

Il presente rapporto di indagine è frutto di una delle azioni previste nel progetto "V.eR.S.O.: integrazione di rete", finanziato dal Programma Comunitario Daphne II.

Si è scelto di usufruire di un'esperienza di indagine e di azione, già realizzata in altri paesi europei, focalizzata sulla necessità di conoscere come le donne vengono accolte dalle diverse figure sanitarie presenti sia nei pronto soccorsi degli ospedali, che nei servizi sanitari di base, a Palermo e Pescara. Si è analizzato il punto di vista e la percezione dell'intervento di medici, infermieri/e, ostetriche, ginecologi/ghe ecc. e lo si è confrontato con la percezione ed il vissuto delle donne che utilizzano questi servizi, per farsi medicare ferite del corpo e della mente, dovute a violenza.

Progetto Daphne II n. JAI/DAP/2004-2/054/WY

V. e R. S. O. (violenza e reti sanitarie operative): integrazione di rete



Le Onde onlus

Centro di Accoglienza e Casa delle Moire UDI

Via XX Settembre, 57 - 90141 Palermo
Tel. 091.327973 - leonde@tin.it

VERSO L'INCONTRO CHE GENERA

VERSO L'INCONTRO CHE GENERA

*Violenza alle donne e presa in carico sanitaria
Uno studio a Palermo e Pescara*





VERSO L'INCONTRO CHE GENERA

**Violenza alle donne e presa in carico sanitaria
Uno studio incrociato a Palermo e Pescara**

RAPPORTO DI INDAGINE

Progetto Daphne II n. JAI/DAP/2004-2/054/WY
V. e R. S. O. (violenza e reti sanitarie operative): integrazione di rete

Si ringrazia per la disponibilità e la preziosa collaborazione, senza la quale non sarebbe stato possibile raggiungere i risultati previsti: Azienda Ospedaliera “V. Cervello” di Palermo, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone” di Palermo, A.R.N.A.S. (Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione) Ospedali “Civico e Benfratelli” “G. Di Cristina” “M. Ascoli” di Palermo, Ausl 6, Comune di Palermo, Comune di Pescara, Institut de l’Humanitaire di Parigi, Questura di Palermo.

Un ringraziamento particolare va agli/le operatori/trici sanitari/e che hanno contribuito alla realizzazione della presente indagine. Alle donne che abbiamo intervistato e che ci hanno dedicato disponibilità di tempo e di racconto, 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 un’accoglienza ed un ascolto generativi di più efficaci percorsi trasformativi.

La presente indagine è stata realizzata grazie alla consulenza ed all’ausilio della società di ricerca Le Nove s.r.l.

INDICE

Presentazione del rapporto di indagine	9
1. Introduzione	13
1.1 Le ragioni di un progetto	13
1.2 Metodologia e fasi della ricerca	16
2. Cenni sui contesti territoriali	21
2.1 Palermo: uno sguardo sulla città	21
2.2 Pescara: uno sguardo sulla città	24
3. Il punto di vista delle operatrici e degli operatori sanitari ...	28
3.1 Descrizione del campione	28
3.2 Conoscenza del fenomeno della violenza	30
3.3 Ruolo e conoscenza dei servizi	32
3.4 Quali tipi di interventi si attuano	33
3.5 Opportunità e difficoltà del lavoro di aiuto	37
3.6 Un raffronto tra Palermo e Pescara	38
4. Il punto di vista delle donne vittime di violenza	41
4.1 Descrizione del campione	41
4.2 Tipo di violenza e ricorso ai servizi	43
4.3 Le paure delle donne	47
4.4 La presa in carico sanitaria	49
4.5 Un raffronto tra Palermo e Pescara	54
5. La narrazione della violenza	57
5.1 Nota introduttiva	57
5.2 Le interviste a Palermo	59
5.2.1 Il riconoscimento della violenza subita: il sogno d'amore infranto	61
5.2.2 La relazione con il maschile	64
5.2.3 Denunciare la violenza: le paure delle donne	66
5.2.4 Il dolore nel corpo: la percezione dello stato di salute da parte delle donne che hanno subito violenza	69
5.2.5 La presa in carico medica/psicologica: punti di forza e punti di debolezza	72

5.3	Le interviste a Pescara	79
5.3.1	Le donne si raccontano	79
5.3.2	La storia della violenza subita: dalla percezione al riconoscimento	82
5.3.3	Rompere il silenzio: dal malessere psicofisico alla denuncia ...	86
5.3.4	La presa in carico medica psicologica: punti di forza e punti di debolezza	91
5.3.5	Il rapporto con il futuro	94
6.	Conclusioni	97
	Synthèse finale	103

Presentazione del rapporto di indagine

di Maria Rosa Lotti

Il presente rapporto di ricerca è frutto di una delle azioni previste nel progetto “VeRSO: integrazione di rete”, finanziato dal Programma Comunitario Daphne II. Questo programma rappresenta per l’Unione Europea lo spazio di sostegno alla sperimentazione e diffusione di conoscenze ed interventi volti alla prevenzione ed al contrasto della violenza verso le bambine ed i bambini, gli adolescenti e le donne. Crea, così, le condizioni affinché sia possibile non solo sperimentare programmi innovativi, ma anche utilizzare esperienze e risultati già realizzati, trasferendoli in contesti diversi ed adattandoli alle condizioni locali. È la scelta che abbiamo fatto per questo intervento, come verrà ben evidenziato nell’introduzione al lavoro di indagine.

Si è scelto, per questo intervento, di usufruire di un’esperienza già realizzata in altri paesi europei, di indagine e di azione, focalizzata sulla necessità di conoscere come le donne vengono accolte dalle diverse figure sanitarie presenti sia nei pronto soccorsi degli ospedali, che nei servizi sanitari di base. Conoscere il punto di vista e la percezione del proprio intervento, da parte di medici, infermieri/e, ostetriche, ginecologi/ghe, ecc., e confrontarlo con la percezione ed il vissuto che ne hanno le donne che utilizzano questi servizi per farsi medicare ferite del corpo e della mente, dovute a violenza. Ferite che rappresentano il visibile del difficile momento che vivono, ma che spesso sono solo curate nella loro “fisicità”, senza comprenderne il motivo e senza verificarne la possibile prevenzione con interventi altri da quelli che un operatore/trice della sanità può fare.

Il rapporto, così come le esperienze precedenti a cui fa riferimento il progetto, evidenzia la difficoltà a mettersi in relazione con il dolore dovuto alla violenza, e non solo perché spesso alle visite mediche sono presenti gli autori di maltrattamenti ed abusi. Difficoltà che trova voce anche nelle altre azioni del progetto, che hanno integrato l’indagine. Si è trattato di attività volte a potenziare le reti locali contro la violenza e ad integrarle attraverso la definizione di procedure concordate con i poli

ospedalieri presenti nei territori che hanno scelto di misurarsi con questo aspetto del lavoro di rete contro la violenza.

Non è il primo lavoro che la nostra associazione si intesta nell'ottica di sviluppare conoscenze adeguate a costruire sistemi operativi di intervento. Si inizia con l'indagine e le azioni di rete sviluppate dal progetto "Rete anti violenza tra le città Urban Italia", coordinato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per poi mutuare quel metodo ed applicarlo ad una realtà distrettuale della provincia di Palermo, ed ancora con le attività di ricerca, anche in questo caso finanziate dalla Commissione Europea con un progetto Daphne, sulla percezione della violenza da parte degli/le operatori/trici dell'educazione (progetto Daphne realizzato nel quartiere Kalsa di Palermo ed a Caen in Francia).

Conoscere per capire e per fornire elementi utili alla progettazione locale ed alle reti operative. Questo, in estrema sintesi, è stato l'obiettivo a cui tendevano le indagini realizzate sin ora, ed a cui tende anche questo lavoro sperimentale. Questa è la priorità definita in assetto di progettazione e che ha fornito il quadro in cui si sono inseriti i presupposti teorici dell'indagine stessa. È la cornice in cui si inserisce questo specifico approfondimento, che gode e paga la scelta di sperimentare un'indagine in luoghi diversi d'Italia e con un gruppo di ricerca costituito da équipes differenziate per competenze, esperienze pregresse, radicamento nel territorio.

Il nostro organismo, capofila di questo intervento, ha costruito un luogo virtuale dove due realtà diverse come Palermo e Pescara hanno potuto confrontarsi e misurarsi nel tentativo di capire e di progettare. Due città con culture e contesti socio economici differenti, anche se, utilizzando lo sguardo delle donne, più simili tra loro di quanto potesse sembrare all'inizio di questa attività comune. Due città che si sono incontrate attraverso il progetto della rete anti violenza Urban, e che sono poi restate in contatto sulla base del riconoscimento di competenze e professionalità operato dall'amministrazione comunale di Pescara a Le Onde Onlus. Va sottolineato questo aspetto, perché ha permesso non solo di costruire un intervento comune, ma anche di supportare la nascita a

Pescara dello sportello contro la violenza alle donne, gestito da una giovanissima associazione femminile nata a chiusura del progetto Urban.

I fili che tessono la nascita ed il sostegno di esperienze *gender oriented* di servizi contro la violenza attraversano relazioni personali e professionali e sono cementate dal riconoscere sia il fenomeno della violenza verso le donne, sia la capacità cumulata dalle ong di donne e del femminismo, di progettare azioni di prevenzione e contrasto, mutuabili anche in altri contesti territoriali. È ciò che è accaduto in questo caso, permettendo lo sviluppo di un'attività condivisa che riguarda il potenziamento della rete locale di Pescara, ed il rafforzamento dell'esperienza palermitana che, con i suoi quasi dieci anni di attività di rete, rappresenta una delle esperienze di eccellenza della realtà italiana.

Naturalmente, condividere sperimentazioni comuni a distanza non è semplice ed il percorso può risultare a volte problematico. Nel rapporto che segue sono evidenti le differenze di linguaggio e di riferimenti teorici dei gruppi di lavoro che hanno costituito l'équipe di ricerca, e ciò vale sia per chi lavorava sul campo, che per le ricercatrici esperte.

È interessante entrare nelle città attraverso la loro descrizione e la voce, mediata dai questionari, degli operatori sanitari, che ne offrono uno spaccato inedito ed inaspettato, messo in luce in una comparazione dettata dalla necessità di comprendere le differenze e non sempre rispondente alla rappresentazione che si può avere di questi due luoghi d'Italia. È inquietante come le voci delle donne ripercorrono storie e vissuti simili, letti dalla sapiente scrittura di due professioniste che partono ed utilizzano linguaggi diversi, ma che ci restituiscono il sentire di queste donne, l'intimità di una narrazione che descrive e dice come si potrebbe migliorare l'intervento sanitario e come la salute sia concettualmente il punto di incontro tra corpo, mente e società, o meglio iscrizione simbolica dei primi nel vivere sociale.

Leggendo questo volume si ha la sensazione di un lavoro che inizia, di un percorso appena abbozzato, di una traccia in cui inserirsi per approfondire, comparare, integrare, sia con le altre indagini che in questi anni si sono sviluppate sul tema della violenza di genere verso le donne, sia con il pensiero ed i saperi che il movimento delle donne ha maturato sul tema anche in Italia, a partire dagli anni settanta.

Viene rimandata dal testo una complessità da indagare e la necessità di utilizzare da subito i risultati di questo lavoro per migliorare gli interventi sanitari in favore di donne vittime di violenza.

È ciò che stanno già facendo le reti antiviolenza di Palermo e Pescara. Il progetto ha permesso lo sviluppo di azioni locali che hanno innescato un circuito virtuoso tra il sociale ed il sanitario, integrandosi coi servizi specializzati gestiti dalle associazioni di donne.

Curare l'intervento è stata un'occasione rara ed unica per verificare le potenzialità che si innescano nel momento in cui si sollecitano i professionisti operanti nelle agenzie locali a pensare e strutturare interventi contro la violenza ed a integrarli con quelli che già esistono. Gli ospedali hanno risposto con forza, connettendosi con altre esperienze più mature sia italiane che straniere e costruendo procedure di intervento che hanno integrato il protocollo di rete di Palermo e che produrranno a breve frutti anche a Pescara.

Questo rapporto è stato reso possibile dalla collaborazione di chi ha operato anche nelle altre azioni del progetto, per la cui conoscenza si rinvia alle pagine web implementate sui siti www.leonde.org e www.comune.pescara.it

Buona lettura!

1. Introduzione

di Stefania Elisei, Vittoria Messina, Francesca Tei

1.1 Le ragioni di un progetto

Il lungo lavoro di sostegno alle donne che subiscono violenza ci ha portato ad evidenziare alcuni dati - che sono stati rilevati già a partire dalle ricerche Urban, in specifico quelle realizzate a Palermo¹ e Pescara² - sulla percezione della violenza, contro le donne, da parte di donne ed uomini ed operatori/trici sociali, sanitari e delle forze dell'ordine. Da queste indagini emerge chiaramente un quadro problematico di azione, con la quasi totale assenza di protocolli di intervento specifici e una difficoltà nell'aiuto all'emersione del fenomeno, in particolare nei territori più a rischio della città di Palermo, così come nella città di Pescara. Ciò a fronte di una percezione sempre più affinata del problema da parte di chi opera quotidianamente contro la violenza alle donne.

Un primo elemento che ci è sembrato eclatante, tra i dati raccolti, riguarda l'esiguità dei casi di violenza e/o di maltrattamento segnalati dai servizi. È certo che tale dato non offre una rappresentazione fedele sulla effettiva diffusione del fenomeno, non essendo obiettivo delle indagini Urban la quantificazione dello stesso, ma ne offre uno spaccato basato sull'esperienza diretta di chi lavora nei servizi. All'oggi non si dispone di statistiche affidabili sul maltrattamento e la violenza in famiglia, ma da diverse indagini europee³, sulla percezione della violenza e sulla diffusione del fenomeno, nonché italiane⁴, emergono delle stime sulla

¹ 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.

² AA. VV., *Vite sommerse. Parole ritrovate. Violenza contro le donne: percezione, esperienze, risposte sociali nella città di Pescara*, Facoltà di Scienze Sociali. Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara, Pescara, SIGRAF, 2004.

³ Eurobarometre 51. 0, *L'opinion des europeens sur la violence domestique dont sont victimes les femmes*, Commissione Europea D.G. 10 Informazione, Comunicazione, Audiovisivi, Cultura, 1995.

⁴ ISTAT, *La sicurezza dei cittadini. Molestie e violenze sessuali*, Roma, 1998; ISTAT, *Sicurezza dei cittadini*, Roma, 2002, in particolare il modulo *Molestie violenze sessuali - Indagine multiscopo sulle famiglie*.

diffusione del fenomeno, che evidenziano come almeno il 40% delle donne abbiano subito o subiscano qualche forma di violenza nella propria vita. Possiamo rilevare numerosi problemi che rendono conto di questa sorta di “cecità” dei servizi in materia di violenza contro le donne, che ancora oggi concorrono alla “invisibilità sociale” della violenza di genere, soprattutto di quella che si consuma all’interno delle famiglie.

Appare significativo come la forma di violenza verso cui si registra maggiore tolleranza è proprio quella che costituisce la gran parte della violenza contro le donne e cioè la violenza sessuale ed il maltrattamento da parte di coniugi, ex coniugi, fidanzati, conviventi. Va aggiunto come di frequente venga espresso un atteggiamento di responsabilizzazione delle donne, o addirittura di colpevolizzazione per la violenza subita, laddove si individua nelle caratteristiche femminili (l’avvenenza fisica o il comportamento emancipato, ecc.) la causa della violenza, e di deresponsabilizzazione del maschile (l’essere fatti così o l’essere malati).

La violenza intra ed extra familiare non può essere affrontata soltanto sotto l’aspetto sociale o psicologico, ma deve essere considerata come un problema che riguarda la salute, cioè quell’insieme di componenti che ne definiscono il concetto nell’accezione del benessere psico-fisico, analizzando anche le influenze culturali e sociali sulla salute del corpo e della mente. L’OMS ha evidenziato che le donne vittime di violenza coniugale, rispetto ad altre donne, sono più a rischio di contrarre patologie mediche e che la presa in carico ambulatoriale di una donna vittima di violenza ha un costo doppio rispetto alla presa in carico di altre pazienti. Il prezzo sulla sanità pubblica dei ripetuti ricoveri a causa degli effetti diretti o indiretti della violenza subita rappresenta un dato ineludibile nell’ottica di contrasto alla violenza. Il medico è spesso il primo, se non l’unico interlocutore per le vittime, potendo così contribuire efficacemente all’emersione della violenza e ad una presa in carico pluridisciplinare, se adeguatamente sensibilizzato e formato sugli effetti della violenza.

Lungo il lavoro d’indagine si sono evidenziate molte ragioni che rendono carenti gli attori e le agenzie sanitarie nell’individuare e nell’intervenire contro la violenza alle donne: scarsità di risorse, poca conoscenza delle dinamiche del fenomeno, insufficiente strumentazione metodologica, meccanismi di difesa degli/le operatori/trici; a queste è da

aggiungere la variabile della soglia di tolleranza istituzionale alla violenza. Sminuire la portata della violenza, ritenendo “fisiologica” l’episodica aggressione nella sfera del privato di coppia, o definire genericamente “conflittualità di coppia” l’agire violento del partner maschile, o ancora ricercare nella vittima, nel suo comportamento e/o nella sua psicologia, le cause della violenza, dà luogo a quel processo che, negli ultimi anni, è stato definito di vittimizzazione secondaria.

Strettamente connessa a quanto detto è la drammatica questione del silenzio delle donne, che, per la mancanza di una rete di sostegno che favorisca lo svelamento della violenza subita (sostegno culturale, solidarietà, risposte empatiche, ma anche aiuti materiali, sostegni economici e scenari di protezione efficaci nel garantire la sicurezza), continuano ad avere difficoltà nel dare parola e visibilità al fenomeno. Questo insieme di fattori interroga la responsabilità del sistema di intervento rispetto all’accoglienza di chi vive la violenza. Si può quindi parlare di una non riconoscibilità sociale della violenza, proprio in quel quotidiano cui si faceva riferimento.

Infatti, nei 14 anni di attività del Centro di Accoglienza e nei continui contatti con gli operatori socio-sanitari operanti a Palermo e nella sua provincia, si è potuto constatare la presenza diffusa del fenomeno come fatto spesso giustificato e tollerato da un codice culturale consolidato, e diffuso, che ratifica l'uso della violenza sulle donne come "normale" nella gestione delle dinamiche relazionali familiari e di coppia e che difficilmente viene alla luce come problema sociale e sanitario, su cui poter intervenire istituzionalmente. Il silenzio delle donne è ancora forte, soprattutto se non sono garantite sul tipo di accoglienza e di aiuto che possono ricevere. A riprova di ciò si rileva il riconoscimento e l’agire contro la violenza solo nei casi più "estremi", dove non vi è altra possibilità che un intervento sull'urgenza, che porta la repressione da un lato e la necessità della messa in atto di un sostegno totale a madre e figlie/i dall'altro.

Gli interventi di presa in carico e trattamento, pertanto, vanno diretti a rendere appropriate le condotte attuate, poiché in assenza di una adeguata integrazione, rischiano di frammentarsi e determinare un *surplus* di lavoro, non necessariamente efficace.

Potremmo dire che il sistema di intervento socio-sanitario non ha ancora fatto propria la nuova rappresentazione sociale della donna “vittima di violenza” e stenta a definire strumenti e metodologie

pertinenti al problema. Questo nodo, di pertinenza degli enti, dei servizi e delle agenzie presenti nel territorio, mette in rilievo come la volontà individuale non possa trasformare l'esistente e quanto sia necessario individuare azioni di sistema (sensibilizzazione e formazione degli operatori e delle operatrici della sanità, procedure d'intervento standardizzate e condivise, lavoro di équipe pluridisciplinare), che permettano di sviluppare migliori strategie per affrontare i problemi connessi alla violenza di genere.

Diviene a tal fine obiettivo prioritario raccordare e mettere in rete i servizi deputati a contrastare la violenza sia in ambito pubblico che privato, compresi anche gli ospedali, sviluppando procedure e protocolli di intervento, e stimolando l'assunzione di responsabilità rispetto al tema da parte di tutte le agenzie presenti nei territori.

Il Progetto Daphne "VeRSO: integrazione di rete" ha raccolto un bisogno emergente rispetto alla rilevazione e al trattamento del fenomeno della violenza da parte delle figure sanitarie, sia dei pronto soccorsi che della medicina di base, e la necessità di una partecipazione delle istituzioni ospedaliere alla Rete cittadina antiviolenza, per definire, mettere a punto e applicare buone prassi d'intervento nell'accoglienza e nel trattamento, per facilitare l'emersione del fenomeno e per creare percorsi agevoli di uscita dalla situazione di violenza vissuta da parte di donne e minori. Finalità in fieri è quella di sviluppare azioni di sistema tese a diffondere tra il personale sanitario, nello specifico quello dei pronto soccorsi ospedalieri, la consapevolezza e l'esigenza di un intervento efficace ed integrato nella presa in carico delle donne che subiscono violenza, per offrire loro un adeguato supporto e per l'invio a chi si occupa del supporto sociale o di protezione alle stesse.

1.2 Metodologia e fasi della ricerca

A partire dal progetto omologo francese, realizzato dall'Institut de l'Humanitaire⁵, si sono percorse azioni di ricerca simili e al contempo

⁵ Nel progetto Daphne n. 01/076/W "Vivio" del partner francese Institut de l'Humanitaire l'obiettivo della ricerca si era tutto concentrato sulla valutazione della presa in carico medica rispetto agli eventi di violenza intrafamiliare (violenza tra

adattate al contesto italiano, nell'ambito particolare dei territori cittadini di Palermo e Pescara. Le due aree sono state scelte sulla base di istanze tutte qualitative che, per ciò che riguarda il capoluogo siciliano attengono sia al curriculum di lavoro sul tema della violenza alle donne dell'Associazione Le Onde Onlus, impegnata da sempre sulle pratiche di accoglienza, consulenza ed accompagnamento verso percorsi di risoluzione delle problematiche delle donne vittime di violenza, sia alle attività della Rete antiviolenza cittadina, nata nel 1998 e composta da tutti gli organismi sanitari sociali e di protezione attivi nel territorio palermitano con l'obiettivo di migliorare ed integrare le procedure di intervento. Rete che ha già strutturato negli anni numerosi interventi comuni, volti alla sensibilizzazione del personale delle differenti agenzie ed alla loro formazione, oltre che all'acquisizione di dati e di informazioni sulla cui base strutturare azioni condivise. Nel caso, invece, di Pescara la presenza di una rete di servizi che interviene nelle situazioni di violenza sulle donne, operativa dal 2003, ha fatto optare per la possibilità di testare il modello anche in un'ottica di disseminazione e comparazione. In particolare, la rete è in grado di attivare e collegare le forze dell'ordine cittadine, la struttura ospedaliera ivi presente, i consultori, gli organismi più significativi dell'associazionismo femminile e tutta una serie di altre organizzazioni, istituzionali e non, idonee a svolgere interventi efficaci.

L'indagine fa dunque riferimento ai territori italiani di Palermo e Pescara, ma trova le sue radici nella ricerca svolta in Francia tramite il progetto Daphne "Vivio". Quest'ultima ha rappresentato lo stimolo ed un terreno di confronto con un'esperienza europea, nonché lo sfondo per raffrontare pratiche e protocolli di intervento adottati nell'ambito sanitario di fronte ad episodi di violenza in altri paesi.

