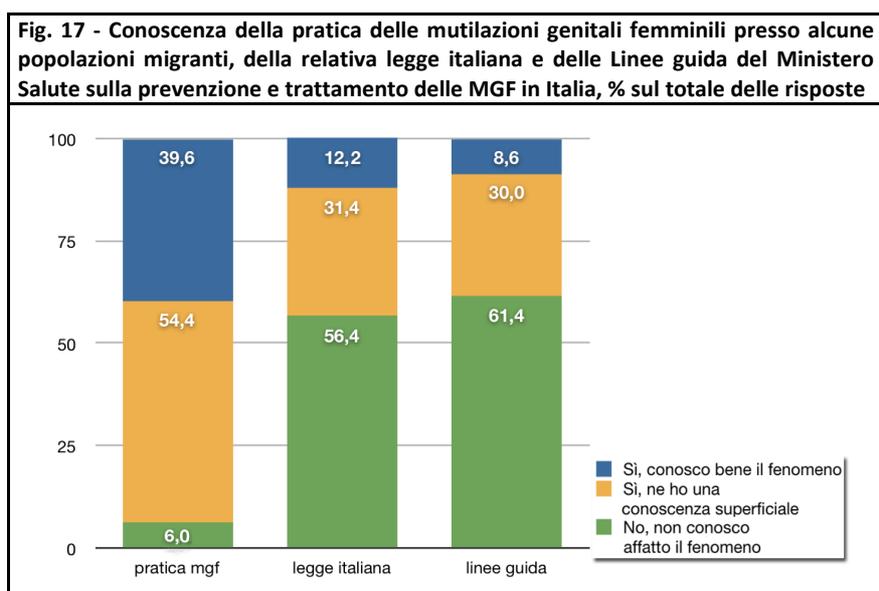
necessario rilevare che in tutto il campione solo in 29 dichiarano di aver refertato o segnalato in qualche maniera la violenza rilevata. Il dato non può non indurre una certa preoccupazione e ci interroga sulla natura di questa propensione, cui probabilmente, al di là degli aspetti di sistema oggettivamente disincentivanti, gli atteggiamenti personali sul tema, o anche i pregiudizi, non sono estranei. Ci può essere di aiuto alla comprensione la raccolta del dato relativo a quali siano le maggiori difficoltà incontrate nel colloquio con le pazienti vittime di violenza o di MGF.

Gli/le operatori/trici hanno evidenziato problematiche riconducibili a deficit di ordine strutturale o organizzativo, la mancanza di spazi fisici adatti alla conduzione di un colloquio e di tempo, (ambienti caotici e senza alcuna privacy, sovrannumero dell'utenza rispetto alle risorse umane, etc.) o a caratteristiche proprie della paziente quale le difficoltà di comprensione linguistica o l'atteggiamento di chiusura della donna. Ma quello che appare più evidente è la scarsa o scarsissima considerazione delle proprie componenti personali ("Disagio nell'ascolto della violenza" ammesso solo da un operatore) o professionali ("Poca esperienza nel trattamento di problematiche connesse alla violenza"- 16,4%) quali possibili fonti di difficoltà nell'affrontare le tematiche della violenza. D'altronde in altra parte del questionario solo il 6% degli intervistati si diceva interessato ad affrontare l'argomento degli stereotipi presenti tra gli/le operatori/trici sui temi in oggetto. Si registra cioè una ridottissima tendenza ad assumere un atteggiamento autoriflessivo, o comunque attento all'esplorazione delle proprie risonanze controtransferali, di rilievo in tematiche sensibili quali quelle in oggetto, pesando, probabilmente, anche una rappresentazione della professione medica "asettica", incarnata da operatori "neutri" nello svolgimento delle proprie mansioni. In questo quadro l'idea che la questione dell'accoglienza, quale cultura di riferimento e policy della struttura ospedaliera, possa essere al centro o tra le priorità nel rapporto con le pazienti, appare assai improbabile. Alcuni operatori/trici, lasciano intendere con sconforto, che porsi il problema dell'accoglienza o del proprio coinvolgimento emotivo, tenuto conto delle condizioni di lavoro, sia un lusso che proprio non ci si possa concedere "... *qui non ci sono*

nemmeno le sedie...". Una carenza, questa, di grandissima rilevanza per le conseguenze in termini di qualità del servizio, di benessere procurato alle utenti e di capacità del sistema di rilevamento della problematica della violenza di genere. A conferma del peso della appropriatezza dell'accoglienza, la diversa e quasi sempre maggiore, capacità di penetrazione da parte delle organizzazioni no profit che mettono al centro la relazione con l'utente, nel rilevamento delle violenze. In altri termini si può tracciare una linea di correlazione tra attenzione ad un approccio gender sensitive e di "cura della relazione" con le utenti e l'emersione del fenomeno della violenza di cui sono vittime. Anche da questo punto di vista, l'adozione di una medicina di genere che possa garantire alle donne l'appropriatezza delle cure appare un obiettivo strategico non ulteriormente differibile.

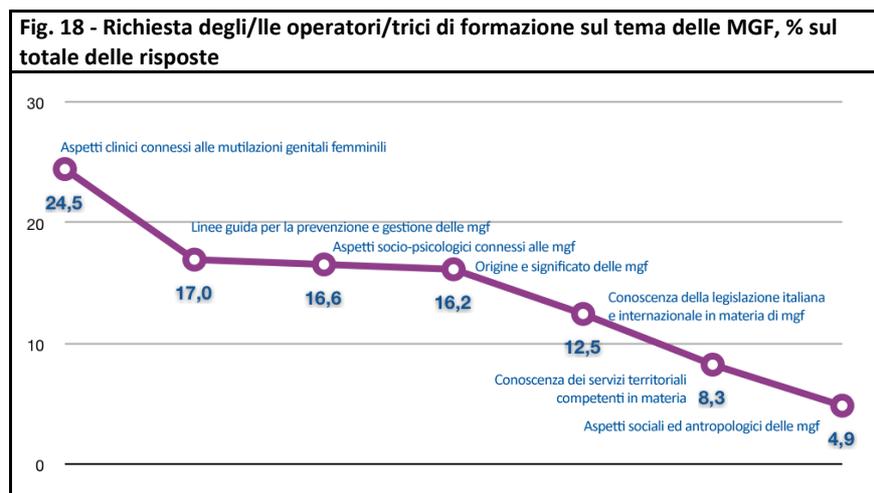
Le mutilazioni genitali femminili e matrimoni forzati

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



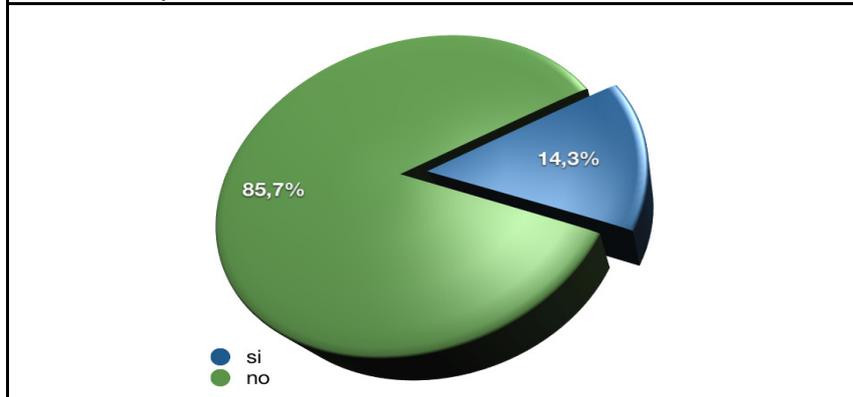
Una valida percentuale di operatori/trici (39,6%) afferma di avere una buona conoscenza del fenomeno, anche se solo 8% dichiara di avere acquisito conoscenza del fenomeno attraverso corsi di aggiornamento, prevalendo come fonti d'informazione i libri o i quotidiani (37%), opuscoli, depliant, etc. (24,6%), convegni e seminari (22,5%). Il 54,4% asserisce di avere una conoscenza solo superficiale delle pratiche di mutilazione femminili. Comunque il 91,4% riterrebbe opportuna una maggiore formazione sul tema. Piuttosto ridotta la percentuale di chi ha un'adeguata conoscenza della legge italiana sulle MGF (12,2%) e delle Linee Guida del Ministero della Salute sulla prevenzione ed il trattamento delle MGF (8,6%). Solo il 3,6 % degli/le operatori/trici sostiene che esista un protocollo d'intervento sulle MGF nella struttura in cui opera.

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



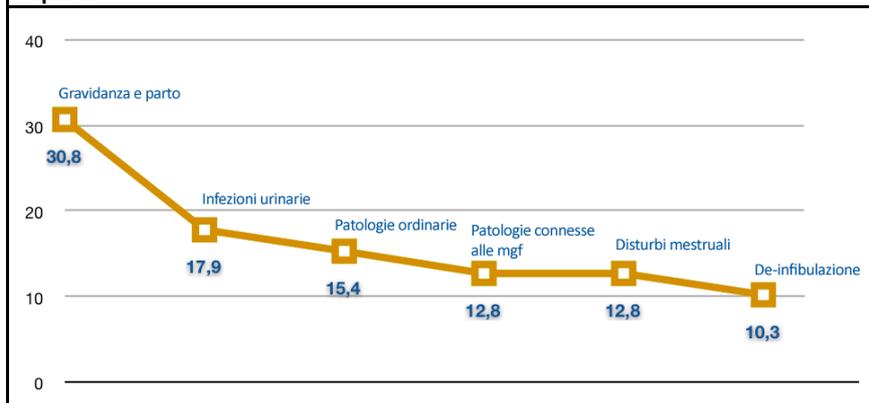
La percentuale degli/le operatori/trici sanitari che dichiara di essersi imbattuta in pazienti mutilate è del 14,3%, di cui l'80% con un numero di casi rilevato negli ultimi 3 anni abbastanza esigua (da 1 a 5 casi).