Il progetto resta, comunque, la ripresa ed il trasferimento di un modello di ricerca già sperimentato nell'esperienza comunitaria, con l'obiettivo di conoscere e valutare la capacità di presa in carico, da parte delle strutture sanitarie territoriali, delle donne vittime di violenza, al fine di meglio definire il ruolo di chi opera nella sanità e rafforzare le capacità

coniugi e ricadute sui figli nella famiglia). Lo scopo dell'intero impianto voleva essere un miglioramento delle procedure mediche nonché l'apporto di correttivi sulle prassi applicate per la risoluzione dei casi di violenza.

delle reti locali. Tale modello è stato adeguatamente “adattato”, tenendo conto di diverse variabili, a partire dalla considerazione del carattere specifico di ricerca azione, che ha connotato l’intero progetto, e degli obiettivi “pragmatici” che esso doveva raggiungere.

Da questo insieme di fattori è derivata la necessità di alcuni “aggiustamenti”, anche sul piano della metodologia. Valga come esempio che mentre nella ricerca svolta in Francia il questionario rivolto agli operatori sanitari veniva compilato dagli stessi dopo aver visitato una donna maltrattata o con sospetto maltrattamento, quindi con la tecnica dell’autocompilazione “a caldo”, nell’indagine svolta in Italia i questionari sono stati somministrati attraverso interviste ad un campione definito.

E d’altro canto si è anche aggiunto una “variabile” non di poco conto, impostata esclusivamente su una metodologia qualitativa, come le interviste semistrutturate condotte con un campione di donne che hanno vissuto in prima persona la violenza (si veda oltre la apposita nota metodologica).

A partire dai tempi imposti dalla pianificazione del progetto VeRSO, così come dalle risorse disponibili, è stato necessario più che tradurre meccanicamente i questionari, interpretarli e adattarli alla realtà nazionale italiana e ai territori indagati. Alcuni aggiustamenti sono stati necessari affinché lo strumento potesse meglio rispondere al tipo di indagine e alle questioni specifiche da rilevare, ridefinendo dunque in parte gli obiettivi specifici della ricerca sul campo.

Il questionario doveva essere in grado di indagare se e quale fosse la percezione, ma anche la capacità di rilevare e leggere la violenza attraverso il ruolo che medici, infermieri, ostetriche, esercitano quotidianamente nelle strutture sanitarie. E da questa base identificare, localizzare, valutare come e se avviene la presa in carico medica, in generale, non in riferimento ad un tempo o un luogo specifico.

Il nostro obiettivo è stato guardare alla generalizzazione, al “di solito”, cogliere atteggiamenti, comportamenti, professionalità del personale sanitario, sia pure attraverso un campione di limitate proporzioni. In questa ricerca, dunque, le risposte fornite riguardano la più recente, emblematica esperienza a cui l’intervistata/o può fare riferimento.

I criteri che hanno presieduto alla definizione del *campione degli operatori sanitari* (50 tra medici, psicologi, infermieri, ostetriche, suddivisi nelle due realtà territoriali) sono stati: una composizione equilibrata fra i due sessi; l'appartenenza al pronto soccorso e ad altri servizi specifici, quali reparti di ginecologia e traumatologia ma anche a consultori.

Il *campione delle donne maltrattate* (45 tra Palermo e Pescara) è stato scelto all'interno del Centro Antiviolenza per Palermo e dei Consultori di ambedue le città; inoltre l'attenzione è stata rivolta sia a donne italiane che straniere, soggiornanti sul territorio oggetto dell'indagine.

Nella formulazione delle domande è stato apportato un cambiamento di rilievo, modificando il termine "violenza coniugale" con "violenza contro le donne, sia interna alla sfera affettivo familiare che esterna".

Si tratta di norma di donne che hanno usufruito dei servizi sanitari. Tuttavia, riprendendo uno spunto del questionario adottato dal progetto "Vivio", si è lasciata una domanda che mirava ad indagare le possibili resistenze delle donne nel parlare ai medici della violenza subita.

I questionari, somministrati alle donne, sono stati compilati da una intervistatrice nel corso di colloqui individuali.

Come è evidente dai dati riportati, non si tratta di campioni rappresentativi dell'universo, bensì di un sondaggio sul problema specifico, che può aprire piste di riflessione e spianare il terreno per una più approfondita successiva ricerca. Per queste ragioni l'indagine è stata completata e arricchita da interviste qualitative, raccolte sulla base di una griglia semistrutturata, che sono servite per approfondire con le donne maltrattate i temi della violenza e dell'uso dei servizi sanitari, come si spiega introducendo il capitolo specifico.

In sintesi, quindi, il progetto italiano ha articolato il lavoro sul campo in tre fasi. La prima: somministrazione di interviste con questionario ad un campione di operatrici e operatori nell'ambito dei servizi sanitari. La seconda: somministrazione di interviste a donne vittime di violenza. La terza fase: un approfondimento del tema "violenza" mediante colloqui con donne che hanno accettato di ripercorrere l'evento traumatico/violento vissuto, narrandolo secondo una trama di domande di taglio autobiografico. Per quel che riguarda le prime due fasi della ricerca

si sono utilizzati strumenti essenzialmente strutturati, che indagassero sia sul versante degli operatori sanitari sia su quello delle donne, il tipo di intervento dei servizi sanitari sul problema della violenza, le modalità di conduzione della risoluzione dei casi.

L'ultimo step metodologico che, in qualche modo, differenzia il lavoro italiano da quello di "Vivio", riguarda la scelta di completare l'analisi del "fenomeno" secondo il criterio degli studi di caso in ambito cittadino. Seguendo tale metodo, attraverso una preliminare analisi contestuale della violenza nei territori di Palermo e Pescara, si sono raccolte tutte le risultanze della ricerca attinenti tanto alla parte quantitativa quanto a quella qualitativa, per arrivare ad un unico esito descrittivo della ricerca in grado di rilevare le diverse soluzioni che i due territori pongono in atto per arginare e contrastare la violenza agita contro le donne in ambito intrafamiliare.

2. Cenni sui contesti territoriali

di Anna Immordino, Rossella Passeri, Roberta Pellegrino

2.1 Palermo: uno sguardo sulla città

Palermo, capoluogo della Regione Sicilia e polo amministrativo della regione, è una città caratterizzata dalle sue dimensioni come medio - grande. A fronte di una superficie di poco più di 160 Km² si rileva una densità abitativa di 4.589,9 abitanti per chilometro quadrato.

Negli ultimi anni, secondo le rilevazioni tratte dall'Annuario di statistica del Comune di Palermo⁶, si è registrata una leggera diminuzione della popolazione residente dai 688.369 abitanti del 1997, si è passati ai 683.794 del 2000 e ai 679.730 del 2003. La ripartizione per sesso della popolazione al 31 dicembre 2001 vede 324.754 maschi, pari al 47,8% del totale, e 354.976, pari al 52,2%.

Come in molte altre città del centro sud, occorre rilevare che seppur in presenza di una flessione delle nascite (caratteristica evidenziatesi in questi ultimi anni), si può parlare di contro di allungamento della vita media. La struttura demografica della città rispecchia questo dato: la piramide dell'età, ristretta alla base, riporta un rigonfiamento nella parte medio - bassa denotando cioè la presenza di una popolazione relativamente giovane; infatti i valori più alti sono compresi tra i venti e i trentanove anni. Vi è una consistente presenza di giovani generazioni e il processo d'invecchiamento appare rallentato.

Il numero medio dei componenti i nuclei familiari è di 3,2 persone per nucleo. Va anche segnalata la presenza di nuclei familiari di tipo monopersonale (singoli o anziani che vivono soli), circa 60.666.

Palermo è caratterizzata, ancora e/o di nuovo, da un rilevante fenomeno emigratorio, malgrado al tempo stesso sia divenuta terreno di immigrazione per chi proviene da paesi terzi. Gli stranieri iscritti in anagrafe alla fine del 2003 ammontavano a 20.359, pari al 3% della popolazione residente. L'area geografica dalla quale proviene il maggior

⁶ Dati tratti dal sito www.comune.palermo.it Ufficio statistica del Comune di Palermo – Panormus. Annuario di Statistica del Comune di Palermo, Anno 2003.

numero di stranieri è l'Asia Centro-Meridionale, con 7.151 residenti, seguita dall'Africa Settentrionale con 3.602. La comunità più numerosa è costituita dai cingalesi, con 4.491 presenze, seguita dai bengalesi (2.407), dai tunisini (2.109), e dai mauriziani (1.587). La fascia di età maggiormente presente nella popolazione immigrata va dai 35/39 anni con una decrescita vertiginosa nelle classi di età successive, investendo il fenomeno migratorio giovani e giovani adulti. Dall'indagine è emersa in modo chiaro una riflessione che riguarda la difficoltà di queste cittadine e cittadini a relazionarsi ed a utilizzare i servizi pubblici, come se, pur essendo presenti in grande numero, abitassero uno spazio a sé nella città. Difficoltà che interroga chi è deputato a programmare e ad attivare politiche e luoghi di risposta ai bisogni dei cittadini.

Il quadro dei servizi presenti sul territorio mostra ancora anelli deboli riferiti probabilmente ad una difficoltà di programmazione globale per il comune di Palermo. Il Piano di Zona⁷ del Distretto socio sanitario 42, elaborato in base alla Legge 328 del 2000, ha previsto tavoli di concertazione/programmazione specifici per tipologia, tenendo presenti anche i bisogni dei minori e delle donne della città di Palermo. In quanto alle donne esse appaiono sostanzialmente assorbite dai bisogni rilevati rispetto ai minori e alle famiglie. Appare ancora carente una analisi approfondita dei bisogni del territorio cittadino, che tenga conto della specificità di interventi in favore delle donne in difficoltà (madri sole, single, donne responsabili della famiglia in caso di carcerazione o di altri eventi della vita). Nello specifico le linee progettuali del Piano hanno riguardato le case famiglia, i gruppi appartamento, il servizio di assistenza domiciliare, il servizio di educativa domiciliare, l'educativa di strada, gli interventi in favore dei minori disabili, i centri di aggregazione

⁷ Il Piano di Zona del Distretto Socio Sanitario 42 (DSS 42) è formato dai Comuni di Palermo (comune Capofila), Monreale, Piana degli Albanesi, Altofonte, Belmonte Mezzagno, Santa Cristina Gela, Villabate, Ustica, Lampedusa e Linosa, L. 328/00. Il Piano di Zona rappresenta lo strumento attraverso il quale i comuni appartenenti ad ogni distretto con il concorso di tutti i soggetti attivi nella programmazione (A.U.S.L., Associazioni di volontariato, Coop. Sociali, II.PP.A.B, Sindacati ecc.) disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con particolare riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti organizzativi alle risorse da attivare. Il Piano di Zona del DSS 42 ha ricevuto il visto di congruità della Regione Siciliana con parere n° 83 del 24/11/2004.

per immigrati/e, le attività informa giovani, i centri di pronta accoglienza (Asl 6), il centro diurno per adolescenti con disturbi della personalità, gli interventi in favore dei nomadi, l'affidamento familiare, la mediazione familiare e il servizio Spazio Neutro per il Comune di Palermo, il servizio Telefono Donna (Asl 6), i centri aggregativi per ragazzi e ragazze, gli interventi integrativi in area scuola, il recupero spazi verdi, la formazione per gli/le operatori/trici. Si sono per cui focalizzate come priorità quelle azioni e quei servizi che riguardano i minorenni ed i giovani, potenziando l'area educativa e di aggregazione. Area "scoperta" da servizi di base, in particolare rispetto all'infanzia, che conferma le donne in un ruolo di cura ed accudimento, peraltro aggravato dalla carenza di servizi rivolti invece alla popolazione anziana, che non permette facilmente di scegliere una vita differente da quel destino di "angelo del focolare" che a tutto oggi caratterizza le donne palermitane.

A Palermo, come vedremo poi anche a Pescara, l'accesso al lavoro è legato al ciclo di vita familiare e risente pesantemente delle influenze socio-demografiche del territorio, nonché delle caratteristiche organizzative, economiche, sociali e culturali della famiglia.

Per ciò che riguarda gli interventi in favore delle donne in difficoltà a causa di maltrattamenti e violenza, le priorità emerse dalla lettura dei bisogni del territorio cittadino riguardano in particolare: la realizzazione di strutture di prima accoglienza in situazione di emergenza per le donne vittime di maltrattamento e abuso intra ed extrafamiliare; la progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione volti a ridurre il sommerso della violenza nei confronti delle donne. Priorità che ci auguriamo siano oggetto di progettazione con la prossima programmazione triennale.

Va ricordato che Palermo è stata, in questo ultimo decennio, un laboratorio di azioni sociali ed ha sviluppato un piano di servizi territoriali che ha cambiato l'assetto degli interventi a partire dalla metà degli anni novanta. I servizi si sono radicati nel territorio, ma ancora scontano carenze di organico e di programmazione.

Nella città vi è la presenza di capillari servizi sanitari (consultori, ambulatori, ospedali), che sono luoghi utilizzati da cittadine e cittadini non solo per la loro funzione di intervento sulla salute fisica, ma anche come spazi a cui rivolgersi per chiedere aiuto, in particolare la rete consultoriale risponde ai bisogni delle donne e delle famiglie.

Comunque, sino ad ora, le uniche attività avviate nell'area sanitaria in tale direzione sono quelle promosse dal Telefono Donna (Asl 6), che ha svolto azione di sensibilizzazione degli/le operatori/trici sanitari/e di alcune aziende ospedaliere cittadine ed un progetto Daphne sulla violenza di genere promosso da un partner inglese a cui ha aderito l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo.

Infine, Palermo è una città in cui si è molto sviluppata l'azione del terzo settore, che ricopre ormai funzioni fondamentali rispetto al lavoro sul territorio ed all'accoglienza delle domande di aiuto e delle aspettative delle cittadine e dei cittadini, di qualsiasi età essi siano. Va sottolineata la presenza forte e non sempre competente di associazioni e di cooperative, che svolgono un ruolo prezioso, ma non sempre riconosciuto, di servizio e di animazione territoriale per una città che stenta a trovare spazi condivisi e partecipati per chi la vive.

2.2 Pescara: uno sguardo sulla città

La città di Pescara, capoluogo di provincia, rappresenta la città più popolosa dell'Abruzzo, ponendosi dunque come polo di attrazione residenziale, centro commerciale e di servizi.

La popolazione residente, distribuita in cinque quartieri, è di circa 120.000 abitanti. La comunità pescarese è una realtà in continuo mutamento, come si può evincere da una lettura dell'ambiente proposta in diverse e recenti ricerche sociologiche realizzate sul territorio comunale⁸.

⁸ I dati riportati in questo paragrafo si riferiscono a due recenti ricerche realizzate sul territorio comunale. La prima riguarda il progetto Rafforzamento Rete anti violenza tra le città Urban-Italia i cui risultati sono stati presentati nel volume AA. VV., *Vite sommers. Parole ritrovate. Violenza contro le donne: percezione, esperienze, risposte sociali nella città di Pescara*, Pescara, SIGRAF, 2004. La seconda riguarda il tema, AA. VV., *Prospettive di parità. Condizioni lavorative e possibilità occupazionali al femminile nel territorio pescarese*, Pescara, 2005. Entrambe le ricerche sono state realizzate dalla Facoltà di Scienze Sociali, Università "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara.

Dall'insieme dei dati socio-demografici censiti, riferiti alla popolazione pescarese, sono emersi elementi interessanti. In una situazione regionale segnata dall'invecchiamento demografico delle zone interne, emerge il dinamismo sociale, culturale, economico di Pescara, la sua collocazione territoriale strategica, i suoi continui movimenti demografici che permettono alla città di mantenere una popolazione incline alla crescita ed allo sviluppo socioeconomico.

Secondo fonte Istat, la città conserva una struttura demografica relativamente giovane se comparata ad altri contesti urbani, anche se le tendenze di invecchiamento demografico in atto in tutti i paesi occidentali hanno fatto sentire i loro effetti in questa realtà, alterando la struttura della piramide d'età a favore delle classi più mature; la popolazione inferiore ai quindici anni è, infatti, numericamente minore rispetto a quella dei sessantacinque anni e oltre. La popolazione anziana, da sessantacinque anni ed oltre, ovvero la fascia che incontra maggiori difficoltà sul piano dell'assistenza socio-sanitaria e a volte anche del sostegno economico, raggiunge a Pescara il 20%. Il dato descrive una realtà urbana in trasformazione, tendente verso un assetto di maggiore problematicità afferente a tale dinamica demografica.

Dalla disamina dei dati appartenenti alla suddetta fascia d'età si determina una maggiore longevità femminile rispetto a quella maschile e, in un certo senso, si rileva una maggior responsabilità assistenziale da parte delle donne, che si pongono sul territorio come risorsa sostitutiva o compensativa dei servizi pubblici e privati nel garantire sostegno e assistenza ai componenti del nucleo familiare. Questo elemento di non poca rilevanza concorre a definire il ruolo femminile soprattutto nei termini di un'azione di sussidiarietà assistenziale. Nella nostra città la partecipazione della donna al mercato del lavoro è connessa dunque al ciclo di vita familiare e risente delle influenze socio-demografiche del territorio, nonché delle dimensioni organizzative, economiche, sociali e culturali della famiglia.

Per quanto attiene la distribuzione di genere, il numero degli uomini risulta più rappresentativo rispetto alle donne nelle età più giovani, mentre diventano relativamente meno numerosi rispetto alle donne con l'aumentare dell'età anagrafica.

La partecipazione delle donne alle attività economiche e i cambiamenti di tali forme di partecipazione avvengono sempre in connessione ai fattori di mutamento sociale che interessano la società,

incidendo sulle variazioni dell'offerta della forza lavoro⁹. Nell'ambito di questo tema diviene necessario accennare in questa sede ad alcune caratteristiche del fenomeno migratorio.

Secondo quanto riportato nel Dossier statistico della Caritas¹⁰, da parecchi anni mancano nel nostro paese forze lavoro locali in diversi settori e occupazioni, ma queste lacune sono state colmate da lavoratrici e lavoratori provenienti da altri paesi. In particolare si può ricordare il mezzo milione di donne straniere che in Italia si prendono cura delle nostre famiglie.

Stando al suddetto rapporto in Abruzzo ci troviamo di fronte ad una consistenza di cittadini immigrati pari al 3,3%, un valore doppio rispetto alla media dell'Italia meridionale, ma inferiore alla media nazionale di circa un punto e mezzo percentuale.

La componente minorile ha subito un incremento di oltre il 21%. Tali fattori, abbinati ad una suddivisione per sesso con prevalenza delle donne sugli uomini, nonché ad un alto numero di permessi per motivi familiari, rivelano sia una certa stabilizzazione sociale dell'immigrazione in Abruzzo sia una tendenza al radicamento territoriale, cui soggiacciono progetti di permanenza duratura da parte degli stranieri che fanno intravedere, anche per il futuro, un processo di consolidamento ed espansione della situazione migratoria. Tra le comunità numericamente più consistenti in Abruzzo quella ucraina mostra un'altissima caratterizzazione femminile (quasi 9 donne su 10 soggiornanti), seguita con ampio scarto dalla romena (poco meno di 6 su 10). Eppure sotto questo profilo il primato spetta a nazionalità con presenze ben più limitate, come quelle lituana, ungherese, bielorusa e ceca, composte in grandissima maggioranza da donne (oltre 9 su dieci immigrati). Queste comunità, caratterizzate da una femminilizzazione tra le più marcate, trovano prevalentemente impiego nei lavori domestici e di assistenza domiciliare.

La Azienda USL di Pescara fu istituita come tale nel 1994 quando si fusero in un'unica Azienda le preesistenti Unità Locali Socio Sanitarie di

⁹ Guarini R., Tassinari F., *Statistica economica. Problemi e metodi di analisi*, Bologna, Il Mulino, 1990-1993, p. 119.

¹⁰ Caritas/Migrantes, *Immigrazione. Dossier statistico 2005 – XV Rapporto*, IDOS, 2005 pp. 429-433.

Pescara, Penne e Popoli. L'attuale Azienda USL garantisce ad un bacino di utenza di circa 300.000 abitanti, ripartiti in 46 Comuni, Assistenza Sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera.

La sede centrale è in una zona non lontana dal centro di Pescara.

Per quanto riguarda i distretti sanitari di base (D.S.B) dalla primitiva articolazione in Ambulatori a Pescara, Scafa, Penne, Popoli e Tocco da Casauria si è giunti all'attivazione di 13 Distretti Sanitari di Base raggruppati, in piena applicazione ai dettati del Piano Sanitario Regionale.

Dei 5 Presidi Ospedalieri in funzione nel 1994, le strutture di Città S. Angelo e di Tocco da Casauria sono state riconvertite in Poli Sanitari. Città S. Angelo comprende il DSB, la Residenza Sanitaria Assistenziale ed il Consultorio familiare. La struttura di Tocco da Casauria è invece stata riconvertita in RSA con annesso Consultorio ed Unità Operativa di Medicina del Lavoro. I Presidi ospedalieri di Pescara, Penne e Popoli assicurano, grazie anche alla istituzione di nuove Unità Operative al rafforzamento di quelle esistenti ed alla copertura dei posti vacanti, il ricovero ordinario ed in day hospital per il trattamento di patologie acute. Assicurano inoltre i servizi clinico strumentali in regime ambulatoriale ed i servizi specialistici e di alta specializzazione.

Dalla ricerca Urban, rispetto al quadro dei servizi, emergeva l'assenza su tutto il territorio cittadino – e in modo particolare nella zona Urban - di centri antiviolenza e/o case di primo intervento e/o d'accoglienza rivolte a donne che hanno subito violenza. In seguito al lavoro di rete, potenziatosi grazie al progetto VeRSO, è emersa la necessità di promuovere linee progettuali per favorire azioni ed interventi rivolti a donne vittime di violenza. A tal fine è stato di recente istituito dall'Associazione "Ananke", uno sportello antiviolenza, collegato alla rete antiviolenza cittadina, ed ubicato presso il Centro Servizi alla Persona, finanziato con i fondi del programma d'Iniziativa comunitaria Urban II, città di Pescara. Tra le priorità che la rete sembra richiedere vi è proprio la necessità di concertazioni per una programmazione più specifica d'interventi integrati per donne e minori vittime di violenza, sinora solo avviati nell'attuale piano di zona.

3. Il punto di vista delle operatrici e degli operatori sanitari

di Francesca Tei

materiali approntati da Stefania Campisi, Giuliana Di Piazza, Rossella Passeri

Questo capitolo riguarda le informazioni raccolte tramite il questionario utilizzato nello svolgimento delle interviste con le operatrici e gli operatori della salute in forma accorpata (50 casi) e sottoforma di analisi comparativa tra le risposte fornite da donne e uomini e tra le due città campione.

In particolare, nel comune di Palermo sono stati ascoltati 30 tra operatrici (16) e operatori (14) sanitari, mentre nella città di Pescara sono state condotte 20 interviste (10 uomini e 10 donne) allo stesso tipo di professionalità.

3.1 Descrizione del campione

La suddivisione per sesso del campione è risultata decisamente equilibrata, infatti il 48% degli operatori è di sesso maschile e il restante 52% è femminile.