Fig. 19 - Esperienza professionale nell'assistere donne o bambine con MGF, % sul totale delle risposte



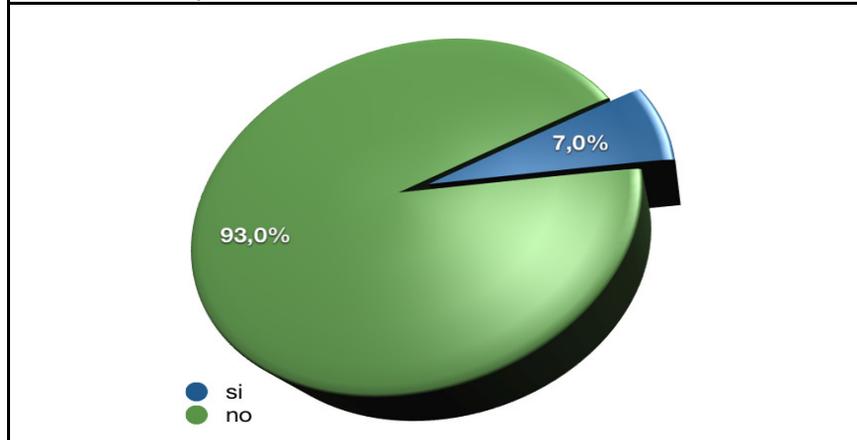
Secondo l'esperienza degli intervistati solo in pochissimi casi le donne giungono alle strutture sanitarie chiedendo la de-infibulazione, o altri interventi esplicitamente connessi alla MGF; mentre prevalgono le richieste per patologie connesse, o nella gran parte dei casi, per la gravidanza e il parto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

Fig. 20 - Motivi per cui le donne con MGF si rivolgono ai servizi, % sul totale delle risposte



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

Fig. 21 - Esperienza professionale con bambine a rischio di mutilazioni genitali, % sul totale delle risposte

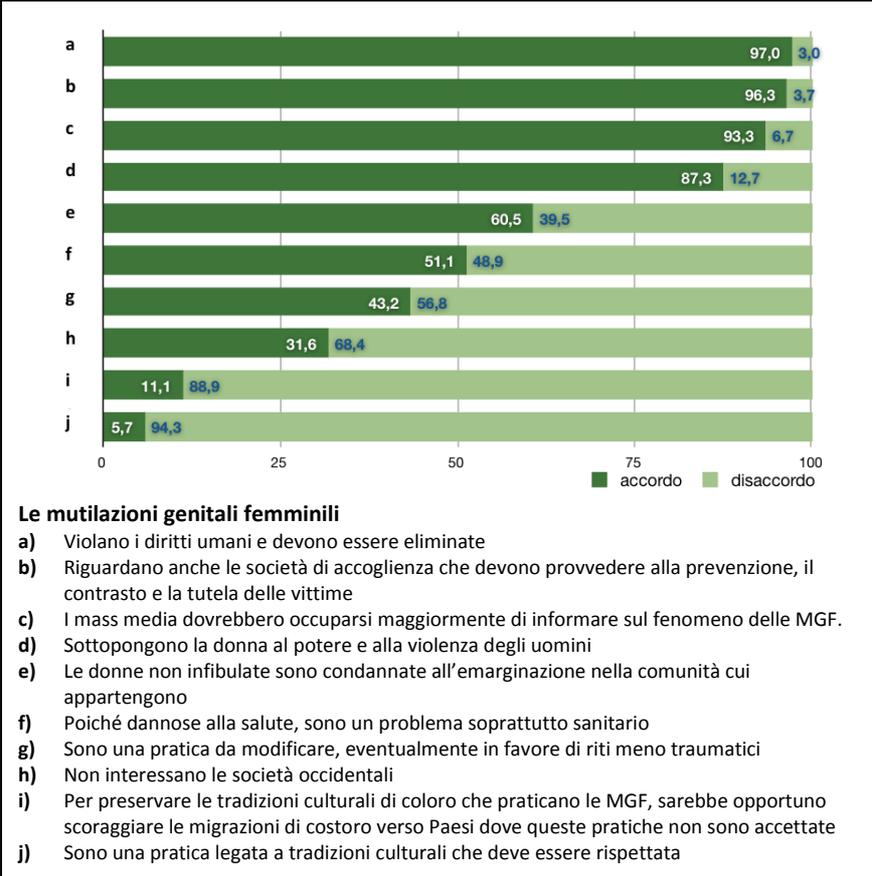


La sensazione è che il fenomeno per quanto presente nelle popolazioni immigrate dai paesi in cui sono diffuse le pratiche, sia *“da un punto di vista strettamente epidemiologico poco pesante...”* (Medico servizio ospedaliero per immigrati) e che l’impatto della società ospitante, così come la diversa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

Ad ogni modo, per quanto riguarda le MGF, il giudizio degli/le operatori/trici è molto netto: per il 97% rappresentano una violazione dei diritti umani e devono essere eliminate e per il 96,3% degli/le operatori/trici la società di accoglienza deve provvedere alla prevenzione e al contrasto di codeste pratiche indicate dall’87,3% del campione come espressione del potere e della violenza degli uomini sulle donne. Meno netto il giudizio sulla natura prevalentemente sanitaria del problema su cui il campione si spacca a metà. Anche la possibilità di offrire supporto in favore di pratiche rituali *“meno traumatiche”* o lesive della salute delle donne divide il campione

sostanzialmente in due, con una piccola prevalenza di chi si dice contrario (43,2% contro il 56,8%). Soprattutto chi ha una maggiore conoscenza del fenomeno tende ad avere un atteggiamento più aperto verso la possibilità di avallare rituali alternativi, probabilmente in ragione della maggiore conoscenza dell'ampio dibattito in atto tra gli addetti ai lavori.

Fig. 22 - Accordo e disaccordo sulle affermazioni relative alle MGF, % sul totale delle risposte

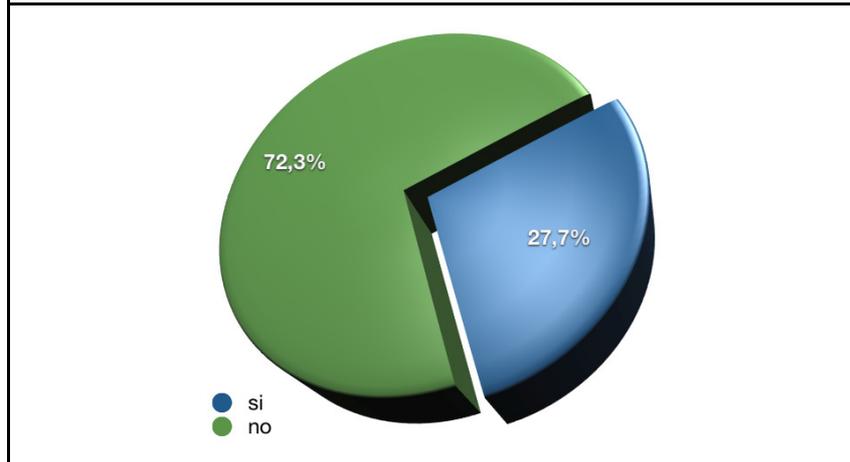


Diverso appare il discorso sui matrimoni combinati che, sebbene fenomeno percepito ma difficilmente rilevato dagli/le operatori/trici

sanitari nello svolgimento delle proprie attività professionali, a giudizio dei testimoni privilegiati è pratica ancora molto presente all'interno di alcune comunità immigrate.

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

Fig. 23 Esperienza professionale con pazienti straniere costrette a contrarre un matrimonio contro la sua volontà, % sul totale delle risposte



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

ci sono nuclei familiari che non vengono seguiti adeguatamente” e ancora “dai servizi sociali non c’è mai arrivato nulla... se i servizi sociali ci indicassero qualcosa potremmo intervenire...”.

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

Conclusioni

Cercheremo di riassumere alcune delle principali evidenze emerse dal lavoro di ricerca con l'auspicio che possano divenire elementi utili agli stakeholders istituzionali e agli/le operatori/trici nel processo di ottimizzazione del sistema di aiuto alle donne vittime di violenza, con particolare attenzione alle donne di altre culture.

Dall'**analisi di contesto**, è emersa una specifica attenzione da parte della Regione Siciliana ai migranti, certamente anche in ragione dei massicci flussi immigratori (peraltro sovente in situazione di "emergenza") che in questi ultimi anni si sono dovuti fronteggiare. Dunque a tal fine, la Regione Siciliana si è dotata di una serie di norme in tema di salute e di sanità prevedendo risorse programmate anche in tema di "integrazione", essendo divenuta la Sicilia sempre più terra di permanenza e non solo di transito.

In tale quadro si è però evidenziata, anche laddove si è prevista l'attivazione per legge di un servizio socio sanitario specifico (Servizio di Accoglienza Attiva) presso i presidi ospedalieri e le ASP, la mancanza di un approccio di genere che possa fornire adeguati strumenti di cura e supporto riguardo alle peculiarità di cui possono essere portatrici le donne, tra le quali anche le pratiche culturali dannose alla loro salute, così come le torture di cui sono state fatte oggetto nei paesi d'origine o nel percorso che le porta in Italia. A questo si aggiungono, tutte le forme di violenza connesse alla tragedia della tratta degli esseri umani che vedono sovente le donne vittime di violenze sessuali, e che necessiterebbero di una presa in carico al loro arrivo in Italia, già nella fase di attesa del permesso umanitario.

Ricordiamo qui che, più in generale, la Sicilia è tra quelle regioni italiane che non ha ancora legiferato in tema di violenza di genere e delle necessarie azioni da intraprendere, tra le quali anche linee precise che regolamentino i servizi pubblici e privati che operano per la prevenzione ed il contrasto di questo fenomeno. All'oggi non sono ancora stati adeguati gli standard strutturali ed organizzativi delle comunità che accolgono le donne vittime di violenza ed i loro figli, seppur risale a 15 anni fa l'apertura della prima casa rifugio ad indirizzo segreto, la Casa delle Moire a Palermo. Inoltre, in merito ai matrimoni combinati o

forzati, non vi è ancora in Italia una normativa nazionale che punti alla prevenzione e repressione del fenomeno, né la Sicilia si è dotata di una norma regionale o di linee guida, come invece abbiamo verificato in Catalunya³¹. Pur tuttavia a fronte di questa “carezza” normativa, si è rilevato lo sviluppo di varie e differenti esperienze locali, spesso su base sperimentale, che potrebbero/dovrebbero essere capitalizzate per definire un quadro regionale di intervento, come presupposto di un Piano di Azione regionale contro la violenza di genere.