Tab. 1 – Sesso operatori sanitari

	Frequenza	Percentuale
Maschi	24	48,0
Femmine	26	52,0
Totale	50	100,0

La classe d'età più cospicua, il 38% del campione, è rappresentata da ultra cinquantenni; lievemente inferiore la percentuale nella classe degli

operatori più giovani che cumulano il 34% e un 28% di intervistati compresi nella coorte dei quaranta anni. Un campione quindi non giovane, con una accentuazione di questa caratteristica soprattutto nella componente maschile. Infatti gli uomini sono principalmente nella classe 50 anni e oltre (circa 58%), mentre le donne eccedono nelle altre due classi d'età, in particolare sono il 64,3% nella classe 30 – 39 anni.

Sono tutti di nazionalità italiana, nati in Italia salvo una persona nata in Germania; il 34% è nativo di Palermo.

Gli intervistati sono nel 66% dei casi laureati e nel 32% diplomati, con titoli equiparati alle lauree brevi, quali, infermiera professionale e ostetrica; solo una persona è ragioniere.

In particolare tra chi è laureato prevalgono gli uomini di circa 20 punti (lauree in medicina e psicologia), mentre diplomi e lauree brevi sono prevalentemente delle donne, che rappresentano la maggioranza del personale ostetrico e sociosanitario.

La loro attività si svolge principalmente presso un pronto soccorso (50%); il restante 38% lavora in un reparto di ginecologia ed, infine, con la stessa quota residuale -il 6%- troviamo operatori sanitari attivi in un consultorio o in un reparto di traumatologia.

Tab. 2 – Settore occupazione

	%
Pronto soccorso	50.0
Ginecologia	38.0
Traumatologia	6.0
Consultorio	6.0
Totale	100.0

La distribuzione tra i due sessi, al pronto soccorso, risulta equilibrata, anche se con una leggera prevalenza maschile (52% uomini, 48% donne). Un discorso analogo può essere fatto per i reparti di ginecologia dove tuttavia il leggero scarto è a favore delle donne (52,6%).

La loro permanenza nel servizio risulta di medio o lungo periodo; infatti quasi il 60% degli intervistati lavora da oltre 10 anni nello stesso luogo, il 18% svolge attività medica o paramedica lungo un periodo che va dai 6 ai 9 anni, mentre solo il 22% sono impegnati nei servizi di competenza da un periodo piuttosto recente (da 1 a 5 anni).

3.2 Conoscenza del fenomeno della violenza

Nel 40% dei casi le operatrici e gli operatori sanitari vengono a conoscenza dei casi di violenza perché sono le stesse donne a parlarne spontaneamente, e va evidenziato che questa risposta viene fornita prevalentemente dalle interviste maschili. Una percentuale di poco inferiore (38% dei casi) afferma che, nella sua recente esperienza lavorativa, si è trattato piuttosto di supposizioni di violenza che di certezze; una risposta questa volta fornita con leggera prevalenza dalle testimonianze femminili.

Talvolta la notizia viene appresa tramite terze persone (14%) o, sia pure in una quota piccola di casi, è il personale sanitario ad affrontare il tema (8%); entrambe le risposte, in questo caso, sono fornite prevalentemente dal sottocampione femminile.

Tab. 3 – Conoscenza o sospetto della violenza

	%
È stato/a lei ad affrontare il tema	8.0
Ne ha parlato la paziente	40.0
L'ha saputo da terzi	14.0
Si tratta di una supposizione	38.0
Totale	100.0

Le supposizioni emerse – ci si riferisce dunque alla quota che in precedenza ha segnato questo *item* - nascono principalmente dall'osservazione del comportamento che la paziente assume durante il

colloquio ed è questa una sensibilità che sono prevalentemente le donne intervistate ad attribuirsi. C'è inoltre un quarto circa del sottocampione che dichiara di evincere, segnalando ancora una volta una maggiore, seppur lieve, sensibilità femminile, segni di violenza dalla osservazione del comportamento del partner o accompagnatore della donna. C'è infine un'altra quota di poco inferiore che afferma di rilevare il fenomeno per gli evidenti sintomi che la paziente presenta.

Nel colloquio che intrattiene, l'operatrice/operatore sanitario viene indotto a trattare il tema della violenza innanzitutto a causa dei forti disagi psicologici presenti nella donna; ma c'è anche una quota di quasi un terzo del sottocampione che segnala come questa sia una domanda che rientra nella routine del protocollo adottato. C'è inoltre chi viene indotto a parlare di violenza in presenza di donne che mostrano gravi lesioni traumatiche. Solo raramente si propone il tema nei colloqui con donne che consumano sostanze psicotrope, alcool, tabacco o droghe.

La tipologia prevalente di violenza rilevata dal personale sanitario intervistato è, nel 37% dei casi, quella psicologica, colta con maggiore attenzione dalle testimoni femminili; mentre nel 35% dei casi si tratta di episodi violenti perpetrati sul piano fisico, segnalati dagli intervistati sia maschi che femmine. Un 13,4% ci parla di vera e propria violenza sessuale, annotata, in questo caso, con maggiore sensibilità dalle operatrici sanitarie; quasi l'11% rileva una violenza verbale nei confronti delle pazienti, ancora una volta segnalata con maggiore forza dalle donne che operano nei servizi sanitari.

Tab. 4 – Tipo di violenza

	%
Violenza verbale	10.9
Violenza psicologica	37.0
Violenza fisica	35.3
Violenza sessuale	13.4
Violenza economica	3.4
Totale	100.0

Pare, dai dati emersi, che gli operatori in prevalenza non sappiano, nei casi in cui si imbattono, dare informazioni sulla durata della violenza subita. Tra chi invece è in grado di dare una misurazione temporale della violenza subita da parte delle donne che ricorrono al servizio, il 28% si riferisce a casi che vivono quella condizione da oltre un anno, il 12% da meno di un anno, mentre per una percentuale ancora più ridotta si tratta di un primo episodio (8%).

Tab. 5 – Durata della violenza

	%
Primo episodio	8.0
Meno di un anno	12.0
Più di un anno	28.0
Non so	52.0
Totale	100.0

3.3 Ruolo e conoscenza dei servizi

Alcuni problemi già segnalati trovano riscontro nella successiva domanda, là dove vi è coincidenza di risposte anche per quanto riguarda il motivo per cui la donna fa riferimento al servizio svolto dagli operatori intervistati. Il suo arrivo presso il servizio socio sanitario si motiva, secondo quanto afferma circa un terzo del campione, a causa di lesioni traumatiche riportate sul corpo, segnalate prevalentemente dalle testimonianze maschili; mentre la sofferenza psicologica e gli evidenti disagi sono messi in luce in particolare dalle operatrici. C'è inoltre quasi il 15% delle donne che si rivolge ai servizi per problemi legati anche a gravidanze o aborti; in questo caso la segnalazione deriva principalmente dalle operatrici alle quali, probabilmente, le donne in difficoltà si rivolgono con maggiore preferenza, o con cui trovano più facile confidarsi. Circa il 10 % segnala che le pazienti ricorrono ai servizi a partire anche da disturbi della sfera genitale, oppure per la necessità di certificati medici.

Tab. 6 - Motivi per i quali la paziente si è rivolta al servizio

	%
Richiesta di certificato	10.1
Informazioni sulla violenza contro le donne	1.1
Lesioni traumatiche	32.6
Disagio psicologico	28.1
Tentativo di suicidio	1.1
Afezioni genitali	10.1
Gravidanza	14.6
Abuso sostanze, alcol, droghe	2.2
Totale	100.0

Dai dati si coglie che siamo di fronte ad una prima esperienza di fruizione dei servizi selezionati da parte delle utenti, in quanto nel 80% dei casi c'è stato un unico contatto e solo nel 20% si sono rivolte più di una volta allo stesso servizio.

Le donne in questione arrivano ai servizi sanitari prevalentemente grazie alla loro capacità di orientamento per una risoluzione del problema che le attanaglia, dal momento che nessuno ha consigliato loro il servizio, come segnala oltre la metà delle risposte. Secondariamente perché qualche persona amica o qualche altra struttura lo ha suggerito (quasi 30% del campione). Una quota piccola, ma di qualche rilievo, (7,4%) arriva ai servizi su indicazione delle forze dell'ordine.

3.4 Quali tipi di interventi si attuano

È comprensibile, a questo punto, che per il tipo di violenze riscontrate nelle pazienti, il trattamento che viene prescritto da operatrici e operatori intervistati sia, per quasi la metà dei casi, un trattamento di terapia locale per curare le lesioni e i traumi subiti; in poco meno di un quinto delle situazioni viene fornita una risposta ginecologica oppure una terapia analgesica (16%). Una soluzione farmacologica al disagio

psichico viene indicata da meno di un decimo del campione. Rimane una quota del 12% che non prescrive alcun trattamento.

Tab. 7 – Trattamento prescritto

	sesso		Totale %
	maschi %	femmine %	
Analgesico	12.0	4.0	16.0
Psicofarmaco	4.0	4.0	8.0
Trattamento locale	20.0	26.0	46.0
Intervento ginecologico	8.0	10.0	18.0
Nulla	4.0	8.0	12.0
Totale	48.0	52.0	100.0

Per la metà dei casi rilevati gli operatori hanno redatto un certificato medico.

Una percentuale di poco meno di due quinti delle persone intervistate (38%) ha consigliato alla paziente di mettere in atto un piano di sicurezza nell'evenienza si ripresentasse o si volesse prevenire la violenza già subita.

Tab. 8 – È stato consigliato un piano di sicurezza

	%
Si	38.0
No	62.0
Totale	100.0

Tra coloro che si sono orientati al consigliare un piano di sicurezza, le maggiori indicazioni sull'aiuto provengono dal chiamare le forze dell'ordine, come indicano oltre tre quinti delle risposte fornite dal sottocampione; un consiglio un po' più frequente da parte di operatori maschi. Per il resto solo una quota inferiore ad un quinto, leggermente

caratterizzata “al femminile”, suggerisce l’allontanamento da casa assieme ai propri bambini ed una percentuale ancora inferiore fa riferimento ad un codice d’urgenza collegato con familiari, amici o vicini.

Tab. 9 - Consigli per un “piano di sicurezza”

	sesso		Totale %
	maschi %	femmine %	
Lasciare casa	8,7	8,7	17,4
Chiamare polizia	34,8	30,4	65,2
Documenti al sicuro	0,0	4,3	4,3
Piano con vicini, amici, parenti	4,3	8,7	13,0
Totale	47,8	52,2	100,0

Tra coloro che hanno scelto di non consigliare alcun tipo di piano di protezione (la maggioranza del personale sanitario intervistato) prevale la motivazione che le situazioni osservate non necessitino di tali misure cautelative, ed è una opinione prevalentemente femminile. Ma c’è anche una quota che ha ritenuto non fosse di propria competenza consigliare alle pazienti di predisporre piani di sicurezza; in questo caso è un comportamento prevalentemente maschile.

Le pazienti, successivamente ai colloqui, vengono orientate con maggiore frequenza – complessivamente un quinto delle risposte - verso strutture sanitarie: prevalentemente ginecologia, ma anche psichiatria o medicina d’urgenza. Segue il ricorso alle forze dell’ordine, alle quali fa riferimento quasi il 18% delle risposte fornite. Una quota del 13,7% indirizza verso uno psicologo/a, e un’altra del 8,2% sollecita a fare ricorso ad associazioni di donne attive nel contrastare la violenza o a strutture in grado di offrire ospitalità (5,5%).

La significativa percentuale (20,5%) di coloro che asseriscono di non aver approntato nessun tipo di invio alle diverse strutture preposte agli interventi nei casi di violenza, motiva tale comportamento con la ragione che la paziente non avrebbe ammesso la condizione di violenza. Solo una

piccolissima quota sarebbe stata intimorita dalla presenza dell'aggressore durante il colloquio, tanto da non consigliare il riferimento ad un servizio; altra ragione per non consigliare l'accesso ad un servizio è che la donna abbia già un orientamento verso una struttura di aiuto.

Rimane il fatto che la sola supposizione di violenza, senza "certezza", lascia una quota di personale sanitario nell'immobilismo, facendo sì che alla fine non orientino la donna verso strutture che la possono sostenere ed aiutare.

Il colloquio con le donne ha, per la metà del campione intervistato, una durata di mezz'ora o poco meno; il 20% dei rispondenti, invece, si intrattiene con le pazienti un po' meno di un'ora e una percentuale di poco inferiore (18%) prolunga la conversazione oltre l'ora; forse tale *range* temporale va misurato in base alla gravità dei casi che si presentano loro. Si può anche annotare che sono gli uomini a prevalere tra coloro che fanno i colloqui più brevi (meno di mezz'ora), mentre sono le donne la maggioranza di coloro che trattengono le pazienti per oltre un'ora.

I casi presi in considerazione dalla ricerca sono prevalentemente concentrati nell'anno 2005 (60%). Una nota utile può essere la rilevazione della fascia oraria in cui, con maggiore frequenza, una donna si presenta all'operatore per affrontare il suo spinoso problema: nell'arco della giornata i picchi di ascolto sono, infatti, la mattina e la notte (38% a pari merito), mentre le ore centrali cumulano il 22%. Un dato che tuttavia dovrebbe essere incrociato, in un campione più ampio, con il tipo di servizi ai quali le donne scelgono di accedere, e le opportunità che gli stessi offrono in termini di orari di apertura al pubblico e di capacità di ascolto.

3.5 Opportunità e difficoltà del lavoro di aiuto

Nonostante l'esperienza degli e delle intervistate una variabile importante, interna alla loro attività, è rappresentata dalle difficoltà che in qualche modo ostacolano la conduzione del colloquio con le pazienti. Di queste le più frequenti, rilevate da oltre un quarto del campione, sono rappresentate dalla mancanza di un luogo tranquillo in cui condurre il colloquio (segnalato in particolare dalla quota femminile) e, da un altro quarto, dalla disturbante presenza del partner o accompagnatore all'appuntamento con l'operatore sanitario; anche in questo caso, esiste una lieve preferenza di risposta al femminile. Una certa difficoltà viene segnalata, prevalentemente dagli operatori maschi, sia pur da una quota del solo 16%, a causa dell'atteggiamento non collaborativo della paziente. Anche il tempo insufficiente a disposizione viene visto come un ostacolo alla conduzione di un buon colloquio dal 12% del campione intervistato.

Tab. 10 – Principali difficoltà

	%
Tempo insufficiente	12.0
Mancanza di un luogo tranquillo	26.0
Presenza del partner	26.0
Atteggiamento della paziente	16.0
Presenza di una terza persona	4.0
Altro	16.0
Totale	100.0

L'indagine tra le operatrici e gli operatori di Palermo e di Pescara si chiude con una domanda che voleva, negli intenti, raccogliere giudizi esperti e valutativi sul lavoro di accoglienza e colloquio con le donne vittime di violenza. La risposta maggiormente significativa, che concerne i due terzi dei casi analizzati, si è attestata più su di un sentimento che non su una prassi o metodica di lavoro. Il sentimento d'impotenza, infatti, rispetto alle situazioni che tali operatori analizzano, emerge in

modo incisivo (il 64%), soprattutto da parte femminile, seguito da un 30% cumulato di risposte più confortanti che si districa tra la disponibilità di contattare altri operatori capaci di intervenire nelle situazioni di aiuto verso le donne maltrattate (20%) e la conoscenza delle prospettive e delle risorse per la presa in carico delle stesse (10%). Solo una quota irrilevante considera che la violenza non sia questione di sua competenza.

Tab. 11 – Considerazioni finali

	sesso		Totale %
	maschi %	femmine %	
Conosce prospettive e risorse per una presa in carico	6.0	4.0	10.0
Dispone di sufficienti contatti con operatori/trici capaci	10.0	10.0	20.0
Si è sentito/a in grado di prendere in carico la paziente	2.0	0.0	2.0
Considera la violenza non di sua competenza	2.0	2.0	4.0
Ha sentito un sentimento d'impotenza rispetto alla situazione	28.0	36.0	64.0

3.6 Un raffronto tra Palermo e Pescara

Sono 30 le interviste condotte a Palermo e 20 quelle effettuate a Pescara, come si è già accennato. La distribuzione fra i due sessi è equilibrata, anche se si può annotare che il lievissimo scarto a favore delle donne è dovuto al campione palermitano. Anche per le fasce d'età solo piccole le differenze, che segnano in proporzione un innalzamento dell'età nel campione pescarese. Equilibrata nelle due realtà la presenza di medici e psicologi, così come la percentuale di chi opera nel pronto soccorso che, in entrambe le realtà, è la metà del campione.

Si tratta di personale con consolidata esperienza, dal momento che sia a Palermo che a Pescara oltre la metà delle persone intervistate lavora in quel servizio da oltre un decennio.

Quali i percorsi per venire a conoscenza della violenza? Sono innanzitutto le donne a parlarne, afferma quasi la metà del sottocampione palermitano. Ci si arresta più che altro sulla soglia della supposizione e del sospetto di violenza, afferma una percentuale di poco inferiore di quello pescarese.

Se le lesioni traumatiche sono comuni ad entrambe le città, Palermo segnala poi soprattutto gravidanze, aborti e affezioni genitali, mentre Pescara segnala con maggiore evidenza il disagio psicologico.

Una quota maggiore a Palermo si è rivolta in più di un caso alle strutture sanitarie, più di quanto non accada a Pescara. Così come è Palermo assai più di Pescara a rilasciare certificati.

Al servizio le donne giungono autonomamente: è questa l'opinione della maggioranza in entrambe le realtà, dove tuttavia oltre a chi ci arriva tramite suggerimenti e consigli di conoscenti, o di altre strutture, si può segnalare una quota più significativa per Palermo di chi arriva su indicazione delle forze dell'ordine.

Per chi consiglia un piano di sicurezza, il ruolo delle forze dell'ordine alle quali fare riferimento appare centrale in entrambe le realtà.

Tra coloro che non consigliano una strategia di sicurezza pesa, un poco più nella realtà pescarese che in quella palermitana, l'idea che non debba competere questo al personale sanitario che, in taluni casi, dichiara anche di non averci pensato.

Per l'orientamento dato alle pazienti, se a Pescara ha un discreto peso quello verso lo psicologo, a Palermo vengono prima le forze dell'ordine e il ricorso alla ginecologia.

I colloqui tendono ad essere più lunghi a Palermo dove si svolgono per un'ora e più, mentre a Pescara ci si attesta sulla mezzora ed è qui che

si denuncia con più forza la mancanza di un luogo tranquillo dove realizzarlo; mentre a Palermo viene rilevata come variabile di disturbo la presenza del partner.

4. Il punto di vista delle donne vittime di violenza

di Stefania Elisei

materiali approntati da Stefania Campisi, Giuliana Di Piazza, Rossella Passeri

4.1 Descrizione del campione

La ricerca ha preso in esame 45 donne vittime di violenza, aventi tra i 20 e i 54 anni. I dati relativi all'età sono stati segmentati in quattro classi, con l'intenzione di identificare le diverse condizioni di vita delle donne: l'età più giovane nella quale è in progettazione e costruzione la vita lavorativa ed affettiva, l'età in cui vi è maggiore impegno sul piano riproduttivo e della cura dei figli, l'età centrale in cui i figli sono più grandi e può liberarsi tempo anche a vantaggio della sfera lavorativa, e infine una fase anagrafica, in continuità con quest'ultima.

Tab. 12 - Classi d'età

	Valore assoluto	Valore Percentuale
20 - 29 anni	9	20
30 - 39 anni	15	33,3
40 - 49 anni	15	33,3
50 - 59 anni	5	11,1
Totale	45	100,0

All'interno del campione, prevalentemente composto da italiane, è presente anche una quota di donne native di paesi stranieri, pari al 15,6%, che oggi vivono in Italia.

Per quanto concerne la residenza, le percentuali più alte si riscontrano in corrispondenza delle città di Palermo (60%) e a Pescara (26,6%); solo il 13,3% vive in altre città.

Le donne separate, a cui si possono aggiungere le divorziate (48,9%), costituiscono il sottocampione più numeroso, seguito da quello delle coniugate e conviventi (35,6%) e dalle nubili (15,6%).

Il titolo di studio maggiormente ricorrente è quello relativo alla scuola media inferiore (62,2%). Segue una quota di donne con il diploma di scuola media superiore (17,8%) e con licenza elementare (11,1%). Infine, quasi il 10% è in possesso del diploma di laurea.

La maggioranza delle intervistate ha dei figli (82,2%) il cui valore medio è uguale a 1,68. Il valore della moda, come è possibile osservare, è, invece, pari a 2.

Inoltre, la maggioranza ha figli con meno di 14 anni.

Tab. 13 - Numero figli

	%
0	17,8
1	22,2
2	44,4
3	8,9
4	2,2
5	4,4
Totale	100,0

Per quanto concerne la situazione lavorativa si registra un'alta componente di lavoratrici con contratti atipici (24,4%), a pari merito con la quota delle disoccupate. Seguono, dal punto di vista numerico, le inoccupate (20%) e le occupate senza contratto (17,8%). Infine, una minoranza (13,3%), sembra possedere una posizione lavorativa più solida, svolgendo un'attività di impiegata e, in un caso, di libera professionista. La quota abbastanza importante di lavoratrici atipiche,

seppure il campione sia limitato e non statisticamente rappresentativo, rimanda inevitabilmente ad una serie di provvedimenti, in particolare, il decreto 276/2003 in ottemperanza della L. 30/2003, che ha di fatto legalizzato l'utilizzo disinvolto di contratti di collaborazione. Tale modalità di prestare lavoro, che spesso determina situazioni di precariato, può chiaramente giocare a sfavore in un percorso di uscita dalla violenza, limitando l'autonomia economica della vittima.

Le altre due componenti che assumono una frequenza significativa in rapporto al numero del campione sono, inoltre, le disoccupate e le inoccupate.

Tab.14 - Occupazione

	%
Disoccupata	24,4
Inoccupata	20
Impiegata	11,1
Libera professione	2,2
Lavoro atipico	24,4
Lavoro senza contratto	17,8
Totale	100,0

4.2 Tipo di violenza e ricorso ai servizi

La domanda delle donne vittime di violenza è stata raccolta prevalentemente dai servizi di pronto soccorso e dai consultori, come è evidente che sia, visto che le intervistate dichiarano di essere state nella quasi totalità dei casi oggetto di violenza fisica. Assai scarsi risultano, invece, i dati relativi ai centri antiviolenza, presenti in ambedue i territori, e al telefono aiuto vittime della violenza (Telefono Rosa per Pescara e Telefono donna della ASL6 di Palermo), soprattutto se letti in relazione alle risposte della domanda successiva del questionario, per cui l'88,9% delle donne è vittima di violenza da più di un anno, quindi con maggiore possibilità, solo teorica, di assumere informazioni per trovare delle vie di

uscita, ricorrendo all'aiuto telefonico come quello che maggiormente può garantire l'anonimato. Difficile valutare se possa esserci un effetto di maggiore imprinting, dal punto di vista del ricordo, nel caso di un servizio che ha fornito una prestazione di tipo psicologico o medico, a fronte di un servizio che ha provveduto al solo orientamento ed informazione.