Non influente nell’incertezza complessiva del sistema d’intervento, il peso del riordino del sistema sanitario siciliano ed i relativi obblighi di rientro della spesa sanitaria che esprimendosi il più delle volte meramente attraverso pesanti tagli, ha influito negativamente sulla qualità dei servizi erogati.

Come precedentemente analizzato nel testo, la spinta a sviluppare attività, servizi, procedure e reti tematiche, si è determinata grazie a tre fattori principali:

- l’impulso fornito dalle associazioni di donne che hanno avviato e gestiscono centri antiviolenza;
- il radicamento delle esperienze prodotte dalle Reti locali antiviolenza (attive ad Agrigento, Catania, Palermo e recentemente istituitasi a livello provinciale a Trapani), che hanno sollecitato cambiamenti nelle organizzazioni aderenti;
- l’introduzione del tema nelle agende di governo regionale e locale, in particolare nelle politiche di programmazione (comunitaria ed ordinaria).

All’oggi i risultati non sono sempre coerenti coi documenti prodotti, e talvolta, si evidenziano problemi dovuti all’immissione di risorse economiche che divengono oggetto di progettazione “non competente” sulle strategie di coping del fenomeno, ma certamente la strada per produrre il cambiamento comincia a essere tracciata.

³¹ Per la cui analisi rinviamo all’Informe de investigación Cataluña Universitat Autònoma de Barcelona, 2011 – Progetto IRIS, pubblicato sul sito www.irisagainstviolence.it

La lettura dell'incrocio tra le politiche di accoglienza e supporto alle donne ed agli uomini migranti e quelle in essere contro la violenza alle donne, è un'occasione di riflessione che potrebbe incentivare la promozione di empowerment per codesti soggetti caratterizzati da plurime fragilità. Riferendosi ai dati dei due territori indagati (Palermo e Mazara del Vallo), emergono chiaramente due poli di intervento possibili per le donne straniere e di prevenzione e contrasto della violenza di genere:

- quello che riguarda le popolazioni provenienti da paesi ove le pratiche di mutilazione genitale femminile sono presenti (in forme e percentuali differenti)
- quello che concerne il rischio di matrimoni forzati, per chi proviene da paesi dove le unioni matrimoniali sono frutto di accordi tra famiglie e possono essere incentivate nei flussi migratori per la regolarizzazione del coniuge.

Questo ovviamente si collega strettamente a tutte quelle forme di violenza, individuate da IRIS nelle pratiche tradizionali dannose, che si perpetrano ubiquitariamente nel nord e nel sud del mondo come ben evidenziato per tutte quelle donne che l'ISTAT individua nel 23% della popolazione siciliana femminile dai 16 ai 70 anni, vittime di una qualche forma di violenza nella loro vita, e che richiedono indifferibilmente il miglioramento dell'accesso ai servizi, a partire da quelli sanitari.

Ma torniamo, in maniera più analitica, ai risultati delle indagini quantitative e qualitative effettuate sul campo, così da formulare alcune considerazioni sul tema della presa in carico socio sanitaria delle donne che subiscono violenze e maltrattamenti:

- In prevalenza l'utenza immigrata che accede ai servizi è quasi esclusivamente giovane o giovane/adulta (fascia di età 19-45), in linea con i dati di flusso della popolazione immigrata
- Il campione rappresentativo dell'universo di riferimento (personale socio sanitario) è risultato costituito in prevalenza da donne (68%)

- Nelle strutture sanitarie le figure professionali socio-sanitarie sono scarsamente presenti
- Negli ultimi tre anni solo il 29,1% degli/le operatori/trici è stato impegnato in attività di formazione in maniera continuativa
- Negli ultimi tre anni il 66,7% del campione non ha mai partecipato ad alcun corso in merito ai/alle migranti e il 67,4% in merito alla violenza contro le donne
- Solo il 27,8% degli/le operatori/trici è a conoscenza di protocolli d'intervento in uso nella propria azienda riguarda la violenza contro le donne
- E' scarsa la conoscenza delle norme che regolano l'accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri
- Insufficiente l'interconnessione tra i servizi all'interno della medesima struttura ospedaliera o tra istituzioni diverse, sino al 70% o non è a conoscenza dei servizi specializzati di cui le aziende dispongono o delle procedure sviluppate al loro interno o non possono usufruirne non essendosene le aziende dotate
- Solo il 23,7% degli/le operatori/trici è a conoscenza dell'esistenza della Rete Antiviolenza cittadina
- Ridotta conoscenza della legge italiana sulle MGF (12,2%) e delle Linee Guida del Ministero della Salute sulla prevenzione ed il trattamento delle MGF (8,6%), solo il 3,6 % sostiene che esista un protocollo d'intervento sulle MGF nella struttura in cui opera
- Impatto non soddisfacente delle attività formative realizzate con fondi nazionali in tema di Mgf, anche nella Regione Siciliana

- Il 91,4% del campione riterrebbe opportuna una maggiore formazione sul tema delle Mgf
- Appena 29 operatori su 153 dichiarano di aver refertato o segnalato in qualche maniera la violenza rilevata
- Assenza di mediatori culturali perfino nei servizi specializzati per immigrati e di adeguate competenze linguistiche del personale presente
- Scarso interesse dei medici verso gli effetti della violenza sulla salute delle donne, come effetto del peso dei pregiudizi di genere che inducono a ritenerla irrilevante nel processo diagnostico
- In generale sottovalutazione della violenza da parte degli italiani nei confronti delle donne immigrate
- Rilevanti problematiche di ordine strutturale o organizzativo, mancanza di spazi fisici adatti alla conduzione di un colloquio e di sufficiente tempo
- Una ridotta tendenza da parte del personale sanitario ad assumere un atteggiamento autoriflessivo, attento all'esplorazione delle proprie risonanze controtransferali, pesando anche una rappresentazione della professione medica emotivamente e culturalmente "asettica"
- La correlazione positiva tra l'assunzione di un approccio gender sensitive e, più in generale di "cura" della relazione con le pazienti, e l'emersione del fenomeno della violenza
- Mancanza di supporto sociale alle potenziali vittime di matrimoni forzati o di interventi mirati nelle comunità più "a rischio"

- Fortemente carente la parte di intervento “sociale”, in particolare per quel che compete l’ente locale, incapace di offrire una adeguata progettualità per le utenti che decidessero di chiedere aiuto, o di monitorare le situazioni a rischio.

Il quadro che ci si presenta è dunque assai complesso.

In generale il sistema sanitario, appare non sempre adeguatamente preparato (né in senso culturale, né tecnico) a rispondere agli specifici bisogni delle donne. Assai distante dai servizi sanitari, l’attenzione ai temi della salute delle donne, intesa in senso olistico, o anche solo nel senso che l’OMS propone del concetto di salute³². Con difficoltà si coniuga la patologia al/paziente, declinato/a nel genere maschile o femminile, ma se ne cura il corpo, nella sua materialità che appare a-sessuata al medico.

Significativo a tal proposito come, gli operatori/trici sanitari intervistati nella nostra ricerca, mostrino scarsa attenzione ai temi legati agli effetti sulla salute delle donne vittime di violenza, ritenendola irrilevante nel processo diagnostico seppur sia dato scientificamente acclarato l’incidenza della violenza sulla salute delle donne, sia nel breve che nel lungo termine, come ribadito dall’OMS.

In tal senso, la cultura dell’ “accoglienza”, in ambito socio sanitario, dovrebbe essere integrata quale componente essenziale del processo di diagnosi e cura, qualcosa di più e di diverso da un generico approccio “umanitario”, ma vero e proprio approccio metodologico alla presa in carico dei/le pazienti.

Peraltro, seppur da anni attraverso i Piani di zona della L. 328/2000 si è tentato di realizzare una adeguata integrazione tra il sociale ed il sanitario, sia nei ruoli/funzioni, sia attraverso più efficaci rapporti tra servizi, all’oggi i risultati sono assolutamente insufficienti essendo rimasta sostanzialmente inalterata la separazione tra presa in carico sanitaria e sociale. Significativa peraltro la scarsa conoscenza delle reti socio sanitarie tematiche da parte dei/le operatori/trici. Inoltre alle difficoltà di interazione verso l’esterno del sistema sanitario, si intreccia la problematicità organizzativa dei servizi sanitari in cui gli spazi ed i

³² La salute, è definita nella Costituzione dell’OMS, come “**stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia**”, viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

tempi da dedicare alla “persona”, appaiono ristretti e confinati alla mera erogazione di prestazioni che curino l’evidenza della ferita sul corpo.

Una pista di riflessione è stata sollecitata anche in merito allo scarso impatto degli investimenti realizzati negli anni scorsi in merito alla formazione del personale sanitario sulle MGF. Ovviamente non si è nelle condizioni di effettuare una analitica verifica delle motivazioni soggiacenti a codesti risultati, ma probabilmente le componenti di “cultura” del sistema sopra descritte, così come la inadeguata individuazione dei soggetti target della formazione hanno avuto il loro peso.

Una più complessa questione riguarda la relazione medico/paziente. Il perpetrarsi di una cultura che determina una evidente sperequazione di potere in favore del medico, rende più acuta la problematicità di una relazione di cura in cui, in particolare riguardo a soggetti particolarmente “fragili”, i diritti di cittadinanza fanno fatica ad essere esercitati, laddove al contrario, un loro pieno godimento produrrebbe, un vantaggio all’utente così come al sistema di intervento, che sarebbe sollecitato a superare l’assetto di autoreferenzialità che si è evidenziato.

Da questo punto di vista l’assunzione di un approccio agli /lle utenti volto al pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza, ma anche, nello specifico per le donne, l’assunzione di un approccio gender sensitive e la promozione di servizi women friendly, avrebbe un effetto fortemente migliorativo dei servizi, ma anche produrrebbe come effetto, da un lato, un maggior riconoscimento della violenza, e dall’altro, una maggiore propensione al disvelamento da parte delle donne.

Come dunque poter intervenire per migliorare l’accesso ai servizi e la presa in carico delle donne?