Tab. 15 - Da quanto è vittima

	%
Primo episodio	8,9
Meno di un anno	2,2
Più di 1 anno	88,9
Totale	100,0

Tab. 16 - A quale servizio si è rivolta

	%
Centri antiviolenza	8,9
Consultori	20,0
Telefono aiuto a vittime di violenza	2,2
Pronto soccorso	40,0
Professionista privato	8,9
Altro	20,0
Totale	100,0

Il responsabile più ricorrente dei maltrattamenti, sia di natura verbale che fisica, psicologica ed economica verso le donne, è, come confermato da molte ricerche condotte sul tema della violenza, il marito o l'ex marito e, in seconda battuta, l'ex convivente. Le trasformazioni avvenute a partire soprattutto dagli anni '70 (femminilizzazione del mercato del lavoro, bassa natalità, accesso a settori occupazionali tipicamente maschili ...) hanno modificato ulteriormente l'identità femminile, sempre più orientata a porsi come soggetto autorevole nella contrattazione dei

livelli di potere all'interno della coppia e della famiglia. Pertanto, a partire da tali fenomeni si è resa necessaria una ridefinizione dei comportamenti di uomini e donne *delle loro attribuzioni di senso, dei loro rapporti di potere, sia nel mondo di lavoro che nel faccia a faccia quotidiano*¹¹. Se tutto questo non accade è possibile che si verifichi, sia un disorientamento nell'ambito della relazione, vista come *terra straniera senza mappe di riferimento*¹², che un livello di scontro degenerativo che approda verso la violenza.

Altro risultato, da sottolineare come significativo, riguarda i conoscenti, di cui sono vittime l'8,9% delle donne intervistate, che ribadisce, comunque, come questo tipo di violenza si consumi per lo più nell'ambito di relazioni prestabilite. Residuali, invece, le risposte relative al padre.

Tab. 17 - Autore violenza

	%
Marito	35,6
Ex-marito	35,6
Convivente	4,4
Ex-convivente	11,1
Padre	4,4
Conoscente	8,9
Totale	100,0

Le forme di violenza subite dalle intervistate sono spesso plurime, per cui a quella fisica si associano, ovviamente, quella psicologica e, probabilmente, altre ancora di carattere sessuale, verbale od economico. Come risulta evidente dai dati rilevati, la più ricorrente resta quella fisica, unitamente a quella psicologica.

¹¹ Piazza M., *Radici della violenza sulla donna*, Convegno Verbania Pallanza 11 febbraio 1995.

¹² *ibidem*

Tab. 18 - Violenza subita

	%
Violenza verbale	21.3
Violenza psicologica	25.2
Violenza fisica	25.2
Violenza sessuale	10.3
Violenza economica	18.1
Totale	100.0

Le intervistate rendono evidente come un vissuto così pesante, quale quello della violenza, non possa, nel tempo, essere tenuto nascosto. La totalità dei casi dichiara di avere rivelato la propria condizione ad uno (40%) o più operatori/operatrici (60%), per lo più di carattere medico (medico per le urgenze, ginecologo o medico di base) e, secondariamente, con competenze psicologiche.

Tab. 19 - Operatori con cui ha parlato

	%
Infermiere/a	4,5
Medico d'urgenza	27,3
Ginecologo/a	4,5
Medico generico	18,2
Pediatra	3,4
Psicologo/a	25,0
Psichiatra	3,4
Altro	13,6
Totale	100,0

Coloro che rispondono altro, per metà specificano di essersi rivolte al servizio di assistenza sociale. La restante quota si indirizza, invece, verso il privato sociale e altri medici specialisti.

4.3 Le paure delle donne

Un'altra domanda del questionario attiene alle difficoltà e paure nell'esternare una condizione di cui, molto spesso, le donne si sentono in colpa. Il timore del giudizio e le possibili ritorsioni da parte del maltrattante o del violentatore contribuiscono in modo determinante su tali paure. Oltre quattro quinti delle intervistate sostengono di avere provato paura nel rivelare il motivo per cui si erano recate in strutture finalizzate alla cura. Le ragioni che agiscono sono plurime. Tuttavia, ciò che più ricorre attiene alla pressione agita dall'uomo violento che condiziona o minaccia preventivamente la vittima per impedirle di rivelare la verità o che, talvolta, attraverso la sua presenza al colloquio, può limitare la sua libertà. Talvolta, poi, si dichiara che all'incontro con gli operatori partecipano i figli, che vengono protetti dalla madre, omettendo la verità.

Altro aspetto che viene sottolineato è la paura di parlare con operatori con cui non si ha una relazione di conoscenza, o dei quali non si ha certezza (forse) della competenza o della loro capacità di riservatezza. Sono probabilmente queste motivazioni che giocano nella scelta da parte di alcune di utilizzare professionisti a pagamento.

La domanda ha messo in rilievo anche una serie di inefficienze rispetto alla diffusione dell'informazione. Quasi la metà delle intervistate, infatti, sostengono di non sapere il tipo di aiuto offerto dalle strutture presenti sul territorio o di non conoscere le modalità per consultare i servizi.

Tab. 20 – Disinformazione e impedimenti

	%
Non conosceva l'operatore/trice sanitari	16.5
Non sapeva dove consultarli	13.4
Non sapeva che un operatore/trice sanitario avrebbe potuto aiutarla	16.5
Avrebbe voluto consultare un operatore/trice a pagamento	16.5
Il suo partner le impediva di consultare un operatore/trice	22.7
Il suo partner/aggressore era presente durante il colloquio	6.2
I bambini erano presenti durante il colloquio	8.2
Totale	100.0

Altri tipi di difficoltà sono costituite da resistenze personali: in primo luogo la vergogna a parlare di violenza con l'operatore/trice, e l'ansia, il dolore che possono intervenire in seguito al racconto e quindi al ricordo di episodi traumatici, che ledono profondamente l'autostima della persona. Emerge, inoltre, in alcuni casi un atteggiamento di scarsa fiducia (per quanto minoritario) nei confronti dei professionisti delle strutture a cui ci si rivolge, probabilmente dovuto alla poca conoscenza dei servizi. In particolare, alcune delle intervistate temono che nel denunciare la verità possa seguire una segnalazione alla polizia o ai servizi sociali e una quota di poco inferiore ha paura che vi possa essere un coinvolgimento diretto del partner o dell'aggressore in genere. Probabilmente, in quest'ultimo tipo di risposte giocano timori di possibili ritorsioni, ma anche ambivalenti atteggiamenti di protezione, comunque, dell'uomo violento, con il quale si ha spesso una relazione di scarsa consapevolezza e di fraintendimento circa il significato dei suoi comportamenti, non di rado "spacciati" come conseguenza di un forte sentimento e attaccamento per la vittima.

Tab. 21 – Difficoltà e resistenze personali

	%
Provava vergogna	34,2
Provava ansia nel ricordare	34,2
Aveva paura che fosse segnalato il suo caso	16,4
Aveva paura ne parlassero con l'aggressore	15,1
Totale	100,0

Infine, poco meno della metà delle intervistate segnalano impedimenti anche di tipo culturale, come le difficoltà di comunicazione per ragioni linguistiche, essendo presente all'interno del campione una componente di donne straniere, o di doversi relazionare con un operatore di genere maschile, con il quale possono scattare processi identificativi di carattere negativo. Solo in un caso si esprime, al contrario, la preferenza per un operatore di sesso maschile.

Tab. 22 – Impedimenti culturali

	%
Difficoltà linguistiche	19,2
Preferiva un'operatrice	46,2
Preferiva un operatore	3,8
Altro	30,8
Totale	100,0

4.4 La presa in carico sanitaria

Al momento dell'intervista, solo una parte delle donne del campione risultano seguite da operatori sanitari (46,7%). Inoltre, un altro piccolo gruppo, pari al 6,7%, ha ricevuto un supporto dai servizi nel passato.

Coloro che hanno fornito una risposta positiva dichiarano, in maggioranza, di essere state seguite per più di un anno.

La maggioranza risponde che, nel rapporto con i servizi, è stata lei per prima ad affrontare il tema della violenza ma che, tuttavia, si è trovata di fronte operatori che le hanno creduto (75,6%) e che, talvolta, hanno preso anche le sue difese (15,6%). Solo un'intervistata dichiara esplicitamente di essersi trovata di fronte a professionisti che hanno difeso l'aggressore.

A fronte di ciò molte hanno avuto anche dei timori, legati soprattutto alla paura che le togliessero i figli o all'eventualità che potessero esserci segnalazione agli organi giudiziari. Qualcuna sostiene anche che ha avuto paura che venisse informato l'aggressore. Più del 50% dichiara di avere avuto anche altri timori, la cui specificazione è data in pochi casi (prescrizione di psico-farmaci, di non essere creduta), poiché forse si tratta di un insieme di elementi che generano ansia e insicurezza, la cui natura ha diverse e complesse radici.

Tab. 23 – Timori

	%
Temeva la ricoverassero	2,2
Temeva una segnalazione agli organi giudiziari	17,8
Temeva le togliessero i bambini	22,2
Temeva lo dicessero all'aggressore	6,7
Altro	51,1
Totale	100,0

Pressoché tutte le donne del campione hanno desiderato e si sono augurate che gli operatori sanitari, dopo i primi colloqui e quindi, probabilmente, dopo avere instaurato una relazione di fiducia, prendessero in carico la loro condizione e che si relazionassero con una serie di interlocutori sia istituzionali (forze di polizia e organi giudiziari, centri antiviolenza), che familiari (la madre, i genitori...). Solo in rari

casi si è pensato/sperato che il personale sanitario potesse agire sul partner per modificare, probabilmente, le sue modalità di relazione a carattere persecutorio e violento.

Tab. 24 – Desiderava ne parlassero

	%
Alla Polizia	18,2
Ad un operatore/trice sociale	13,6
Al suo aggressore	6,8
Ad altro/a operatore/trice sanitario	2,3
Ad un centro antiviolenza	18,2
Agli organi giudiziari	2,3
Altro	38,6
Totale	100,0

Tra i vari specialisti coloro che maggiormente sono entrati in contatto con le problematiche della vittima e hanno saputo aiutarla in vario modo sono, a parere delle intervistate, psicologi e psicologhe. Il dato è ben spiegabile con la problematica trattata, caratterizzata da una forte dimensione interiore. Il fornire un sostegno in termini di autostima e un orientamento nell'interpretazione della dinamica tra i sessi, anche ai fini di rafforzamento della propria condizione di donna, risulta infatti di fondamentale importanza per il processo di uscita dalla violenza.

Altri operatori che sono stati segnalati con ricorrenza sono i medici, sia quelli intervenuti a seguito di chiamate d'urgenza, sia i medici di base che i medici specialistici.

Talvolta, come dimostrano le specificazioni alla risposta "altro", la persona che costituisce il tramite per l'uscita da una condizione di maltrattamento ha un ruolo al di fuori dei servizi sanitari e presta la propria attività in associazioni e organizzazioni del privato sociale, tra cui i centri antiviolenza. Qualche volta non ha neppure una professionalità specifica, come ad esempio i parroci.

Tab. 25 – Da chi si è sentita maggiormente aiutata

	%
Infermiere/a	3,6
Medico d'urgenza	12,7
Ginecologo/a	1,8
Medico generico	7,3
Pediatra	1,8
Psicologo/a	43,6
Psichiatra	1,8
Altro	27,3
Totale	100,0

In generale, non pare che ci sia stata omissione di servizio da parte del personale sanitario incontrato e che, quindi, a parte rari casi, non si siano verificati episodi di non presa in carico. Il rifiuto è stato a carico di professionalità mediche di vario tipo, secondo quanto dichiarato dalle intervistate.

Le motivazioni addotte sul perché si sia ritenuto di essere state aiutata dalle e dai vari professionisti/e della sanità sono per lo più di due tipi: l'accoglienza, dimostrata con la disponibilità e il non mettere in dubbio le parole raccolte dalla donna vittima di violenza; la presa in carico del caso e la ricerca di una soluzione del problema.

Quello che emerge come dato prevalente è dunque un sostanziale giudizio positivo circa la risposta dei servizi del territorio con cui si è venuti in contatto.

Un giudizio che si rafforza se si entra nel merito delle risposte inerenti la disponibilità degli operatori. Il giudizio a questo riguardo, offerto sulla base di una scala "per niente disponibile – molto disponibile", è assolutamente positivo, avendo per l'85,7% affermato di essersi imbattuta in operatori e operatrici molto disponibili o disponibili.

È stato poi chiesto se al termine della prestazione ricevuta fosse stato rilasciato un certificato: il 42,2% risponde negativamente; ma in parte, ciò è dovuto al fatto che le donne stesse non sembra fossero interessate, dal momento che poco meno della metà non lo aveva richiesto.

L'operatrice e l'operatore sanitario sembrano orientare la donna vittima di violenza, prevalentemente, verso servizi di polizia e attività giudiziaria. Altri orientamenti, anche in relazione alla analisi della domanda e alle necessità più o meno urgenti che il caso propone, sono il supporto psicologico, psicoterapeutico o un centro di ospitalità, ma anche le associazioni contro la violenza.

Un dato problematico sul quale è necessario riflettere è costituito dalla mancanza di orientamento denunciata da una quota consistente di intervistate che dunque si possono essere trovate ancora più sole dopo questo contatto con i servizi sanitari.

Tab. 26 – L'hanno orientata verso

	%
Polizia	22,2
Avvocato/a	12,7
Organi giudiziari	9,5
Associazione contro la violenza	4,8
Operatore/trice sociale	3,2
Mediazione familiare	4,8
Centro di ospitalità	6,3
Psicologo/a	6,3
Psicoterapeuta	1,6
ORL	1,6
Ginecologo/a	1,6
Medico di altra specializzazione	1,6
Nessun orientamento	23,8
Totale	100,0

Lo stato di salute in cui versano le intervistate viene considerato da loro stesse nel 45,5% dei casi pessimo o cattivo. La lettura di questa informazione dovrebbe essere messa in relazione, molto probabilmente, alla lontananza o vicinanza temporale con gli episodi di violenza subita. Infatti questo dato diviene ancora più inquietante se visto in parallelo alle risposte fornite alla domanda successiva, per cui la violenza subita ha

contribuito nel 67,7% a peggiorare “molto” le condizioni di salute della donna e nel 26,7% dei casi “abbastanza”.

Tab. 27 – La violenza ha peggiorato il suo stato di salute

	%
Si, molto	62,2
Si, abbastanza	26,7
Non tanto	6,7
Assolutamente no	4,4
Totale	100,0

4.5 Un raffronto tra Palermo e Pescara

Un arricchimento alla descrizione dei dati sopra proposti è rappresentato dall’analisi e dal confronto delle risposte offerte dal sottocampione delle donne siciliane e da quello delle donne abruzzesi.

Tale confronto ci consente di cogliere alcune differenze sia sul piano sociale che per quanto riguarda la diversa organizzazione dei servizi territoriali.

Naturalmente va premesso che il numero dei due sottocampioni è piuttosto limitato e caratterizzato da scarsa omogeneità: quello siciliano è composto da 30 donne, di cui il 50% separata, con un età prevalente tra i 42-54 anni o tra i 20-32 anni, con sostanziale assenza della componente straniera (è presente solo una donna) ed un livello di scolarizzazione molto basso (il 70% possiede la sola licenza media inferiore e il 13,3% la licenza di scuola elementare); quello abruzzese è costituito da 15 donne, per lo più coniugate o conviventi (53,3%), di età tra i 30-40 anni, in cui più di un terzo native di altri paesi stranieri e con titoli di studio più alti rispetto alle intervistate siciliane (più del 46% ha un titolo di scuola media superiore o è laureata).

Le donne siciliane hanno, inoltre, un numero di figli mediamente superiore.

Dal punto di vista occupazionale, si rileva una maggiore prevalenza di disoccupate e inoccupate tra le siciliane e un'incidenza superiore del lavoro atipico e del lavoro nero tra le donne del campione abruzzese.

Per quanto riguarda i servizi a cui le intervistate (soprattutto vittime di violenza da più di un anno) dichiarano di essersi rivolte, si osserva un riferimento certo nel pronto soccorso, soprattutto le siciliane (il 50% fornisce tale risposta), considerando che la violenza subita è spesso di tipo fisico; le abruzzesi sembrano rivolgersi, oltre che al servizio di pronto soccorso, ai consultori.

Per quanto riguarda gli autori della violenza non si manifestano differenze significative tra i due territori: il marito e l'ex marito rappresentano gli artefici più frequenti di violenze fisiche e psicologiche, nonché, seppure in misura minore, sessuali ed economiche.

Gli/le operatori/trici che hanno rappresentato un punto di approdo e a cui è stata consegnata la propria sofferenza sono, come già accennato nella descrizione generale dei dati, soprattutto medici, sia di base che specialistici, e psicologi. Le donne dell'Abruzzo, più delle altre, hanno messo in evidenza le difficoltà psicologiche che sono connaturate con il fatto di subire violenza. In coerenza a ciò, hanno sottolineato la loro necessità di confrontarsi con operatori/trici che avessero una preparazione atta a fornire un aiuto a questo livello. Nello stesso modo hanno evidenziato con più forza gli ostacoli a comunicare la loro condizione ai diversi operatori, soprattutto per il senso di vergogna che ne deriva (41% contro il 29,5 delle donne della Sicilia), la maggiore facilità a confrontarsi con le operatrici di genere femminile, le difficoltà linguistiche, vista la maggiore incidenza delle donne straniere all'interno del sottocampione.

Una domanda del questionario richiedeva chi fosse stato il primo ad affrontare durante il colloquio il tema della violenza. In generale, in entrambi i territori, sono le donne. Più alta, però, tra le intervistate in Sicilia, la percentuale di coloro che hanno indicato operatori/trici capaci di affrontare la tematica della violenza. Questo fatto potrebbe essere assunto come un indicatore della professionalità acquisita presso le strutture socio sanitarie di questo territorio, in cui va ricordata la presenza di una Rete cittadina che ha messo in atto azioni di sensibilizzazione e di

formazione per gli operatori sociali e sanitari¹³. Positive risultano, inoltre, le risposte di entrambi i territori relativamente all'atteggiamento che i vari professionisti hanno adottato di fronte alle vittime: essenzialmente di non messa in dubbio della veridicità del racconto proposto dalla donna e sua protezione ("hanno preso le sue difese").

Gli/le psicologi/ghe, tra i diversi professionisti, sembrano i/le più capaci ad entrare in sintonia con l'insieme di sentimenti e difficoltà vissute dalle donne vittime di violenza.

Per quanto le risposte siano state relativamente numerose, la soddisfazione espressa nei confronti della presa in carico dell'operatore/trice sanitario sembra maggiore a Pescara che non a Palermo.

Altra differenza riguarda l'orientamento assunto dai due centri nell'indirizzare le donne che richiedono un aiuto: prevalentemente verso gli organi di polizia e giudiziari a Palermo; verso quest'ultimi e verso il sistema socio sanitario a Pescara. Probabilmente si tratta anche di casi con specificità diverse, come confermano le risposte sullo stato di salute. Difatti la percezione riguardo questo aspetto è molto più negativa tra le donne dell'Abruzzo che tra quelle siciliane.

¹³ PIC Occupazione e valorizzazione delle risorse umane - Volet Integrale "Tessere l'esistente" n. 1584/E2/I/R e il Progetto Por - Sicilia 2001 "Fare Reti" (N.1999/IT.16.PO/6.08/7.2.4./015) Misura 6.08 del POR Sicilia

5. La narrazione della violenza

di Anna Immordino, Roberta Pellegrino

materiali approntati da Stefania Campisi, Palmira Ferrantelli,
Vittoria Messina, Rossella Passeri

5.1 Nota introduttiva

Nella terza fase della ricerca è stata utilizzata una metodologia esclusivamente qualitativa.

Sono state realizzate dodici interviste di approfondimento tra Palermo e Pescara a donne¹⁴ che hanno subito violenza all'interno della famiglia, prevalentemente nella relazione coniugale. Ciò al fine di integrare ed arricchire le informazioni tratte dai risultati del questionario sulla percezione della presa in carico da parte delle donne, attraverso la ricostruzione della situazione di violenza subita e del percorso di cambiamento.

Le interviste sono state fatte sulla base di una griglia semistrutturata in cui è stata ricostruita, sul modello delle *tranches de vie*, la storia della violenza ed il percorso di consapevolezza che ha portato alla richiesta di aiuto. Si è cercato di approfondire quali ostacoli interni ed esterni abbiano impedito o ritardato la denuncia della violenza, con particolare riguardo al rapporto con le strutture sanitarie sia di primo livello (pronto soccorso) che di secondo livello (medicina di base, specialistica, consultori, servizi di salute mentale, centri antiviolenza e altro). Da questa ricostruzione si sono delineati, attraverso lo sguardo delle donne, i punti di forza e di debolezza della presa in carico sanitaria, passando attraverso la descrizione degli effetti legati all'esposizione traumatica, nel corpo e nella mente, che le donne hanno rivisitato. Le nostre considerazioni abbracciano pertanto un lungo arco temporale della storia

¹⁴ Sigle per indicare le donne intervistate: a Pescara, A/Pe/32, B/Pe/24, C/Pe/55, D/Pe/27, E/Pe/41; a Palermo F/Pa/45, G/Pa/53, H/Pa/42, I/Pa/41, L/Pa/31, M/Pa/46, N/Pa/43.

Legenda: lettere in progressione dalla A alla N, seguite dall'iniziale della città, Pe sta per Pescara, Pa sta per Palermo, infine l'età della donna intervistata.

di vita, in alcuni casi dall'infanzia alla vita adulta, fino alle prospettive ed ai desideri per il futuro.

Il campione delle donne intervistate a Palermo è stato individuato in parte all'interno di coloro che avevano compilato il questionario, in parte al di fuori, avendo avuto l'opportunità di entrare in contatto con alcune donne che avevano completato già da molto tempo il loro percorso di aiuto.

Il loro contributo è stato essenziale per potere ricostruire gli effetti a lungo termine dell'intervento attuato nei loro confronti. Circa un quarto delle interviste riguarda pertanto donne che hanno completato da qualche anno il loro percorso, le rimanenti interviste riguardano donne che hanno interrotto la relazione violenta e stanno portando avanti il loro percorso di autonomia, attraverso interventi di accoglienza, ospitalità e psicoterapia.

Non è stato possibile entrare in contatto, per le interviste in profondità, con donne inviate dai servizi socio-sanitari pubblici, a causa di difficoltà relative all'invio, pertanto il campione delle donne è stato selezionato all'interno di quello delle donne seguite dal centro di accoglienza dell'Associazione Le Onde Onlus che ha gestito la ricerca e l'intero progetto. L'Associazione opera da più di dieci anni in favore di donne e ragazze che subiscono violenza attuando interventi di tipo legale, di accoglienza, di ospitalità e psicoterapeutici (individuali e di gruppo), intervenendo sugli effetti della violenza.

Per quanto riguarda le interviste realizzate a Pescara, è all'interno del campione delle quindici donne che hanno partecipato alla seconda fase della ricerca attraverso la compilazione del questionario, che sono state scelte le cinque donne alle quali è stata richiesta la disponibilità di approfondire alcuni aspetti delle loro storie con un'intervista. Sebbene alcune di esse abbiano avuto modo di entrare in contatto con strutture sanitarie di primo livello, ovvero il pronto soccorso, si tratta di donne in gran parte "seguite" da strutture sanitarie di secondo livello quali i consultori pubblici cittadini presso i quali hanno intrapreso un percorso anzitutto di consulenza psicologica, ed in alcuni casi legale e sociale, come si spiega più dettagliatamente nell'apposito paragrafo. Due delle cinque donne sono immigrate e solo in un caso ci troviamo di fronte ad un percorso concluso.

5.2 Le interviste a Palermo

Come abbiamo già specificato nella nota introduttiva, le donne intervistate sono state individuate all'interno e all'esterno del campione utilizzato nella prima fase della ricerca. Le donne intervistate in profondità sono state seguite o lo sono ancora all'interno del Centro di accoglienza dell'Associazione Le Onde Onlus. La fascia di età è compresa tra 31 e 53 anni. Il livello socio-culturale attraversa tutti gli strati. Troveremo infatti donne con la licenza media, in alcuni casi presa dopo la separazione, donne diplomate e donne che hanno raggiunto la laurea. Tra le sette donne intervistate tre mantengono un'occupazione stabile, le altre precaria. Elemento che le accomuna è l'essere tutte madri.

Le storie di vita raccolte dipingono il quadro delle differenti tipologie di violenza, da quella verbale e psicologica, a quella fisica, sessuale ed economica.

Gran parte di esse, nella loro esperienza di maltrattamento, hanno avuto modo di entrare in contatto, anche più di una volta, con il pronto soccorso della città di Palermo ed in un caso anche fuori dalla provincia, sia per le conseguenze dirette della violenza fisica subita sia per gli effetti indiretti (sintomatologie di tipo fisico, psichico, tentativi di suicidio).

In alcuni casi le donne hanno denunciato le violenze alle forze dell'ordine, denunce poi ritirate per differenti ragioni, prima fra tutte la paura delle ritorsioni su di sé da parte dell'aggressore e in secondo luogo il timore delle conseguenze sui/lle propri/e figli/e, attuali (paura che vengano allontanati/e dalla famiglia di origine) e future (timori legati ad una sorta di "marchio" negativo impresso indelebilmente nella loro vita futura).

In nessun caso le donne accolte in emergenza, al pronto soccorso ospedaliero, hanno avuto la possibilità di fruire di uno spazio di ascolto in assenza dell'aggressore, di frequente accompagnatore della donna. Né di avere informazioni circa i servizi esistenti nel territorio a fronte di una dichiarata situazione di violenza subita dalla donna, al di fuori della generica indicazione di rivolgersi agli organi giudiziari competenti. In qualche caso, nel periodo di degenza ospedaliera, si è avuta la possibilità di entrare in contatto con figure di psicologi e psichiatri a cui non è mai seguita una reale presa in carico.

Le donne sono pervenute ai servizi sociali, al centro antiviolenza o in psicoterapia privata, per vie del tutto casuali o grazie al passaparola di un'amica o amico che conosceva direttamente il centro antiviolenza. Si rende evidente, attraverso la ricostruzione del percorso delle donne, la scarsa o totale assenza di un'integrazione degli organismi che lavorano in rete, in particolare riguardo all'area sanitaria. In qualche caso le donne sono state inviate dai servizi sociali territoriali e di salute mentale con i quali inizia a funzionare il lavoro di messa in rete attivato a Palermo già da alcuni anni, rendendosi visibili i primi effetti positivi di tale pratica. È da segnalare inoltre, come dato positivo, l'invio di due donne da parte dei servizi sociali territoriali di aree lontane dalla città di Palermo, in un caso dell'entroterra siciliano, nell'altro di una piccola cittadina in provincia di Trapani.

Quattro tra le donne intervistate hanno trascorso un periodo di almeno un anno presso le case-rifugio ad indirizzo segreto gestite dall'Associazione Le Onde Onlus.

Nella lettura trasversale delle interviste sono stati seguiti dei vertici significativi del percorso: dal riconoscimento della violenza come caduta del sogno d'amore spesso ricercato come riparativo di esperienze infantili traumatiche all'interno della famiglia di origine, fino alla presa in carico esaminata nei suoi punti di forza e debolezza. Tra questi due punti la ricostruzione della percezione del proprio stato interno e fisico di sofferenza a seguito delle violenze subite, e il cambiamento nella percezione del mondo, delle relazioni e della prospettiva futura in relazione all'esperienza di violenza vissuta e al percorso di aiuto attivato.

Sarà evidente un certo scarto tra la prospettiva di chi ha terminato da tempo un percorso e guarda con fiducia al futuro e a nuove e positive relazioni con il maschile e quante si trovano all'inizio di un percorso di autonomia. Ancora aperte e sanguinanti le ferite, forte appare il desiderio di uno spazio protetto per sé e la paura del cambiamento. Prevale il registro del bisogno, ancora poco praticabile il desiderio.

5.2.1 Il riconoscimento della violenza subita: il sogno d'amore infranto

“Forse la vita di ogni donna, intellettuale o no, è sorretta da un sogno che tiene occupati gli occhi e la fantasia, tanto da non vedere la realtà che si ha intorno o dentro di sé: è un sogno duplice, che oscilla tra il tutto e il nulla, tra la vita e la morte, l'estasi e il gelo, un sogno che si difende da un altro sogno, per cui non può che ritorcersi continuamente su sé stesso”.

Lea Meandri, *Come nasce il sogno d'amore*¹⁵

Le donne intervistate evidenziano nel loro racconto un percorso che le ha portate gradualmente al riconoscimento dei maltrattamenti subiti. Un processo di nomina della violenza che scaturisce dalla relazione di aiuto all'interno di cui dare senso alla propria esperienza passata permettendone una significazione.

I racconti delle donne fanno riferimento alle violenze e mortificazioni subite da parte dei mariti o compagni e alla posizione di vittima da cui è stato difficile uscire, così come il tentativo di cambiare l'altro che ha impegnato le loro risorse ed energie in una dinamica in cui impotenza ed onnipotenza appaiono gli estremi di una coppia indissolubile. “Non posso fare niente ↔ Io ti cambierò” ed in cui il senso di colpa a volte è assunto in proprio, a volte proiettato nell'altro, in una visione del reale in cui gli unici ruoli possibili appaiono quelli di vittime o carnefici.

La relazione violenta ha determinato una condizione di isolamento emarginante che ha contribuito alla difficoltà di nominarla e riconoscerla, alimentando un circolo vizioso, che dalla violenza conduce all'isolamento ed ancora alla violenza.

Afferma I/Pa/41 che proviene da un paese dell'entroterra siciliano: *Lui è stato sempre il padrone della situazione, io non contavo nulla. Per vent'anni non sono stata padrona del mio corpo e mi sottoponevo alle sue cose.... Non mi faceva andare da sola fuori, non potevo andare dal*

¹⁵ Meandri L., *Come nasce il sogno d'amore*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002, pag. 123.

medico, non potevo frequentare un'amica, non potevo fare niente, dovevo stare sempre chiusa in casa [...] e nessuno veniva più a casa nostra [...] Ho dovuto subire perché mi trovavo con le porte tutte chiuse, perché non sapevo dove andare.

Ancora sulla condizione di isolamento determinata dalla violenza H/Pa/42: *Io ero sempre isolata perché lui non voleva frequentare nessuno e nessuno mi cercava [...] C'era una violenza psicologica per la quale non potevo vedere i miei parenti, non avevo la libertà di parlare con nessuno. [...] Per lui dovevo dare sempre il minimo in tutto quello che facevo, nei rapporti, nel lavoro, in tutto dovevo essere al minimo. Questo mi ha portata a poco a poco a non parlare completamente di me.*

Il senso di impotenza generato dalla violenza mette in scacco la capacità di agire, di pensare, di fidarsi del proprio sentire, delle proprie percezioni della realtà interna ed esterna, come è evidente nel racconto di F/Pa/45: *Ho perso il controllo di me stessa, nel senso che non mi ritenevo capace di fare niente, non sapevo che cosa era giusto e che cosa era sbagliato. Arrivavo al punto di non essere in grado di riconoscere un bisogno primario, per esempio non manifestavo più "ho freddo", dovevo guardarmi attorno per vedere se tutti erano coperti, allora ero legittimata a sentire freddo.*

L'assenza di uno spazio di desiderio che configura una forma diffusa di violenza psicologica, è ben visibile nel racconto di G/Pa/53: *Io ero sottomessa per quello che poteva essere la cosa minima che ognuno di noi desidera, come il sapere delle cose. Qualcosa l'ho saputa perché i miei figli studiavano. Sono venuta a conoscenza della storia, del romanticismo, dell'impressionismo [...] In me si è attivata la curiosità, tutte queste cose mi stimolavano, cercavo di darmi aiuto con l'enciclopedia che avevo a casa, tutto sempre di nascosto, perché se lui mi vedeva erano guai.*

Dal narrato delle donne emerge dunque il quadro della violenza in tutte le sue forme e sfaccettature, con gli effetti che essa determina erodendo alla base il senso della fiducia in sé stesse e la propria identità di donne e madri. Si conferma quanto emerso in altre ricerche condotte sul tema della violenza e degli effetti psicologici sulle donne¹⁶.

¹⁶ AA. VV., *Le Luminose trame. Sistemi di aiuto e modelli di intervento contro la violenza delle donne*, Palermo, Ed. Anterprima, 2000.

Attraverso la ricostruzione della storia di violenza, prende forma il tema del sogno d'amore perduto su cui tutte le donne intervistate si soffermano. Una disincantata lettura che, grazie al lavoro di rielaborazione concluso o avviato, riescono ora a fornirne, cogliendone tutti gli aspetti di "paradiso perduto" in realtà mai esistito. Il "principe azzurro" tanto sognato, che avrebbe dovuto risarcirle di infanzie negate, vissute all'ombra di figure genitoriali assenti, o peggio maltrattanti, si rivela assai presto "il rospo" delle favole che, ancora una volta, le ha tradite e ingannate nel loro sogno e bisogno d'amore.

Dal racconto delle violenze attuali le donne rivisitano vicende traumatiche passate in cui emergono storie di vita precocemente segnate dalla trascuratezza, dalla violenza fisica o assistita, dall'abuso sessuale ed in cui, ancora bambine, hanno dovuto assumere un ruolo genitoriale di cura e protezione verso altri fratellini o sorelline e verso sé stesse.

G/Pa/53: *Quando ero ragazza avevo una situazione familiare brutta, avevo la matrigna, mio padre era una persona totalmente assente [...] Io ero relegata a quei ruoli che erano la sottomissione, il sentirsi sempre urlare, dover fare i lavori di casa e basta, farli in maniera ossessiva perché ogni giorno si dovevano fare.*

Ancora N/Pa/43: *Io non ho vissuto un'adolescenza, sono stata subito fidanzata. Sono passata da una fase in cui mi sembrava che tutto mi sorridesse ad una situazione pesante, con un uomo molto più grande di me che si comportava come padre padrone [...]. Nella mia famiglia c'erano tanti problemi e io avrei voluto costruirmi un percorso di vita mio, migliore di quello in cui ero vissuta.*

Anche L/Pa/31 si è legata ad un uomo rivelatosi ben presto violento per sfuggire ad una situazione familiare disastrosa; una madre che l'ha abbandonata quando lei aveva cinque anni, un padre non protettivo e maltrattante che, insieme alla nuova compagna, dal carattere aggressivo

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.

Adami A., Basaglia A., Bimbi F., Tola V. (a cura di), *Libertà femminile e violenza sulle donne*, Milano, Franco Angeli, 2002.

Progetto Urban, *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi*, Milano, Franco Angeli, 2000.

AA. VV., *La violenza verso le donne e le professioni di aiuto. Strumenti. Linee guida per operatori/trici della salute mentale*, Palermo, Ed. Anteprema, 2004.

e violento, picchiava lei e le sorelle. Ricorrente nelle sue descrizioni dell'infanzia la rappresentazione di sé come di una "piccola cenerentola". Avrebbe voluto costruirsi la famiglia che non ha mai avuto, farla funzionare a tutti i costi, non togliere il padre ai figli, *perché era pur sempre il loro padre anche se mi picchiava davanti a loro. Non volevo che crescessero come me, senza un padre su cui poter contare, senza un punto di riferimento. Ed allora ho visto in lui l'uomo che poteva realizzare il mio sogno ma mi sbagliavo profondamente*, racconta L/Pa/31.

Anche I/Pa/41 tratteggia il ricordo di un'infanzia traumatica, in cui coltivava il sogno di una vita diversa accanto ad un uomo da cui essere risarcita di tanto dolore: *Nella mia vita ho sempre avuto brutte esperienze, noi avevamo un papà che era violento, voleva abusare di tutti noi figli, perciò io la violenza l'ho vissuta da sempre sulla mia pelle; mi sono sposata molto giovane pensando di uscirmene, di avere trovato l'amore.*

5.2.2 La relazione con il maschile

“Se ci si guarda, bisogna accettare lo spostamento che ne deriva: anzi, ci si può guardare soltanto se se ne accettano le conseguenze, gli spostamenti. Per questo, forse, così pochi si guardano”.

Alberto Asor Rosa, *L'ultimo paradosso*¹⁷

Dalle interviste in profondità, anche in questo caso in linea con altri studi e ricerche sul tema della violenza di genere¹⁸, emerge un dato interessante. Le infanzie di donne che subiscono violenza in età adulta sono profondamente segnate da esperienze con figure maschili (di padri o altre figure primarie sostitutive, come patrigni, zii, fratelli maggiori) per lo più negative, assenti e/o abusanti. Tali modelli di relazione precocemente interiorizzati hanno tracciato i binari su cui costruire la relazione con gli uomini, non permettendo il riconoscimento di quei

¹⁷ Rosa A. A., *L'ultimo paradosso*, Torino, Einaudi, S.D. pag. 184.

¹⁸ *ibidem*

segnali che, già nei primi periodi di conoscenza e di relazione con i compagni/fidanzati/mariti, lasciavano emergere modalità di relazione molto vicine a quelle sperimentate nella famiglia di origine a cui, nel desiderio di affrancarsi, si andava incontro come ad una profezia che si autoavvera.

Figure paterne talora ancora idealizzate nel ricordo, sebbene manifestamente trascuranti o peggio violenti. N/Pa/43: *Io questa immagine dell'uomo che abbandona la famiglia non la conosco, questo modo di vivere da soli senza la figura maschile in casa, nonostante mio padre fosse autoritario, comandasse su tutti, nello stesso tempo dava aiuto, si occupava di quello che era necessario.*

In alcune interviste, si tratta per lo più di donne che hanno da poco avviato un percorso di elaborazione della violenza subita, emerge la difficoltà a rappresentarsi un femminile autorevole, in grado di utilizzare e valorizzare le proprie risorse interne ed esterne, capace di autonomia e con un buon livello di autostima. In altre, si tratta per lo più di chi ha avviato e completato un buon lavoro su di sé e la propria vicenda traumatica, si dà spazio ad un'identità femminile autorevole, che si riconosce valore e che legge il rapporto con l'altro in termini di reciprocità e rispetto.

F/P/45 descrive la condizione interiore sperimentata nel rapporto con il maschile: *Inizialmente scattavano nell'incontro con altri uomini forti automatismi di difesa che potevano anche spaventare l'altro. Di fatto era impossibile creare una relazione. Poi ho deciso di stare bene da sola, di elaborare, di pensare a tutto quanto. Penso di esserci riuscita provando anche molta gioia nel fare le mie cose [...] Poi però la felicità della condivisione mi mancava, l'aspetto più interessante è riuscire a vedere, a dare, a sentire l'altro, a ricevere il sentire dell'altro; è come un dono. Allora sono stata pronta ad accogliere una modalità dell'altro, del maschile, diversa da quella che avevo sperimentato e che non conoscevo. Quando ne ho parlato nel gruppo terapeutico mi hanno detto: "ma guarda che esistono anche queste modalità, centrate sul rispetto, sulla stima reciproca e l'ascolto". Appare praticabile una diversa aspettativa nelle relazioni con gli uomini, sostenuta da una rappresentazione maschile interna che è stata oggetto di trasformazione.*

In altri casi è ancora forte la diffidenza verso l'altro, l'imprinting violento nella relazione con il maschile segna ancora pesantemente la lettura del mondo e delle relazioni tra i generi. Ancora troppo aperte sono

le ferite e incipiente il desiderio di occuparsi di sé, di lavorare sulle proprie fragilità, esito delle violenze subite. I/Pa/41: *È troppo presto per me, pensare ad altre relazioni, avere fiducia. Ora voglio essere libera e padrona della mia vita, perché non lo sono mai stata e questa è la cosa più bella che sento.* Così anche G/Pa/53: *Vorrei realizzare altri desideri, viaggiare, fare cose che non pensavo di poter mai realizzare.*

Il dato ricorrente è quello di desiderare una vita per sé, spazi e tempi in cui realizzare i nuovi sogni, esprimere quelle attitudini che non si sapeva di possedere, quelle parti di sé che non hanno mai avuto spazio. Con voce decisa, ci tiene a ribadire I/Pa/41: *Voglio godermi la mia libertà, perché mi è mancata, chiedo solo questo, voglio decidere con la mia testa.*

Potere cominciare a notare, come ci racconta G/Pa/53, altri modi di relazionarsi tra uomini e donne, prima mai esperiti: *Quel collega al lavoro ha usato belle parole nei miei confronti, cose nuove, ora so che esistono.*

5.2.3 Denunciare la violenza: le paure delle donne

“La paura bussò alla porta aprì la fiducia e fuori non c’era nessuno”.

Proverbio cinese

Attraverso le interviste si è voluto indagare sulle motivazioni che hanno impedito o impediscono alle donne di denunciare le violenze subite, intendendo per denuncia non soltanto l’esposto alle forze dell’ordine, ma il far venir fuori dalle “segrete stanze”¹⁹ il problema della violenza anche con altre figure. In particolare sono state approfondite le paure, i timori, le preoccupazioni delle donne di fronte agli/le operatori/trici sanitari/e (personale medico, paramedico, psichiatri/e, psicologi/ghé) che hanno incontrato nel loro percorso.

Tra le paure principali che emergono dai racconti delle donne intervistate, approfondendo un dato rilevato attraverso i questionari nella prima parte della ricerca, vi è il timore di ritorsioni da parte del

¹⁹ Ventimiglia C., *Nelle segrete stanze*, Milano, Franco Angeli, 1996

marito/convivente e la preoccupazione di procurare danno ai/lle propri/e figli/e.

Un'analisi approfondita fa emergere, dietro questa preoccupazione, un sentimento di vergogna provato dalle donne di fronte all'eventualità di denunciare le violenze, conseguente al crollo dell'apparente unità familiare. Si teme inoltre l'intervento delle istituzioni, vissuto con una forte valenza persecutoria e punitiva, concretamente con la sottrazione della custodia dei/lle figli/e, di essere pertanto giudicate come cattive madri, perché hanno tolto il padre ai/lle figli/e, perché hanno tradito l'idea di una famiglia unita, perché madri sole.

Le donne intervistate che hanno completato un percorso rileggono così le loro paure a denunciare le violenze come legate ad una serie di pregiudizi e stereotipi sulla visione della famiglia che hanno interiorizzato. La famiglia come un luogo da cui nulla può uscire pena il pesante giudizio esterno; tutto deve essere messo a tacere.

G/Pa/53: Le donne hanno ancora quei sensi di colpa che le tengono legate, la vergogna di spezzare una famiglia, quando invece questo non è vero. Quando tu ti ritiri la sera e pensi di essere una famiglia e invece non lo sei, quando lui ti dice "tu si na cosa inutile", quella non è una famiglia, è un covo di serpenti. Quando non ti sembra l'ora di scappare, l'ora di morire, di fare qualsiasi cosa pur di non rimanere lì. È la mentalità che bisogna cambiare.

Ancora L/Pa/31: La paura principale era quella di pensare di sbagliare verso i miei figli, di distruggere una famiglia, visto che io non avevo genitori, non volevo fare questo ai miei figli, poi dopo ho capito che era più sbagliato così e allora ho deciso di separarmi.

Emerge la paura di non potercela fare da sole, di non avere risorse, relazioni positive a cui attingere per uscire dalla violenza, di non potere sbarcare il lunario, sostenere i figli, una casa.

N/Pa/43 ci racconta di tutte le titubanze per le incertezze legate al futuro che le hanno impedito per anni di portare avanti la separazione dal marito violento. Pensavo alla situazione dei miei figli, la povertà, mi sarebbe venuto a mancare tutto, temevo anche le sue minacce, un atto vendicativo sui miei figli, la mia famiglia, e allora magari ne avrei voluto parlare con il medico, poi mi privavo perché avevo l'ansia che potesse riferire qualcosa.

I/Pa/41, che proviene da un paese dell'entroterra siciliano, ci descrive l'assenza totale di sostegno a livello sociale e familiare che non le ha

permesso di trovare per anni una via d'uscita: *non avevo detto mai niente a nessuno, anche se tutti in paese sapevano come era mio marito, ma forse non immaginavano cosa io potevo subire insieme alle mie figlie dentro casa. Avevo paura perché stavo lì dentro, perché non avevo dove andare, naturalmente se io lo avessi denunciato sarei stata chiamata dai carabinieri e lui poi tornava a casa di nuovo, e allora a noi che succedeva? Quindi sono dovuta stare zitta.*

Le donne appaiono intrappolate dalle paure, reali, ma anche amplificate dal vissuto interno della violenza. Una visione a volte irrealistica del potere dell'altro, che può tutto, figura dunque onnipotente che nessuno può fronteggiare e di fronte a cui si è assolutamente impotenti, schiacciate.

M/Pa/46: *Lui mi diceva ogni minuto, "ora te la tolgo la bambina, non te la faccio più vedere", ho sempre paura di quest'uomo, paura che mi tolga la bambina, anche se mi hanno rassicurata, però io vivo sempre con questa paura.*

Tra le donne intervistate coloro che provengono da un contesto socio-culturale medio alto, evidenziano il sentimento di vergogna nel parlare all'esterno delle violenze subite, la paura di essere individuate e riconosciute all'interno di un servizio, anche per il tipo di professione che svolgono, in qualche caso in ambito pubblico. Paura di essere giudicate nel contesto amicale e lavorativo. H/Pa/42: *Avevo paura di essere scoperta non solo da lui, avevo paura di incontrare altre persone che potevano conoscermi, che avrebbero potuto intuire quello che vivevo.*

In queste situazioni viene rilevata come più difficile da dimostrare, ma anche come maggiormente lesiva del senso di sé, la violenza psicologica.

F/Pa/45 che ha fatto un lungo percorso, individuale e di gruppo, per rielaborare le violenze subite nella propria storia di vita, ci illustra in modo molto efficace queste resistenze a parlare, che si riferiscono a due ordini di fattori diversi. Il primo fa riferimento a resistenze interne di natura individuale, legate alla propria storia personale, il secondo ad impedimenti di ordine culturale legati alle dinamiche di potere nelle relazioni tra i generi. F/Pa/45: *Ho sempre saputo che si trattava di violenza, credo che si sappia sin dall'inizio. Guardando indietro mi rendo conto che i segnali c'erano. È chiaro che dipende dalla propria storia personale, per il romanzo familiare pregresso che poi ognuno ha la capacità di leggere o leggere in parte o non potere o volere leggere*

[...] Durante il mio matrimonio non sono stata aiutata da nessuno, perché da un lato io mi sono comportata esattamente come si comportano molte donne, avevo cioè una grossa difficoltà a denunciare l'accaduto perché mi vergognavo di subire queste mortificazioni, pensavo che fosse una cosa che non si potesse narrare. Dall'altro lato nelle dinamiche di violenza che avvengono in casa è quasi sotteso come un tacito accordo che tutto deve rimanere dentro. Vi è come una tacita minaccia per la quale se vai fuori a raccontare è peggio, allora se ne parli fuori sai che poi non devi più rientrare.