1. prevedendo l’avvio di un Piano di azione regionale contro la violenza alle donne, che analizzi e capitalizzi i punti di forza delle esperienze realizzate a livello regionale, ed i piani di azione già sperimentati in molte regioni europee;

2. prevedendo l'adeguamento della normativa regionale in tema, con attenzione anche al fenomeno dei matrimoni forzati;
3. promuovendo un'azione di sistema che investa l'intero territorio regionale, così come previsto nella programmazione del Piano Operativo FSE;
4. diffondendo l'informazione della presenza dei servizi di accoglienza attiva, così come previsti nella normativa regionale, e dotandoli di personale adeguato;
5. garantendo la possibilità di parola alle donne che non parlano la nostra lingua, attraverso l'utilizzo di mediatrici/ori nei servizi ove si rivolgono per le cure mediche o ai quali chiedono aiuto, ad es. centri antiviolenza, ma anche servizi sociali o di associazioni che si occupano della popolazione migrante;
6. formando adeguatamente il personale (sanitario e sociale) che accoglie e si prende cura delle donne e delle bambine a rischio di MGF, attraverso una diffusione capillare delle Linee guida ministeriali;
7. formando il personale sanitario riguardo all'importanza della refertazione della violenza subita dalle donne, diffondendo procedure e strumenti già in uso in alcuni reparto o presidi ospedalieri, diversificate per tipologia di violenza;
8. aggiornando e informando il personale di enti pubblici e privati, che "impattano" con il fenomeno della violenza contro le donne straniere o italiane, con attenzione al genere ed al fenomeno della violenza di genere contro le donne, ivi compreso un focus per le donne straniere;
9. utilizzando le risorse ordinarie (pensiamo al piano sanitario o a fondi nazionali, ad es.) e quelle FESR e FSE per garantire la

strutturazione di centri pilota che prendano in carico le donne vittime di violenza italiane e straniere, con l'attenzione loro dovuta e che si raccordino coi centri antiviolenza attivi nel territorio;

10. potenziando i centri antiviolenza e richiedendo con Linee guida apposite, l'applicazione di specifici standard che riguardino la presa in carico di donne straniere (così come previsto dai Minimum standard per i servizi del Consiglio d'Europa³³);
11. potenziando il lavoro di rete tra quei soggetti che per competenza si occupano del fenomeno, mutuando le buone pratiche presenti a livello regionale e fornendo loro risorse adeguate allo sviluppo di procedure ed alla raccolta sistematica di dati ed informazioni sul fenomeno e connessione con le Reti antiviolenza cittadine ove presenti;
12. promuovendo nei servizi standard *gender sensitive ed una cultura dell'accoglienza*;
13. progettando un osservatorio regionale ed un ambito di attività interdipartimentale sul tema e sui fenomeni che lo riguardano³⁴.

³³ Prof. Liz Kelly, Roddick Chair on Violence Against Women, London Metropolitan University and Lorna Dubois *Combating violence against women: minimum standards for support services* – Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe Strasbourg, September 2008

³⁴ Progetto Fare Rete: potenziamento e avvio di reti antiviolenza in Sicilia con il finanziamento del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - LABORATORIO COI DIPARTIMENTI E GLI UFFICI REGIONALI *DOCUMENTO DI SINTESI*, Palermo 2010

Bibliografia

AAVV, INMP *Migrazioni internazionali e salute - Manuale pratico per operatori sanitari* Progetto Marenostrum JLS/2008/ERFX/CA/1031 finanziato con il Fondo Europeo per i rifugiati, 2011

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

Anna Alessi *La Rete delle città. Sintesi dei rapporti locali di ricerca. La città di Palermo*, in Adami C., Basaglia A., Tola V. (a cura di), *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto anti violenza Urban* Franco Angeli, 2002

Anna Alessi, Maria Rosa Lotti (a cura di) *Trovare le parole. Violenza contro le donne. Percezione e interventi sociali a Palermo* Palermo, Ed. Anteprema, 2001

Alberta Basaglia, Maria Rosa Lotti, Maura Misiti, Vittoria Tola *Il silenzio e le parole Il Rapporto nazionale Rete anti violenza tra le città Urban Italia*, Franco Angeli, 2006

Adriana Cavarero *Corpo in figure* Milano, Feltrinelli, 1995

Teresa Bertilotti e Anna Scattigno (a cura di) *Il femminismo degli anni settanta*, Roma, Viella, 2005

Franca Bimbi, Alberta Basaglia *La violenza contro le donne* Milano, Guerini e associati, 2011

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

Judith Butler *La vita psichica del potere. Teorie della soggettazione e dell'assoggettamento*, Meltemi, 2005

G. Candia, cura di, 2009, *Le mutilazioni genitali femminili nel Lazio. Conoscenze ed esperienze tra le comunità migranti e gli operatori dei servizi territoriali* , Sviluppo locale edizioni, Roma

Caritas Migrantes *Immigrazione – Dossier Statistico 2010 XX Rapporto* Pomezia, Artigrafiche, 2010

Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence* Strasburgo, 2011

Consiglio d'Europa *La protezione delle donne dalla violenza Raccomandazione Rec(2002)5 del Comitato dei Ministri agli Stati membri*, Roma, traduzione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento per le Pari Opportunità, 2002

Decreto 4 luglio 2003 – Regione Siciliana Assessorato alla Sanità *Linee guida per l'assistenza sanitario ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia*

Valeria Dubini *Violenza e ripercussioni sulla salute* in O.n.da - Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Flavia Franconi (a cura di) *La salute della donna. Un approccio di genere*, Franco Angeli, 2010

Valeria Dubini *Violenza contro le donne: compiti ed obblighi del ginecologo* Editeam, 2007

Fare Rete: potenziamento e avvio di reti antiviolenza in Sicilia, Progetto finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Laboratorio coi Dipartimenti e gli Uffici Regionali *DOCUMENTO DI SINTESI*, Palermo 2010

Salvatore Geraci *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Roma, Carocci Editore 2001

Carol Hagemann-White *Combating violence against women: stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States*, Consiglio d'Europa, Strasbourg, CDEG Directorate General of Human Rights, 2006

Elena Laurezi *Identità forzate* in T. Bertilotti, C. Galazzo, A. Gissi, F. Lagorio (a cura di) *Altri femminismi. Corpi Culture Lavoro*, Roma Manifestolibri, 2006

Marnia Lazreg *Sul velo. Lettere aperte alle donne musulmane* Milano, Il Saggiatore, 2011

Paola Leonardi *Curare nella differenza* Milano, Franco Angeli, 1994

Legge n. 7 del 2006 *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di Immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di Mutilazione Genitale Femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*

M. Misiti, F. Rinesi, *Conoscenze e immagini delle MGF: un'indagine sugli operatori dei servizi territoriali*, in G. Candia (cit.), 2009,

ISTAT *La violenza e i maltrattamenti contro le donne*, 2007

Letizia Parolari, Graziella Sacchetti *Donne immigrate: gravidanza e maternità* Roma, Carocci Editore 2001

Etienne G. Krug, et.al. *World report on violence and health*, WHO, 2002

Prof. Liz Kelly, Roddick Chair on Violence Against Women, London Metropolitan University and Lorna Dubois *Combating violence against women: minimum standards for support services* – Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe Strasbourg, 2008

Regione Siciliana Gruppo di lavoro a supporto, Silvia Raudino, Giovanna Benigno, Adriana Ferrara, Raffaella Radoccia *Conversazione in Sicilia sullo stato dei servizi per i Migranti*, PON Governance 2007-2013 Asse II Obiettivo Operativo II.4, 2010

Regione Siciliana *Piano Operativo FESR Sicilia 2007-2013*

Regione Siciliana *Piano Operativo FSE Sicilia 2007-2013*

Regione Siciliana Presidenza, Dipartimento Regionale Della Programmazione *DUP Sicilia 2007-2013* Adottato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 206 del 23 giugno 2010

Rivera Garretas M. M. *Nominare il mondo al femminile* Roma, Editori Riuniti, 1998

Edwige Rude-Antoine *Les mariages forcés dans les États membres du Conseil de l'Europe Législation comparée et actions politiques* Direction générale des droits de l'homme Strasbourg, 2005

WHO, *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, World Health Organization 2005

WHO, *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists* World Health Organization, 2005

WHO, *Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda*, World Health Organization, 2009

UNHCR *Guidance note on refugee claims relating to Female Genital Mutilation* Division of International Protection Services, May 2009

Chiara Zamboni, *Parole non consumate. Donne e uomini nel linguaggio* Napoli, Liguori Editore, 2001

Sitografia

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.asppalermo.org Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, partner associato del progetto IRIS.

www.asptrapani.it Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, partner del progetto IRIS con l'Ospedale Abele Ajello di Mazara del Vallo

www.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 anti violenza 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.

www.comune.mazara-del-vallo.tp.it Portale ufficiale del Comune di Mazara del Vallo, territorio coinvolto dalle azioni del progetto IRIS.

<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.eurosocialesalud.eu/proyecto Sito del progetto per la coesione sociale e la salute in America Latina, sezione La violencia de género en el siglo XXI, respuesta intersectorial

www.inmp.it Sito ufficiale dell'INMP - Istituto Nazionale per la Salute, Migrazione e Povertà. L'INMP è una struttura pubblica, sotto il controllo del Ministero della Salute, che fornisce servizi di assistenza sociale e sanitaria a tutti i cittadini, italiani e stranieri.

www.irisagainstviolence.it Sito del Progetto IRIS – Interventi di contrasto alla violenza verso le donne : ricerca e sperimentazione di sportelli specializzati. L'intervento prevede una ricerca azione sulle violenze di genere ed in particolare sulle pratiche tradizionali dannose a cui vengono sottoposte le donne come matrimonio forzato, rapporti sessuali obbligati, mutilazioni genitali e violenze contro le lavoratrici domestiche. e la sperimentazione di servizi integrati 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.ospedalecervello.it e www.villasofia.it Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo, partner del progetto IRIS.

www.ospedalecivicopa.org Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'ARNAS Civico di Palermo, partner del progetto IRIS.

www.ospedalebuccherilaferla.it Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, partner del progetto IRIS.

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

www.policlinico.pa.it/portal/ Il portale ufficiale dei servizi on-line dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico p. Giaccone di Palermo

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.provincia.trapani.it Sito ufficiale della Provincia regionale di Trapani

www.sicilia-fse.it/ e www.euroinfoscilia.it Siti ufficiali della regione Siciliana sui programmi FSE e FESR.

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

Appendice

**Adottare un percorso di interconnessione dei servizi
e l'adozione di protocolli di intervento condivisi
Il lavoro di Rete**