5.2.4 Il dolore nel corpo: la percezione dello stato di salute da parte delle donne che hanno subito violenza

“Ho rovinato tutta la mia vita, cioè io ho vissuto tutta la mia vita di drammi, una vita spezzata, perché la mia vita è spezzata, perché non so se questo rapporto con mio marito comunque... a parte tutto il male che mi sono fatta prima... e ho fatto sia al mio corpo che alla mente, ma è... qualcosa che si è innescato dentro di me e che mi porterò sicuramente fino alla morte”.

Carla D'Amico, *Dieci donne si raccontano*²⁰

Un aspetto rilevante, ai fini della presente ricerca, indagato attraverso le interviste, è stato quello relativo alla percezione che le donne hanno del loro stato di salute psico-fisica, correlato alla situazione di violenza vissuta nella relazione. Inoltre come questo si è modificato dopo l'interruzione della relazione violenta.

Emerge complessivamente un dato comune a tutte le donne intervistate, ossia un malessere fisico e psichico diffuso, come

²⁰ D'Amico C., *Dieci donne si raccontano*, pag. 170, in AA. VV., *Vite sommerse, Parole ritrovate. Violenza contro le donne percezione, esperienze, risposte sociali nella città di Pescara*, Facoltà di Scienze Sociali. Università “G. D'Annunzio” Chieti-Pescara, Pescara, SIGRAF, 2004.

confermato da ricerche e studi condotti a diversi livelli e contesti²¹. Sono infatti rilevanti gli effetti della violenza subita sulla salute delle donne. Effetti primari legati alle conseguenze dirette sul corpo delle violenze fisiche ed effetti secondari, legati ai danni psico-fisici per l'esposizione ripetuta a situazioni di impatto traumatico.

“L’OMS ha lanciato l’allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio in una serie di patologie di rilevanza per la popolazione femminile:

- patologie ginecologiche
- patologie gastroenteriche
- patologie mentali (in particolare depressione, disturbi alimentari e disturbi d’ansia)”²².

La condizione di violenza esperita nell’ambito delle relazioni affettive significative, determina una particolare condizione di fragilità interna, che espone le donne alla malattia, a cui si aggiunge una difficoltà persistente ad occuparsi di sé, sia dal punto di vista fisico che mentale. Le donne intervistate mostrano di avere colto la correlazione tra violenza e salute, e di avere beneficiato a livello psico-fisico dell’uscita dalla situazione di violenza.

Il corteo di sintomi descritto dalle donne intervistate attiene a diversi disturbi, tra i quali primeggiano sintomatologie di tipo isterico. Emerge come di frequente questi disturbi siano stati diagnosticati e trattati dai medici consultati senza nessun riferimento alla condizione esistenziale delle donne.

Ci racconta F/Pa/45: *Sono stata da un neurologo perché era comparso un sintomo, appena faceva buio, mi sentivo in testa come un ronzio, io lo chiamavo il “frullino in testa” perché era realmente questa la sensazione, come se avessi un frullino in testa che mi frullava il cervello per alcuni secondi ma in maniera così violenta che poi mi lasciava tramortita. Avevo anche problemi di equilibrio, mi sentivo*

²¹ OMS, *Rapport Mondial sur la violence et la santé*, Ginevra, 2002; Rapporto UNFPA, *Le donne nel mondo. Tendenze statistiche*, Edizione Italiana a cura della Commissione Nazionale Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri. ONU, 2000; UNICEF – Centro di Ricerca Innocenti, *La violenza domestica contro le donne e le bambine*, Firenze, 2000.

²² AA. VV., *La violenza verso le donne e le professioni di aiuto. Strumenti. Linee guida per operatori/trici sanitari/e*, Palermo, Ed. Anteprema, 2004.

disorientata. Il neurologo sospettava micro crisi epilettiche, ma alla tac e ad altri esami non è risultato nulla.

Analogamente N/Pa/43: *In un periodo in cui mi lasciò io non ho camminato per un anno, i medici non si sapevano spiegare che cosa potesse essere, le mie gambe si rifiutavano di camminare, sono stata seguita da ortopedici con vari plantari. È stata la cosa più brutta della mia vita, ora l'ho superata.*

Appaiono poi disturbi nella sfera alimentare, con dimagrimento, riduzione drastica dell'appetito, stati ansioso-depressivi, curati con psicofarmaci, ipertensione e disturbi a carico dell'apparato cardio-circolatorio, disturbi gastro-enterici.

Ancora N/Pa/43: *Oltre a non camminare avevo un forte dimagrimento organico, e chi mangiava? Il mio problema era il vuoto, l'attesa di non farcela, la vita.*

I sintomi manifestati dalle donne hanno determinato varie occasioni di incontro con figure sanitarie, come vedremo meglio più avanti, senza che da ciò sia scaturita la possibilità di rendere visibile la violenza e di correlarla al disagio manifestato, per potere in tal modo prospettare soluzioni efficaci al problema.

I/Pa/41 racconta: *Normalmente andavo spesso dal dottore, stavo male, avevo la pressione alta, avevo l'ansia, la depressione, ma lui non mi ha mai chiesto "perché lei ha tutte queste cose?". Prendevo le gocce per calmarmi i nervi, per la testa, la depressione, per l'ipertensione, l'accelerazione al cuore. Adesso è tutto a posto, questi sintomi non ce li ho più, non ho bisogno dei farmaci a parte quelli per la pressione. Lo stesso è accaduto a L/Pa/31 che da quando si è separata non soffre più nemmeno dell'ipertensione per la quale prima era sottoposta a terapia farmacologia.*

G/Pa/53 che soffriva di pesanti mal di testa, invitata a descrivere il suo stato di salute prima e dopo la separazione dal marito maltrattante racconta: *Non ci sono paragoni tra prima e adesso. Oggi piango dalla gioia, mentre prima piangevo dal dolore. Ora mi sento benissimo, prima avevo mal di testa notte e giorno, non c'era un attimo che non avevo il mal di testa, un incubo. Adesso sono una donna equilibrata. Apprezzo la vita normale di tutti i giorni.*

Vengono poi descritti gli effetti diretti delle violenze fisiche. Come nel caso di L/Pa/31 che ha subito un'emorragia interna per la lesione

all'occhio procuratale dal marito e la rottura del timpano; mentre N/Pa/43 ha subito una frattura al dito di cui lamenta ancora le conseguenze.

Due tra le donne intervistate raccontano infine dei tentativi di suicidio messi in atto come forma estrema di impotenza vissuta nei confronti della violenza. Tale elemento trova riscontro negli studi sugli effetti della violenza di genere²³, a partire da cui i tentativi di suicidio e/o il suicidio vanno a configurare uno tra i diversi indicatori comportamentali della violenza domestica.

L/Pa/31 racconta: *Credo di aver tentato più volte il suicidio perché qualcuno si accorgesse di me e di questa situazione.*

5.2.5 La presa in carico medica/psicologica: punti di forza e punti di debolezza

“Che significavano quelle cure? Era voler riappicare i frammenti di un vaso rotto. Il suo cuore era spezzato. Come volevano guarirla con pillole e polveri?”

Tolstoj L., *Anna Karenina*²⁴

“All'inizio del gruppo pensavo di non venire più, mi caricavo troppo delle storie altrui, perché lì usciva fuori praticamente tutto, quella parte di te stessa che ti tieni sempre dentro (...), volevo scappare, ma poi ho deciso di rimanere ed alla fine il fatto di confrontarsi, di vedere anche le altre realtà è stato fondamentale”²⁵

Arriviamo al nodo centrale dell'indagine: la presa in carico sanitaria (medico/psichiatrica/psicologica) analizzata dal punto di vista delle donne che hanno vissuto un'esperienza di violenza. Le interviste

²³ *ibidem*

²⁴ Citato in Fasullo S., *Trattato di psichiatria*, Palermo, Medical Books, 2002.

²⁵ Alessi A., Immordino A., *Testimonianze di donne dei centri antiviolenza*, in AA. VV., *Le luminose trame: sistemi di aiuto e modelli di intervento contro la violenza alle donne*, Palermo, Ed. Antepima, 2000, pag. 132.

approfondiscono quanto emerso nella prima parte della ricerca attraverso i questionari, permettendo di ricostruire, dalla narrazione delle donne, la loro percezione dei punti di forza e di debolezza nella rilevazione della violenza e nella presa in carico da parte degli operatori dell'ambito sanitario.

Un primo dato risulta evidente nella lettura delle interviste: l'efficacia dell'intervento non viene correlata dalle donne al genere dell'operatore/trice incontrato/a. Nelle situazioni in cui la donna registra un clima di ascolto e una risposta efficace, tale dato le appare indipendente dal sesso dell'operatore/trice con cui ha parlato. Pertanto, il fatto di trovarsi di fronte ad un'operatrice donna non viene correlato alla strategia che vede al centro la relazione di genere come punto di forza per uscire dalla violenza.

Abbiamo visto nella parte quantitativa della ricerca come l'operatrice donna sia preferita in tutti i casi ad eccezione di uno. L'approfondimento qualitativo non consente di correlare la preferenza per l'operatrice donna con una valorizzazione delle competenze femminili, messe in campo nell'ascolto e nella relazione con la donna vittima di violenza. Sembrano più rilevanti, nello sguardo delle donne, aspetti legati alla casualità dell'incontro con persone più o meno sensibili alle problematiche della violenza e con un approccio medico umanizzato. Sembra che le donne più facilmente si confidino e si sentano meglio aiutate da psicologhe e operatrici di accoglienza. La preferenza per queste figure ci fa interrogare sulla valenza positiva inconsapevolmente data al genere femminile nella relazione di aiuto.

Tutte concordano nel rilevare resistenze da parte degli/le operatori/trici nel porre domande volte ad esplorare le dinamiche di relazione, a fronte di evidenti segnali fisici ed incoerenze nel racconto delle violenze fisiche o rispetto ai tentativi di suicidio. In nessun caso l'assetto di accoglienza al pronto soccorso ospedaliero ha riservato uno spazio e un tempo privilegiati di ascolto e di indagine sulle motivazioni delle ferite e/o lesioni riportate. In altri assetti, come durante le visite presso il proprio medico di famiglia o durante una qualsiasi visita specialistica, laddove punto di forza risulta essere lo spazio ed il tempo come ingredienti fondamentali di un intervento efficace, le resistenze degli operatori hanno avuto la meglio non consentendo la rilevazione della violenza.

F/Pa/45 che si è rivolta al neurologo accompagnata dal marito, descrive una situazione in cui lo specialista, dopo la visita le ha rivolto delle domande con l'indicazione di fare una tac per approfondire gli aspetti organici del suo malessere, e poi si è rivolto a mio marito dicendo: *“ma lei la signora la fa uscire? Le rende serena la vita? Io ho detto: “certamente”, e la cosa si è chiusa lì. Ora, se io penso a come ero, magrissima, avevo sempre un tremore, la voce spezzata. Penso che il mio disagio emotivo fosse così evidente da non potere non essere visibile, specialmente ad un neurologo [...] In fondo una persona che vive una violenza quotidiana perde pian piano la stima in quello che sente, ha bisogno che qualcuno dica: “sì, è vero. Tu senti questo ed è giusto”.*

La stessa dopo qualche anno da questo incontro riflette sulla natura degli ostacoli che impediscono di riconoscere la violenza, facendo delle interessanti considerazioni. F/Pa/45 afferma: *Io mi sono fatta un'idea, credo che tutte le persone, ognuno di noi, abbiamo un problema di fronte alla violenza, all'aggressività, da quella più piccola a quella più esibita. Ognuno di noi ha un problema a parlare di queste cose, forse perché ci appartengono, perché non abbiamo fatto i conti con i nostri impulsi aggressivi che risalgono alle nostre esperienze più arcaiche, è una faccenda buia dentro di noi.*

Con F. Montecchi commenteremmo così la riflessione di F/Pa/45: “[...] dal momento che prendere coscienza di questi aspetti negativi di sé genera ansia, questo processo di consapevolezza viene evitato attraverso l'attivazione di alcuni meccanismi difensivi, come la negazione e le forme eccessive di ‘proiezione’”²⁶. Tali meccanismi di negazione come un velo di Maya coprono quei segnali, dai più deboli a quelli più eclatanti, che provengono dalla donna e, quando presenti, dai bambini e dalle bambine, attribuendo alla donna una difficoltà a parlare che, come abbiamo visto, le appartiene, ma che è attribuibile ai meccanismi di vittimizzazione legati alla violenza subita.

In altri casi le procedure attuate sono state inefficaci.

A L/Pa/31 viene proposto un colloquio con una psicologa a cui racconta il suo problema. Ciò le accade senza la predisposizione di uno scenario di protezione in sinergia con altri attori sociali. La donna non si è sentita garantita e non ha più chiamato la psicologa per avviare un

²⁶ Montecchi F., *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, Roma, Ed. Carocci, 1998.

percorso. L/Pa/31: *In ospedale ho ricevuto solo cure mediche e niente più, solo una volta quando ho tentato il suicidio mi è venuta a trovare una psicologa a cui ho detto che era successo per la gelosia di mio marito e che mi picchiava, lei mi detto di contattarla, ma io non ci sono mai andata, in questi casi non è d'obbligo che chiamino loro? Non mi sono sentita considerata!*

Nel caso di G/Pa/53 l'intervento viene lasciato alla sensibilità della singola operatrice sfornita di strumenti, di informazioni e di contatti per inviare la signora ai servizi specializzati contro la violenza.

G/Pa/53 ricorda del suo periodo di degenza in ospedale per il tentato suicidio, la presenza confortante, amichevole di un'infermiera che ha intuito e con cui si è confidata. *In ospedale c'era un'infermiera più sensibile delle altre che ha capito che c'era qualcosa che non andava con mio marito. È diventata così mia "amica", ma non ha fatto niente, non è andata oltre [...] Intanto lo psichiatra inviato al mio reparto mi domandava: "perché signora ha fatto questo?" ho risposto: "niente, è stato un momento così" e lui l'ha bevuta. Forse è stato un po' superficiale o forse non era preparato ad aiutare qualcuno a dire delle cose difficili che purtroppo non sa portare fuori o ha paura di portare fuori.*

Così anche per H/Pa/42: *No, la ginecologa non ha cercato di saperne di più, non mi ha indirizzato da nessuna parte, non mi ha detto di rivolgermi a qualcuno che mi potesse aiutare. Ha ascoltato solo quello che le dicevo io e basta. Era tutto sotto tono.*

I/Pa/41 ha parlato chiaramente della sua situazione al medico di famiglia e vivendo in un piccolo centro molti erano a conoscenza della situazione che lei viveva, ma anche in questo caso di fronte all'evidenza, la risposta del medico è l'indicazione al silenzio, alla sopportazione, alla calma e uno psicofarmaco in tal senso può venire in aiuto. I/P/a41: *A volte dicevo al mio medico la mia situazione e lui mi diceva: "purtroppo signora si deve stare un poco calma" ed io: "ma come si fa a rimanere calma... lei lo sa chi è mio marito!", ma lui non mi ha mai dato altri consigli, una spinta, non diceva nient'altro, mi scriveva le medicine e basta.*

In questa situazione, peraltro molto frequente, vi è una forte resistenza culturale, da parte dell'operatore/operatrice, a mettere in crisi il modello della famiglia da salvare a tutti i costi ed in cui alle donne compete un codice comportamentale di sopportazione e rinuncia.

Altre ricerche che ricostruiscono la percezione della violenza da parte di operatori sociali e sanitari nel loro contesto di appartenenza evidenziano come “In qualche caso si segnala la capacità di individuazione della violenza che però si tende a leggere e trattare con una modalità ancora segnata da pregiudizi e stereotipi. La questione del maltrattamento viene talora liquidata come nevrosi femminile, da trattare anche con psicofarmaci per farla rientrare nei canoni della normalità, piuttosto che andare ad individuare le cause del disagio”²⁷. Come suggerisce M/Pa/46: *i medici dovrebbero capire di più la sensibilità, il motivo per cui una donna poi sfocia nella depressione, nell’ansia, capire le cause che portano a questi fenomeni.*

Le donne intervistate raccontano di un lungo girovagare tra ospedali, servizi sociali e consultori, senza nessuna strategia comune proposta per affrontare il problema della violenza. Laddove riconosciuto, spesso perché dichiarato dalle donne con la richiesta esplicita di un aiuto, le soluzioni proposte hanno fatto qualche volta riferimento al modello della mediazione familiare e/o terapia di coppia, che difficilmente nei casi di violenza domestica, sortisce buoni risultati. È il caso di H/Pa/42 che racconta: *Io ho telefonato ad una psicologa del consultorio dicendo che a casa avevamo dei problemi e volevo sapere se potevo fare qualcosa io. Lei mi ha invitato ad andare là, ho parlato con lei, ha chiesto di parlare anche con mio marito. Poi mi ha detto “è una versione completamente diversa da quello che ha detto suo marito, non ha detto nessuna di queste cose”. Ho continuato ad andare, parlavamo e le nostre versioni erano sempre diverse, io parlavo di quello a cui lui mi sottoponeva, lui negava. Non c’era nessuna cosa che si potesse chiarire, lui diceva sempre “devi fare così”, io dicevo, no, e lui “lo devi fare” ed io, “no”! Lui non è voluto più andare e così ho continuato da sola, lui pensava avessi smesso. Ci andavo di nascosto con mille sotterfugi. Ogni volta il tempo che la psicologa mi dedicava era di meno rispetto al tempo che io ci mettevo per andare là, ci andavo perché volevo aggrapparmi a qualcuno che non fossero i miei parenti. Ma mi sentivo giudicata da lei, mi vergognavo a dirle che ero rimasta incinta. Non sono più andata e lei non mi ha cercato.*

²⁷ Ruggerini M.G., Elisei S. (a cura di), *Ascoltare il silenzio: quello che le donne non dicono*, Palermo, Ed. Antepima, 2004.

Andando all'analisi dei punti di forza della presa in carico, le donne intervistate rileggono la loro esperienza con i servizi incontrati evidenziando cosa ha funzionato ed è stato determinante nel loro percorso di uscita dalla violenza.

N/Pa/43 ci racconta cosa è scattato dentro di lei quando: *Sono arrivata al centro antiviolenza in modo casuale, ero andata per motivi di lavoro ad una iniziativa pubblica ed ho notato dei biglietti sopra il tavolo c'era scritto un indirizzo ed una frase che mi colpì tanto e che è "Alcuni dicono che quando è detta la parola muore ma è allora che comincia a vivere" e io ho pensato, chissà servirà a qualcosa? Ed è da due anni che frequento il centro e dentro di me sono avvenuti cambiamenti importanti perché sono stata aiutata non a cancellare il passato come una lavagna, ma ad andare avanti imparando da esso, per potere avere nuovamente fiducia.*

Emerge come punto di forza il valore della relazione e di un *setting* stabile nel tempo, sia all'interno di un contesto pubblico che nel privato, in assetto duale e/o gruppale. Il comprendere l'importanza del partire da sé per cambiare la propria situazione di vita.

H/Pa/42: *La neuropsichiatra mi disse che la strada non era solo cercare un avvocato e basta ma che dovevo cercare un aiuto per me stessa per affrontare la situazione [...] Nel gruppo mi sono trovata bene perché ho trovato delle persone che mi hanno capito. Anche F/Pa/45 rilegge positivamente l'esperienza del gruppo con altre donne vittime di violenza, dopo una lunga esperienza di psicoterapia con un'analista in cui non era mai venuto fuori il problema della violenza. F/Pa/45: *Mi è stato molto utile il gruppo per capire che se non hai fatto una scelta di coraggio è perché non eri nelle condizioni, non eri pronta a farla [...] Questo si capisce anche prima, però è incoraggiante sentire che anche agli altri è successa la stessa cosa.**

G/Pa/53 dopo varie vicissitudini ci racconta: *Mi sono detta, chi può aiutarmi? Non avevo nessun parente o amica a cui rivolgermi ed allora non sapendo che fare ho preso le pagine gialle, perché non avevo idea di cosa poteva significare avere il progetto di un futuro, capivo la parola progetto ma non sapevo inquadrarla [...] Ho cercato sul vocabolario la parola psichiatra e psicologo e tra le due letture ho preferito la voce psicologo, mi dava più sicurezza perché diceva "...muove i sentimenti dell'anima..." [...] Ho scelto una psicologa. Avevo paura che non mi credesse. Ero una persona annichilita, nemmeno alzavo la testa, non*

avevo lividi quindi non potevo dimostrare questa violenza che mi arrivava giorno e notte, era una cosa tremenda. La psicologa mi ha messo in contatto con il centro antiviolenza, continuando con lei le sedute. Mi sono sentita dire cose che finalmente mi davano un punto di riferimento, mi dicevo posso farcela, se loro mi danno questa possibilità. Da lì l'inserimento nella casa-rifugio, il lavoro, la casa.

Anche altre donne intervistate evidenziano oltre all'aspetto di cura della relazione, la possibilità di attivare risorse (ospitalità, inserimento lavorativo, sostegno nel percorso legale di separazione). Si evidenzia però come ancora manchi una gestione integrata tra i vari attori socio-sanitari e istituzionali coinvolti nel percorso di uscita dalla violenza. L'efficacia dell'intervento rimane in larga parte affidato all'incontro con il/la singolo/a operatore/trice competente ed informato sui servizi esistenti per le donne vittime di maltrattamenti, quindi rimane ancora un percorso lasciato al caso ed alla rete tra le persone.

In tutte le donne intervistate l'affrancamento dalla violenza, attraverso una relazione di aiuto, in molti casi all'interno di un approccio di genere, ha reso praticabile l'incontro con l'altro ed il desiderio, aprendo nuove domande su di sé ed il proprio futuro, e parallelamente la messa in crisi delle identità rigide basate sul copione melodrammatico della vittima e del carnefice. F/Pa/45: *Per il futuro io mi faccio fantasie di matrimonio con il mio nuovo compagno. Mi piacerebbe che tutti sapessero, mi piacerebbe fare casa insieme.*

G/Pa/53 racconta: *È stato importante essere stimolata a domandarmi delle cose... in questo percorso ho visto che so fare tante cose, non mi vedo più come una "cosa inutile" come mi vedevo prima con gli occhi di mio marito, ormai il passato non lo sento più. A volte ritorna ma in un altro modo, ritorna come "peccato non averci pensato prima", magari prima pensavo di voler morire ora dico "mamma mia vorrei morire un po' più tardi per vedere altre cose". Il mio desiderio sarebbe fare un viaggio, andare a Parigi da quando ero una ragazzina ho come una visione, mi vedo camminare lungo un viale e ho la sensazione, la percezione che sia il ponte lungo il fiume dove passa la Senna... da allora non è cambiato. Il mio desiderio sarebbe vederlo, per capire come mai ho questa sensazione.*

Per concludere L/Pa/31: *Ora riesco a vedere le cose che prima non ritenevo necessarie.*

5.3 Le interviste a Pescara

5.3.1 Le donne si raccontano

*Dissero che ero stanca.
Ma io non ero stanca, non in quel senso.
Ero solo stanca di arrendermi.*

Rosa Parks²⁸

Come già riportato, la ricerca aveva previsto la realizzazione di quindici interviste, tramite questionario, a donne vittime di violenza al fine di evidenziare il tema della presa in carico, da parte dei servizi sanitari, sia di primo livello (pronto soccorso) che di secondo (medicina di base, consultori, servizi di salute mentale ed altro), così come vissuta dalle donne. In una ulteriore fase dell'indagine sono state scelte, all'interno del campione delle quindici intervistate, cinque donne, alle quali è stato chiesto di approfondire l'intervista sulla base di una traccia di riferimento già descritta nella nota introduttiva del presente capitolo. Dare la propria disponibilità nel rilasciare l'intervista ha richiesto per le donne l'impegno a lasciar emergere i più profondi e dolorosi frammenti della loro vita. In tal senso e grazie a tali interviste in profondità sono emersi, in termini di ricostruzione diretta da parte delle donne vittime di violenza, il contesto e il tipo di accoglienza ricevuta da parte di chi, autonomamente o no, si è rivolta ai servizi socio-sanitari, e per via indiretta si sono evinte le modalità di intervento e di accoglienza degli/le operatori/trici dei servizi. Le *tranches de vie* riportate qui di seguito appartengono a donne che vivono contesti e/o *status* sociali differenti e riguardano tipologie di violenza diversificate, dalla economica alla psicologica, dalla fisica alla verbale.

Nella città di Pescara, almeno stando alle nostre interviste, emerge il dato caratteristico che le donne pervengono ai servizi sanitari non solo in modo non selezionato, ma quando la propria situazione fisica è tale da non poterne fare a meno. I canali scelti dalle donne per inoltrare la

²⁸ Citato in *Segnocinema*, n. nov./dic. 05

richiesta d'aiuto hanno tempi e modalità differenti e, nella quasi totalità dei casi, riguardano servizi sanitari pubblici di secondo livello, con particolare riferimento ai consultori, che risultano gli ambienti più frequentati; ovviamente ciò incide sul tipo di aiuto che le donne ricevono in termini di percorso di uscita dalla violenza, coincidente quasi sempre con colloqui e terapie psicologiche di durata pluriennale. Di per sé questo dato è interessante, soprattutto se si considera il risultato finale raggiunto dalle donne in termini di una maggiore consapevolezza dell'esperienza vissuta; questo tipo di aiuto, però, presenta anche degli aspetti negativi. Anzitutto, perché rivela una quasi totale assenza, da parte degli/le operatori/trici dei servizi sanitari, di un lavoro sinergico di rete che coinvolga personale altro rispetto a quello appartenente al servizio sanitario (psicologa/o) a cui si è rivolta la donna; il secondo elemento che emerge in modo evidente e che ci preme sottolineare consiste nell'alto grado di sofferenza fisica e psichica a cui arrivano le donne prima di inoltrare la richiesta d'aiuto.

Spesso le ripercussioni della violenza subita incidono sullo stato di salute della donna, costituendo "la goccia che fa traboccare il vaso"; sono, prevalentemente, disturbi di natura gastroenterica o patologie mentali (depressione, disturbi alimentari e attacchi di panico e/o ansia) che portano le donne a rendersi conto dell'insostenibilità di continuare la vita condotta sino a quel momento. Oltre al malessere psico-fisico raccontato dalle donne intervistate, si riscontrano identiche dinamiche di approccio ai servizi e agli/le operatori/trici, soprattutto per quanto riguarda i loro timori, la paura, la vergogna del proprio vissuto ed il terrore che possano riferirlo all'aggressore; l'opinione che le donne attribuiscono agli/le operatori/trici conferma questa fortissima preoccupazione/disagio.

I temi snodo su cui è stato condotto l'approfondimento hanno dunque indagato: la storia della violenza subita da parte della donna e i tempi e i modi della presa di coscienza; il suo denunciare il caso e rapportarsi con l'operatore/trice sul suo stato psico-fisico; il rapporto con il futuro.

Le forme di violenza intra-familiare riscontrate sono soprattutto di tipo psicologico, relative cioè a quell'insieme di comportamenti quali l'umiliazione, le minacce, le intimidazioni allo scopo di plasmare la personalità delle donne, sminuirne il senso di sicurezza e l'autostima sulla base di un retaggio culturale che vuole la donna sottomessa all'autorità maschile, limitarne la sua libertà e la possibilità di decidere.

Aver vissuto queste condizioni ha significato, per queste donne, sviluppare una profonda disistima di sé ed in quanto donne, rendendo problematico il loro modo di relazionarsi agli altri e di vivere nel mondo.

La fascia d'età delle cinque intervistate è compresa tra i 24 e i 55 anni; tale varietà ci permette di evidenziare alcune caratteristiche trasversali. Non tutti i racconti riguardano percorsi conclusi di uscita dalla violenza; in tre delle cinque storie il percorso è in fase di attuazione; questo elemento determina una differenza non solo rispetto alle "valutazioni/considerazioni" delle donne sul percorso seguito, ma soprattutto sul grado di fiducia nel futuro. Certamente per tutte l'incontro con le operatrici dei servizi (sono infatti tutte donne le operatrici con le quali le donne si accingono a seguire, o hanno seguito, un percorso di uscita dalla violenza) ha portato un miglioramento della situazione in termini di rafforzamento della consapevolezza della violenza subita che, quasi per tutte, si traduce in volontà di cambiamento. Non tutte le donne intervistate sono entrate in contatto con i servizi di primo livello, ovvero il pronto soccorso, quindi non è stato possibile ricostruire una rappresentazione di questo tipo di servizi sanitari. Dalle interviste realizzate a Pescara, l'ambiente maggiormente indagato risulta essere il consultorio pubblico, dove le cinque donne sono state seguite o seguono terapie psicologiche. Ed è proprio dalle parole delle donne che emergono la considerazione ed il tipo di accoglienza ricevuta da questi servizi in termini sia di punti di debolezza che di forza. Delle cinque intervistate, portatrici di storie diverse, tre sono italiane, delle quali due hanno vissuto violenza intra-familiare da parte del marito ed una da parte del padre. Le altre due storie riguardano violenza vissuta da due donne immigrate, una rumena ed una ucraina, che rappresentano due situazioni tipo: la storia di una giovane scelta nel paese d'origine, l'altra "conquistata" quando già "inserita" sul territorio.

La varietà di queste storie ci dà la possibilità di cogliere non solo le rappresentazioni e il modo di rapportarsi ai servizi delle donne, ma anche, per via indiretta, le rappresentazioni e le modalità operative di accoglienza da parte degli/lle operatori/trici.

Ripercorriamo ciò che le nostre intervistate hanno raccontato sulla storia della violenza precedentemente alla decisione di parlarne con un operatore sanitario, quasi sempre coincidente con una complicazione delle condizioni di salute.

5.3.2 La storia della violenza subita: dalla percezione al riconoscimento

Per le cinque donne è difficile e doloroso cominciare a parlare della propria storia di violenza. In un primo momento si chiede di descrivere la loro vita prima dell'incontro con l'aggressore; operazione di recupero memoriale, questa, piuttosto dolorosa per le nostre intervistate. In alcuni casi si riscontrano situazioni difficili vissute dalle donne durante l'infanzia; una di loro (ovvero la più giovane) è arrivata ad una formazione di tipo universitario, mentre le altre non sono andate oltre la formazione delle medie inferiori.

Nelle nostre donne si evince un'asimmetria di potere tra i *partners*, specie in campo economico, determinando l'ipotesi che si possa utilizzare in questi casi la tipologia di violenza economica: l'uomo detiene il denaro e la sua gestione, cioè un potere dal quale deriva anche quello di decidere, controllare e censurare. Come si evince da alcune ricerche²⁹ la dipendenza economica diventa facilmente arma di ricatto ed è per questo che il lavoro femminile è guardato con sospetto (anche se, pur in presenza di impiego retribuito, come nel caso di due delle cinque intervistate, ciò non costituisce un argine alla violenza, mettendo in rilievo come sia ancora da indagare ciò che si definisce "squilibrio di potere tra i sessi").

Tutte lamentano la totale assenza di autonomia finanziaria, soprattutto quando, una volta sposate, viene vietato loro di lavorare e gestire l'economia domestica. Dai racconti si evince che questa violenza economica è forse il principale problema che rende "necessaria" l'accettazione della violenza; soprattutto quando nascono dei figli, le donne sono terrorizzate dal timore di rimanere in mezzo alla strada. Il rapporto con l'aggressore sembra, quasi per tutte, esplicitarsi in un crescendo di violenza che si manifesta con l'accanimento sempre più duro da parte del maltrattante/violento. In particolare, nelle due storie che riguardano donne immigrate, si evince più incisivamente la dinamica dell'inganno, ovvero il cambiamento del maltrattante che, dalla fase dell'innamoramento via via si svela, con atti di violenza sempre più duri,

²⁹ Filosofo F., *Violenza economica come contesto alla violenza domestica*, in Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni*, Milano, Franco Angeli, 2000.

come “bugiardo” che attua la violenza come l’unica modalità di rapporto; mentre nelle altre storie, soprattutto nelle donne che hanno realmente concluso il percorso, emerge con più chiarezza l’elemento della presa di coscienza in termini di auto-inganno.

È possibile rilevare in tutti e cinque i casi, comunque, un forte investimento affettivo e, soprattutto, un lungo periodo di silenzio, in cui hanno vissuto nella sofferenza prima della decisione di inoltrare richiesta di aiuto. Dai racconti emerge dunque, almeno nella fase iniziale del rapporto, una mancanza di consapevolezza degli abusi subiti sia in termini di lesività di sé, che in termini di reato contro la propria persona.

A/Pe/32 - Non saprei proprio da dove mettere mano [...] è così complicata la mia vicenda, anche se sono piuttosto giovane mi sento una donna consumata [...] mi tornano in mente i primi anni di fidanzamento con il mio ex marito, tutto era bellissimo e non avrei mai immaginato come andava a finire [...] l’amore inconsapevole per [...] mi faceva naturalmente accettare i suoi tanti vizi del tipo gioco d’azzardo, frequentazioni di locali a luci rosse, alcool, sperpero dello stipendio ma all’epoca la mia mente malata d’amore accettava i vizi come sue passioni intense a cui per rispetto non ponevo nessuna ribellione, nessun divieto; il nostro rapporto cambiò subito dopo il matrimonio specie con la nascita di nostro figlio

Nel caso di B/Pe/24, invece, emerge una chiara consapevolezza della situazione di abuso e di violenza subita per l’aggressività del padre sin dall’infanzia. Pur facendo parte di una famiglia numerosa, B/Pe/24 racconta la sua profonda solitudine, che l’accomuna ai fratelli e alle sorelle, lamentando una mancanza assoluta di dialogo con i genitori, compresa la madre, anche lei vittima della spirale di violenza.

B/Pe/24 - Provo odio per mio padre ed una profonda pena per mamma. Nei confronti delle figlie femmine è stato sempre molto autoritario ed aggressivo; secondo lui gli schiaffi educano più delle parole, durante l’infanzia e l’adolescenza sono stata sempre controllata da vicino e a distanza; mi ricordo gli appostamenti che mi faceva all’uscita di scuola, oppure sotto casa delle amiche. Non ero una ragazza libera di esprimere le proprie idee, necessità, aspirazioni, ma la cosa più grave è che non riuscivo a comunicare i miei problemi di qualsiasi natura essi fossero. Fra di noi non è mai esistita una comunicazione deccente ma sempre scontri accesi che nascevano per delle piccolezze a

casa mio padre ci ha fatto respirare sempre un clima di terrore, lui è un uomo di vecchio stampo [...] si fa quello che si dice lui e basta, mia madre è stata una sua serva, noi figlie abbiamo sempre subito ricatti, rimproveri e botte solo per aver commesso delle stupidate, l'estate dopo la chiusura della scuola ci mandava a lavorare a tutte e due nei campi di tabacco e si prendeva il guadagno [...] diceva che dovevamo iniziare a fare i sacrifici a quattordici anni per capire come funziona la vita [...] Quando si arrabbiava con me e Nadia ci chiudeva a chiave in cameretta, tante volte lo ha fatto anche con mamma [...] uno schifo di uomo [...] è un violento peggio delle bestie ci tratta.

Anche C/Pe/55 esprime forti difficoltà nel ricordare episodi felici della sua vita, trascorsa in un triste grigiore; ma a differenza delle due storie precedenti dal suo racconto emerge anche la confessione dei sogni nel cassetto perduti:

C/Pe/55 - Non so cosa si provi ad essere felice posso invece descrivere l'angoscia, la profonda solitudine, la depressione provate all'interno delle mura di casa dove l'unica aria che io e mio figlio abbiamo respirato in questi lunghi anni è stata quella del terrore, delle mille umiliazioni, della prevaricazione dal punto di vista materiale ed umano. Il mio più grande rimpianto è stato quello di non aver proseguito gli studi; mi sono fermata al terzo anno magistrale e per tanti motivi non ho preso nemmeno il diploma di maestra d'asilo [...] a quei tempi avrei trovato lavoro immediatamente [...] mi sarebbe piaciuto tanto lavorare e fare l'università ma non potevo proprio [...] in questi lunghi anni di vita coniugale ho sperimentato sulla mia pelle cosa vuol dire stare chiusa in una cella, sì ho detto proprio cella visto che la "mia" casa è stata fino a poco tempo fa un carcere senza finestre.

Assumono toni molto nostalgici i racconti delle due donne immigrate, per le quali il contesto familiare, precedentemente considerato negativo al punto di sentire il bisogno di tentare un'altra via, viene rievocato positivamente. In particolare, D/Pe/27, giovane donna rumena con basso livello d'istruzione, venuta in Italia e sposata con un uomo andato "a sceglierla" nel suo paese, pensa con nostalgia ai momenti della sua vita adolescenziale nel paese d'origine, per cui persino la povertà e

quel “misero cibo” le mancano molto, a confronto della situazione presente che sta vivendo:

D/Pe/27 - Se mi guardo indietro e penso al tempo passato trascorso a Baçau rivedo un'adolescente vestita di pochi indumenti e spesso a piedi scalzi, magrissima che a stento riusciva a mangiare due volte al giorno; la mia è una famiglia contadina numerosa, siamo due figli, ma in casa di mio nonno vivevamo insieme a tre zii e sette cugini; mia madre faceva la casalinga e quando serviva lavorava la terra, mio padre con il suo lavoro di artigiano non poteva assicurarci una vita come volevamo [...] Nonostante le tante difficoltà non ero una ragazza triste, adesso mi mancano tanto quei momenti, quei luoghi, sento la nostalgia di mia madre, di mia cugina, della mia più cara amica, mi manca la mia cultura e persino il misero cibo. Ora mi sono resa conto e mi rendo conto che L. è violento e che le prendo, ho visto durante la mia infanzia certe scene brutte a casa di mia zia [...] anche lei prendeva le botte come me [...] ma quello che mi fa rimanere male è che non riesco a spiegarmi il perché [...] perché? Se prima ero la sua principessa perché sono diventata un niente? Ho pensato tante volte che è una persona malata di testa e che me l'ha nascosto [...] Mi sento ingannata da un uomo venuto a 'scegliermi' nel mio paese e poi a riprendermi come futura moglie, che si è dimostrato un bugiardo.

A differenza delle altre donne intervistate i “perché?” di D/Pe/27 rivelano un grado di percezione e riconoscimento della violenza come abuso ingiustificato più problematizzato. In entrambe le donne immigrate è molto forte il tema dell'inganno subito da parte del partner che, dopo la fase del corteggiamento, si trasforma in “violento”. Mentre la prima racconta di essere stata scelta dal violento, la seconda donna, E/Pe/41, si trovava già in Italia, aveva preso contatti dal suo paese d'origine con una collega ed era venuta a Pescara. Dopo poco si è «inserita nel giro» e le affidano la responsabilità di badare ad un anziano con problemi di Alzheimer. Il tipo di lavoro non la spaventava, anzi la sua giornata piena di impegni costituiva un modo per “non pensare”.

E/Pe/41 - Nel poco tempo libero che mi rimaneva andavo a ballare il liscio con questa mia amica, lo facevo per staccare un pochino e non pensare alla mancanza di mio figlio.

Mi faceva sentire importante, mi corteggiava con fiori, mi invitava a cena, mi regalava orecchini, spille, vestiti, borse [...] Non ero innamorata di lui, ma avevo bisogno di un uomo, mi mancava sentirmi amata e avevo bisogno di un punto di riferimento [...] volevo compagnia, aiuto economico, non volevo più sentirmi sola insomma; il mio grande sbaglio è stato quello di fidarmi subito di lui. Eppure sono stata una matta, il mio primo matrimonio è finito perché mi fidavo troppo di mio marito e poi mi vedevo riportare altre donne a casa.

Il malessere dovuto allo sradicamento e alla conseguente solitudine, con i relativi bisogni di uscirne, è chiaramente delineato in entrambe le donne immigrate e diventa lo scenario su cui si colloca la violenza, acuendone gli aspetti legati all'isolamento ed alla svalorizzazione di sé.

5.3.3 Rompere il silenzio: dal malessere psicofisico alla denuncia

Se la percezione e il riconoscimento della violenza sono spesso, dopo lunghe ed estenuanti negazioni, relegati nel silenzio, quando la violenza non può più essere negata a se stesse, oltre che agli altri, quando lo stato di salute psico-fisica degenera, spesso in condizioni di gravità estrema, le donne “rompono” quel silenzio lasciando emergere la richiesta d'aiuto che, spesso (tre su cinque delle donne intervistate nel campione pescarese), viene sollecitata da altri, parenti o estranei (figure del sociale molto vicine alle vittime come il parroco).

Rispetto al primo contatto con operatori/trici sanitari/e è bene precisare che due delle donne intervistate sono arrivate ai servizi sia di primo (E/Pe/41) che di secondo livello (C/Pe/55), esplicitando richieste di aiuto “altre”; quindi, è stato poi l'operatore/trice sanitario a capire ed “intuire” il non detto. Nel caso di C/Pe/55 il medico generico, rilevata, in visita domiciliare, una bronchite, si è reso conto di un disagio di altro tipo e ne ha parlato con il figlio oltre che con la paziente, inviandola, infine, presso la psicologa del consultorio; nel caso di E/Pe/41, dopo il pronto soccorso e poi il ricovero in ospedale per un attacco di appendicite, la confessione del reato subito si è rivolta ad un prete, contattato da

un'infermiera a conoscenza della confidenza esistente tra questi e la vittima.

Le restanti tre donne, ovvero B/Pe/24, D/Pe/27 e A/Pe/32, sono state invece aiutate da estranei o sono pervenute da sole ai servizi sociali e sanitari. Nel caso di B/Pe/24, un assistente sociale ha rilevato il profondo disagio della ragazza in seguito alla esperienza dell'aborto e alla delusione di essersi confessata con la persona sbagliata (un prete). A/Pe/32, invece, ha trovato da sola la forza di andare a chiedere aiuto al consultorio, nonostante fosse stata precedentemente al pronto soccorso ed avesse mentito sulle vere cause che l'avevano portata lì, senza che nessun operatore sospettasse. Infine, D/Pe/27 è stata aiutata dalla cognata che si era accorta di qualcosa di anomalo.

Questo dato ci costringe a riflettere sulla necessità di luoghi dedicati all'accoglienza ed all'aiuto delle donne che subiscono violenza, servizi *gender oriented*, quando non realizzati da associazioni di donne, in grado di garantire sicurezza ed anonimato per le richieste di aiuto.

Emblematico il caso di A/Pe/32 che decide di mentire sulle violenze che subisce fino a "camuffare" l'aggressione dietro il gesto positivo di un soccorso, antitetico all'avvenimento precedente che viene in tal modo "difeso" da ogni eventuale denuncia.

A/Pe/32 - Ricordo la prima volta che mi picchiò e mi spinse violentemente contro il mobile del salotto mandandomi al pronto soccorso [...] fu davvero terribile non tanto per i traumi fisici quanto per lo shock essendo al quinto mese di gravidanza; in quella circostanza non dissi nulla al personale medico del primo soccorso così come alla ginecologa che mi fece l'ecografia di controllo. La scusa che usai per nascondere la violenza fu quella della caduta, anzi dissi "per fortuna" che era accaduto poco prima che mio marito tornasse dal lavoro, infatti era stato lui a portarmi d'urgenza in ospedale. Anche la mia famiglia ci credette alla mia bugia, anzi, mi rimproverarono di essere stata poco prudente a svolgere determinati lavori [...] Raccontavo delle bugie assurde eppure nessuno metteva in dubbio quello che dicevo [...] tutti stravedevano per C..

Quello che doveva essere il periodo più bello della vita di una donna e della coppia divenne invece uno schifo [...] e non finisce qui [...] subivo tutti i giorni insulti, ricatti, minacce, schiaffi, tirate di capelli, lo imploravo di non sfiorarmi con le sue sporche e cattive mani la pancia dove cresceva nostro figlio.

Estenuante relegare nel silenzio la violenza, sia dal punto di vista psicologico che fisico: nel racconto di A/Pe/32 emerge il dramma di una donna incapace di sorridere, consapevole della possibilità mancata di vivere gioie e di un corpo vitale. Paradossalmente, l'evento determinante per cui la situazione sarà ritenuta insostenibile tanto da provocare la rottura del silenzio è proprio una manifestazione di violenza, ancora un evento negativo, quale il comportamento del figlio che, a pochi anni, già ha assimilata la violenza del padre (pur non assistendo direttamente alle frequenti liti dei genitori, protetto dalla chiusura della sua cameretta), reiterandola, scaraventa un posacenere contro un amichetto, con forza e «legittimazione». Divenuta a tal punto critica la situazione, A/Pe/32 decide di rivolgersi al consultorio familiare, di cui già conosceva l'ubicazione e le operatrici che vi prestano servizio perché presso quella struttura aveva seguito il corso preparato.

Anche nella storia di B/Pe/24 un episodio, quale in questo caso la scoperta di una gravidanza e la conseguente reazione violenta del padre, fa degenerare la situazione; la donna riesce ad inoltrare una richiesta di aiuto, ma, nel rivolgersi al parroco perché sperava nella concretezza del sostegno di una persona di fiducia, la confessione provoca effetti devastanti di ulteriore violenza da parte del padre e di disperante indifferenza da parte della madre il cui conforto avrebbe reso il dramma meno terribile.

B/Pe/24 - Il rapporto con mio padre è completamente scaduto e degenerato quando ha saputo che ero incinta di un ragazzo poco raccomandabile [...] specie adesso con me non si controlla proprio [...] io ho sbagliato, lo ammetto, ma non mi sento come mi dice lui una puttana, l'altro giorno mi ha sputato in faccia [...] urlandomi quella parolaccia [...] la cosa che mi fa più male è che mi ero confidata con il mio parroco sperando di trovare un aiuto concreto ed invece non ha esitato l'indomani a raccontare il mio problema in famiglia [...] lo ha fatto per proteggermi, secondo lui solo miei genitori mi avrebbero potuta aiutare.

Emblematico il caso di C/Pe/55: una donna che, da un livello di completa “ignoranza” e inconsapevolezza della situazione di violenza subita, raggiunge un grado di coscienza sempre più elevato per cui, ora

che il percorso è “concluso”, sebbene la donna continui a vivere nella stessa casa che per anni l'ha vista vittima impassibile, dall'intervista emerge un racconto che, pur descrivendo le diverse fasi della storia, focalizza l'attenzione principale sul cambiamento personale avvenuto in seguito al percorso di aiuto. Lungo e travagliato è stato il percorso di C/Pe/55 dall'inconsapevolezza alla percezione dell'esistenza di un problema psicologico (grazie alla visita del medico di famiglia che, oltre a una bronchite, diagnostica un malessere di tipo depressivo), dalla delineazione dei propri bisogni e necessità alla consapevolezza dei rimorsi per i sogni lasciati nel cassetto, fino alla “liberazione” di verità finalmente rivelate.

C/Pe/55 - All'inizio non percepivo questa estrema dipendenza ed isolamento da tutto e da tutti come una grande forma di abuso, di maltrattamento alla mia persona, associavo il termine violenza all'abuso fisico, alle “botte prese” per intenderci! oppure collegavo l'atto di violenza allo stupro [...] e comunque anche in quel caso la colpa era sempre e comunque della donna! non pensavo ci fossero altre forme di abuso oltre a queste, eppure silenziosamente ed inconsciamente anch'io era una vittima che non urlava il suo dolore fisico ma interiore. Bisogna anche ammettere che la mia ingenuità era data specie dall'ignoranza di quei tempi e soprattutto accettavo, forse per cultura, queste schifose azioni, mi sentivo sempre più sola, profondamente demotivata, senza stimoli, la notte iniziavo ad avere gli attacchi di panico, non volevo neppure uscire fuori casa [...] forse perché non avevo mai conosciuto fino in fondo cosa c'era. [...] io avrei voluto amore, comprensione, dignità pur dormendo sotto un ponte e mangiando pane e acqua. [...] quanto mi pento di quella che sono stata.

Avevo l'appoggio di mio figlio diventato ormai un uomo che aveva visto la madre logorarsi giorno dopo giorno [...] Non ho temuto più nulla. Raccontare tutto alla psicologa è stata una liberazione, ah, l'avessi fatto prima quando ero più giovane!

Nella storia di D/Pe/27, invece, profondamente annichilita e frustrata per la situazione terrorizzante e violenta a cui è sottoposta nel rapporto con il marito, grazie alla percezione di un'altra persona, ovvero di sua cognata, la rottura del silenzio avviene attraverso i colloqui con una

psicologa (e non pervenendo alla denuncia ai carabinieri per evitare uno “scandalo” che una famiglia di “brave persone” non merita).

D/Pe/27 - Sono proprio una ragazza fallita [...] sì proprio è questo il termine giusto, vero dottoressa? [...] provo un profondo fallimento, sto crollando; prima ero una ragazza sorridente, allegra e giocosa ma L. non vuole che io sia così con gli altri specie con i maschi, è molto geloso [...] La mia giornata è piena di paura specie la sera quando lui arriva a casa ed inizia a guardarmi con rabbia; l'unico sfogo è il lavoro e se pur precario mi consente di mettermi da parte qualche soldino per tornare quando lui mi dà il permesso dalla mia famiglia. Secondo te come mi dovrei sentire? [...] mi inizia a fare male lo stomaco, forse dalla paura quando arrivano le cinque e mezza di pomeriggio [...] Mia cognata si è accorta di tutto e mi sta aiutando, mi vuole bene anche perché abbiamo la stessa età, ci è rimasta male quando le ho raccontato quello che L. mi fa [...] suo marito è diverso mi ha detto! La dottoressa ci è rimasta anche male, ma mi ha rassicurata e mi dà forza per risolvere questa situazione.

Infine, anche per E/Pe/41 un problema di salute sopraggiunto, per paradosso, provvidenzialmente, quale un attacco di appendicite, le consente di spezzare la spirale di violenza da cui temeva di non riuscire più a liberarsi nemmeno con la fuga disperata dal luogo che la vedeva di giorno in giorno sempre più prigioniera di un uomo che le usurpava sempre più diritti.

E/Pe/41 - Ero disperata, alzarmi la mattina era un peso, la giornata mi sembrava interminabile soprattutto quando lui lavorava a casa [...] spesse volte dicevo di stare male per non alzarmi dal letto. Lui mi voleva sempre bella, truccata, faceva venire il parrucchiere a casa quando la sera dovevamo uscire con i suoi amici. Poi mi diceva di parlare il meno possibile perché la donna deve solo ascoltare e poi le mie parole non interessavano a nessuno [...] mi umiliava, ci stavo male e quando tornavo a casa piangevo, lui mi vedeva ma non mi ha mai domandato il perché [...] io pensavo che lo faceva perché era nervoso per altri motivi e se la prendeva con me. Ma poi quando iniziò anche a darmi gli schiaffi mi iniziai a preoccupare [...] perché era diventato un uomo diverso da prima?

Mi fece licenziare dal mio lavoro, mi allontanò da padre I., dal gruppo della chiesa, [...] mi chiudeva in casa, mi sequestrò il telefonino [...] non potevo nemmeno uscire di casa a comprare il pane senza il suo permesso [...] non rispettava la mia intimità, mi toccava con volgarità, mi urlava parole sporche che si dicono alle donnacce. [...] rispondeva che ero ormai diventata la sua donna, per di più straniera e che dovevo obbedirgli [...] mi sentivo troppo dipendente da lui, da sola io non contavo nulla [...] Ero rimasta da sola, se avessi denunciato quell'uomo nessuno mi avrebbe creduta [...] mi era venuto in mente di scappare [...] poi ho avuto un attacco di appendicite [...] Rimasi in ospedale diversi giorni e fu lì che ripresi i contatti con il mondo. Padre I. seppe del mio ricovero e venne a trovarmi [...] esplosi a piangere e gli raccontai tutto. Don I. mi diede tutta la sua disponibilità e appoggio.

5.3.4 La presa in carico medica psicologica: punti di forza e punti di debolezza

Nel raccontare della presa in carico medico-psicologica, A/Pe/32 parla delle difficoltà avute durante i primi colloqui con l'assistente sociale e con la psicologa, di cui riferisce, anche se brevemente, il dispiacere nell'ascoltare la sua storia. L'instaurazione di un rapporto "di fiducia" ha richiesto tempo, ed è avvenuta grazie alla presa in carico di una completa *équipe* (assistente sociale, psicologa, ginecologa, pediatra, avvocato) afferente, però, allo stesso servizio.

A/Pe/32 - [...] Nella fase iniziale della terapia, nonostante le operatrici sociali mi offrivano tutta la comprensione, riservatezza di questo mondo non riuscivo ad essere me stessa; non appena mi sedevo su quella sedia, che io stessa avevo scelto come ultima spiaggia, ero invasa da rimorsi di coscienza, dalle paure, addirittura avevo il nodo alla gola che non mi faceva dire due parole di fila! [...] Ci sono voluti diversi colloqui per farmi sciogliere e creare quel legame di fiducia che serve nella terapia.

Le paure descritte da A/Pe/32, anche se in parte ancora presenti, non hanno impedito che prevalessero la necessità, il bisogno disperato di una fragile speranza di riscatto.

A/Pe/32 - Non fu una scelta facile da compiere, avevo mille angosce, mille dubbi, terrore che la denuncia potesse ritorcersi contro il mio ruolo di madre, sentivo un senso di profonda vergogna nel dover raccontare i fatti della mia vita più intima ma volevo, dovevo fidarmi di qualcuno, avevo bisogno di aggrapparmi ad una speranza di cambiamento soprattutto per mio figlio che senza ombra di dubbio era la parte più debole ed indifesa di questa storia [...] quando vado a piedi mi giro cinquanta volte intorno per vedere se lui mi segue [...] saprei tenergli testa ma a parole [...] Non l'ho denunciato ai carabinieri, non ho voluto farlo sbattere in galera ma non perché lo amassi [...] l'ho fatto sempre per N., non volevo che gli altri lo giudicassero figlio di [...] e poi la più grande punizione è che l'ho lasciato.

B/Pe/24, invece, che si rivolge in un primo momento al parroco, credendo potesse essere la soluzione migliore, si rivolge solo successivamente ai servizi sociali in uno stato di profonda sfiducia, estrema solitudine, la faticosa difficoltà e al contempo l'immenso bisogno di parlare.

B/Pe/24 - Ho raccontato di essere incinta a Padre F. e gli ho raccomandato di non dire nulla in famiglia specie a papà appunto perché ero terrorizzata da lui e gli ho anche confessato che era un uomo violento con noi figlie e con la moglie e invece [...] tutto il contrario [...] Secondo me è rimasto scandalizzato [...] Poi poco tempo fa sono venuta qui al consultorio e sia l'assistente sociale che la psicologa sanno tutto di me [...] Ho chiesto aiuto ai servizi sociali per disperazione; se vado avanti in questo modo credo di crollare a breve [...] faccio fatica anche a parlare [...] potrei continuare all'infinito a dirle come mi sento.

Il malessere di B/Pe/24 è descritto in maniera piuttosto particolareggiata, rivelando condizioni di salute persino più gravi.

B/Pe/24 - Dopo l'aborto la mia salute è peggiorata tantissimo sia fisicamente che psicologicamente, come le dicevo la mattina non ho voglia di svegliarmi, ho sempre sonno, soffro quando vado a lezione all'università [...] mi pesa stare in mezzo agli altri [...] e poi ho anche gli attacchi di panico, mi sento inadeguata [...] non vorrei prendere i farmaci alla mia età ma lei [la psichiatra] dice che a supporto della terapia servono almeno all'inizio.

Rivelando le terribili paure e le radicate insicurezze, B/Pe/24 prefigura come ancora molto lungo il proprio percorso.

B/Pe/24 - ho il terrore che lui lo venga a sapere [...] passerei i guai neri, lui non vuole che i fatti della nostra famiglia si vengano a sapere, non l'ho detto nemmeno a mia sorella per sicurezza [...] ero una bambina e adolescente depressa e ora lo sono ancora di più [...] raccontare il mio vissuto mi fa male, quando la dottoressa mi fa le domande vorrei sprofondare per la vergogna e il dolore [...] Ho fiducia nella psicologa [...] lei mi ha detto che sarà una strada in salita [...] ora ho iniziato e non torno indietro.

Anche C/Pe/55, nel suo racconto in cui parla del sostegno ricevuto dal figlio, riferisce della “partecipazione” dimostrata dalla psicologa nell'ascoltare la sua storia e del sollievo provato durante i colloqui.

C/Pe/55 - Mio figlio capì la situazione, lui per prima si rese conto di avere una madre depressa e si riavvicinò con immensa dedizione; non appena ottenuta la patente mi accompagnava di nascosto dalla psicologa del consultorio familiare [...] La dottoressa si è dimostrata molto sensibile e professionale [...] tante volte dai miei racconti sono sicura che avrebbe voluto dire tante brutte parole a mio marito ma è sempre stata composta [...] lasciava fare a me!! [...] comunque più dei farmaci mi sentivo meglio quando parlavo dei miei problemi con la psicologa.

E dopo le lunghe difficoltà di cinque anni di presa in carico, la donna rivendica con soddisfazione la riuscita del proprio percorso.

C/Pe/55 - I primi colloqui sono stati complessi, difficili, nel primo periodo uscivo dalla seduta piangendo ma pian piano mi rendevo conto che quelle lacrime mi pulivano l'anima fortificandola. Sono stata cinque anni in terapia [...] Ancora oggi quando mi sento sotto tono vado a confidarmi con la psicologa, le devo tanto [...] mi ha insegnato a volermi bene, a sentirmi sicura di me stessa, del mio carattere, del mio aspetto [...] non mi riconosco più in quello che ero prima, ovvero una vera nullità. Adesso so chi sono e difendo i miei diritti.

D/Pe/27 - una delle due donne immigrate, sorpresa del servizio del consultorio rivolto anche alla presa in carico di donne vittime di violenza, pur confortata dall'appoggio della cognata, rivela il timore, ancora molto

forte, di sostenere colloqui di cui il marito potrebbe scoprire, terrorizzata dalle conseguenti reazioni violente.

D/Pe/27 - Ogni volta che entro in questo posto mi tremano le gambe, ho tanta paura che L. lo viene a sapere [...] sarebbe la fine per me [...] ho paura che mi picchi e non mi faccia più tornare nel mio paese [...] E poi se mia cognata non mi spiegava e accompagnava qui io non ci sarei mai venuta.

Ancora in bilico tra la paura e il sollievo D/Pe/27 dichiara:

Ho paura quando devo fare il colloquio ma all'uscita mi sento più sollevata [...] mi sento di potere contare su qualcuno.

Nel caso di E/Pe/41, che rivela le difficoltà e le paure comuni a tutte, un sostegno su ogni fronte (psicologico, economico, legale) è garantito, se pur da una rete non strutturata.

E/Pe/41 - Mi ricordo che all'inizio prima di entrare nella stanza dei colloqui mi sentivo male, mi batteva il cuore forte dalla paura [...] non era piacevole ripensare a quei momenti, non facevo altro che piangere ma subito dopo mi sentivo sollevata [...] le parole della dottoressa mi facevano sentire importante. L'assistente sociale con cui spesso parlavo si è preoccupata di parlare con i politici per farmi dare qualche aiuto economico e mi ha trovato un nuovo lavoro in una cooperativa sociale [...] Ho paura che lui mi possa fare ancora del male, una volta mi ha aspettato alla fermata dell'autobus che prendo sempre e mi ha detto di stare zitta altrimenti mi avrebbe fatto passare i guai.

5.3.5 Il rapporto con il futuro

Tutte le cinque donne, pur se accomunate dal dramma vissuto, dalle terribili paure del passato e dal bisogno vitale di speranze, si relazionano al futuro con una propria, come è normale e giusto che sia, soluzione di vita da riscattare.

A/Pe/32, fiera del proprio percorso, sente con partecipazione, la negatività di storie simili alla sua.

A/Pe/32 - Io sono stata sfortunata, ma ci sono sicuramente altre sfortunate come me che stanno ancora zitte, non è semplice vivere queste

situazioni e uscirne fuori [...] Con il senno di poi, posso con fierezza dire di essere uscita a testa alta da questa vicenda.

B/Pe/24, pur se ancora con grande difficoltà, afferma la fragile volontà di riuscire a riappropriarsi di se stessa.

B/pe/24 - Sono delusa dagli uomini, sarà che ho un padre così e mi è anche capitato un ragazzo bastardo ma non ci credo più all'amore vero! [...] Anche se sono ridotta in questo stato non voglio rinunciare a riappropriarmi della mia vita [...] io voglio combattere fino in fondo questa dura lotta e magari vincerla!

C/Pe/55 rivendica con fierezza e forza la propria serenità ritrovata.

C/Pe/55 - Quando vivevo segregata pensavo che la vita ed il mondo fossero da buttare via insieme alla mia di vita [...] adesso, come le dicevo, ho un altro modo di valutare me stessa e tutto ciò che ho intorno [...] sto riscoprendo tante cose belle che mi interessano [...] Tutto mi sembra finalmente alla mia portata, sono capace anch'io di contare nel mio piccolo mondo [...] l'altra sera, per la prima volta dopo circa quarant'anni di matrimonio, lo guardo dritto negli occhi trasmettendogli la mia grande forza interiore e l'orgoglio di essere diventata, se pur con un conto corrente postale misero, una donna ricca nello spirito e finalmente libera di scegliere autonomamente, di sbagliare altrettanto autonomamente, di vivere il mio presente con serenità.

D/Pe/27 dichiara, con spirito autocritico, di aver idealizzato la vita in un altro paese quale l'Italia, e, pur riconoscendo le difficoltà ancora presenti, sogna un futuro migliore.

D/Pe/27 - Vedo tutto come dite voi nero nero, è difficile dire ora che la vita è bella! Spero solo che questa per me sia solo una situazione di sofferenza momentanea, sono troppo giovane [...] ma credo che l'amore sia davvero un'altra cosa [...] Comunque voglio raccontare anche alla mia famiglia [...] il mio sogno è quello di tornare da loro.

E/Pe/41 rivela soddisfatta le migliori condizioni del presente e la volontà costruttiva degli impegni futuri.

E/Pe/41 - Va molto meglio [...] quattro anni fa pensavo di scappare o farla finita, invece oggi ho tanta voglia di fare, di lavorare, di essere

utile in chiesa, di mandare i soldi a mio figlio e anche se sono lontana lo sento vicino [...] Il mio grande desiderio forse lo realizzerò fra qualche anno [...] voglio ritornare nella mia terra, riabbracciare la mia famiglia e costruirmi una bella casetta [...] già l'hanno iniziata a costruire con i soldi che sto mandando mese per mese [...] voglio fare la mamma, non voglio altro.

6. CONCLUSIONI

Questa indagine, confermando quelle che l'hanno preceduta negli altri paesi europei, evidenzia alcune delle aree critiche su cui occorre lavorare per permettere la rilevazione della violenza verso le donne ed una sua efficace presa in carico da parte degli/le operatori/trici sanitari/e, partendo dal mettere in luce le differenze e i punti di contatto emersi tra i due contesti analizzati, Palermo e Pescara.

Sinteticamente, i risultati della ricerca rilevano in entrambi i territori il prevalere di una difficoltà a decodificare segni e indicatori di violenza di genere da parte degli/le operatori/trici sanitari/e. In una consistente percentuale dei casi presi in esame sono infatti le donne ad esplicitare verbalmente agli/le operatori/trici il problema vissuto. Se l'attenzione agli indicatori fisici della violenza appare centrale nelle due realtà sanitarie indagate, differente è l'attenzione posta dalle figure intervistate su altri indicatori di maltrattamento. In particolare si rileva che a Palermo viene dato secondariamente risalto ad indicatori fisici riferibili all'area genitale (gravidanze, aborti e affezioni genitali), mentre a Pescara emerge, dopo l'evidenza fisica, il disagio psicologico manifestato dalle donne, come indicatore di rilievo utilizzato da chi lavora nella sanità.

Un elemento positivo che emerge nel contesto palermitano di indagine è relativo al maggior numero di donne vittime di violenza che accedono alle strutture sanitarie e ad una più alta frequenza di refertazione medica rilasciata alle donne. Tali dati riguardano in modo specifico, come si evidenzia dalla composizione del campione di donne palermitane, le donne italiane. Riguardo alle donne straniere residenti a Palermo, la ricerca mette in luce una difficoltà di accesso ai servizi che le rende particolarmente "invisibili", a testimonianza di quanto ancora debba essere fatto per favorire l'integrazione di cittadini e cittadine immigrati/e, e di come chi risiede temporaneamente in città non utilizzi le strutture sanitarie, in particolar modo le donne, non conoscendo le normative esistenti in favore anche di straniere/i sul diritto alla salute. Diversamente a Pescara, come si evince anche dalla composizione del

campione, emerge una diversa e migliore capacità dei servizi nel recepire la domanda di aiuto delle donne immigrate. Per ciò che riguarda il modo in cui le donne arrivano alle strutture sanitarie, sia di primo che di secondo livello, notiamo come sia più frequente nella realtà palermitana l'indicazione di rivolgersi ad operatori/trici sanitari/e, fornita alle donne da parte delle forze dell'ordine. Siamo propense ad interpretare questo dato come il risultato positivo dell'attività di sensibilizzazione e formazione elaborata e realizzata dalla Rete cittadina antiviolenza di Palermo, di cui fanno parte dal 1998 anche le forze dell'ordine, coinvolte negli anni passati in percorsi formativi sulla violenza di genere promossi dall'Associazione Le Onde Onlus, all'interno di progetti finanziati dalla Regione Siciliana, percorsi che hanno coinvolto ca 400 operatori, di cui 200 della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri. È più recente a Pescara l'implementazione ed il funzionamento della rete antiviolenza promossa dall'amministrazione cittadina. Questo spiegherebbe la difficoltà emersa a tutto campo in questo territorio riguardo alla messa in rete degli attori socio-sanitari e delle forze dell'ordine, coinvolti nei percorsi di uscita dalla violenza e indicherebbe la strada da seguire al fine di consolidare ed ampliare i primi risultati ottenuti con l'avvio della rete cittadina antiviolenza a Pescara.

Le due realtà si avvicinano nel dato riguardante il ruolo centrale che viene riconosciuto dagli/le operatori/trici sanitari/e alle forze dell'ordine ed agli organi giudiziari nel momento in cui viene proposto alle donne un piano di sicurezza. In entrambi i contesti emerge come sia carente la lettura del fenomeno della violenza e di come vada affrontato sia sul piano sanitario che sul piano della protezione, ma soprattutto per quanto attiene lo sviluppo di un progetto integrato coi servizi sociali e con gli organismi specializzati presenti in entrambi i territori, che possa implicare piani differenti da quello della messa in sicurezza (naturalmente fondamentale per lo sviluppo di qualsiasi altra azione). L'esperienza, supportata da studi e da modelli di intervento, ci dice che attivare un piano di sicurezza implica orientare la donna alla conoscenza e all'utilizzo di tutte le risorse presenti nel territorio, così come di quelle personali che la donna, specie se in assetto di emergenza, difficilmente riesce a focalizzare e ad utilizzare.

Questa è una delle direzioni che questo rapporto indica per il futuro, mettendo a fuoco il lavoro formativo che dovrà sempre più promuovere la conoscenza ed il confronto tra operatori/trici appartenenti ad ambiti diversi, attraverso gruppi misti o promuovendo la costituzione di reti di prossimità. Così facciamo nostra una delle dieci raccomandazioni contenute nel documento finale del rapporto relativo al Progetto Daphne “Vivio”, progetto che abbiamo mutuato per realizzare la presente esperienza, che pone al centro le azioni di formazione e concertazione tra professionisti di aree diverse (area sanitaria, giudiziaria, sociale, ecc.) al fine di incentivare un’ottica pluridisciplinare e la messa in campo di protocolli d’intesa tra enti diversi, tutti a diverso titolo coinvolti nei percorsi di uscita dalla violenza.

A conferma di una debole visione multidisciplinare nella messa in campo di interventi efficaci contro la violenza, vi è il dato, più frequente a Pescara, di chi, tra i/le professionisti/e sanitari/e non ritiene di propria competenza consigliare alla donna una strategia di sicurezza, o il fatto di non averci del tutto pensato. Prevale, sempre nel contesto pescarese, una lettura del fenomeno in cui è centrale l’attenzione verso gli effetti psicologici della violenza, con l’esito di orientare la donna per lo più verso la consulenza psicologica. Ciò, in gran parte dei casi esaminati, in assenza di un progetto di accompagnamento all’uscita dalla “crisi” che tenga conto di tutti gli aspetti della vicenda di violenza vissuta dalle donne. Orientamento che rischia di evidenziare solo uno degli aspetti di ricaduta della violenza e che non permette, riducendolo ad un percorso individuale di ricostruzione, di definire protocolli integrati di intervento al cui centro vi sia la progettazione di una nuova vita, in ogni suo aspetto. Riteniamo che gli interventi di contrasto alla violenza di genere non possano essere ricondotti unicamente al vertice “psicologico”, ma occorre tener presenti le implicazioni sociali, culturali, economiche, legali che tale fenomeno attraversa.

Viceversa a Palermo l’indagine rileva carente la lettura del disagio psicologico scaturito dalla violenza, nonostante il tempo più lungo dedicato complessivamente all’accoglienza delle donne, diversamente da Pescara, dove si segnala la ristrettezza dei tempi come un limite degli interventi. Centrale appare l’attenzione dedicata a Palermo alle conseguenze sul piano fisico e giudiziario, aspetti certamente rilevanti

ma non esaurienti anche in questo caso la problematica della violenza di genere e la complessità che ne deriva nel tenere al centro delle azioni la donna e la sua vita. A parziale conferma di questo dato, leggeremmo come atteggiamento di difesa dalla possibilità di entrare in contatto e rilevare il disagio esistenziale di chi vive quotidianamente violenza, l'indicazione fornita dagli/lle operatori/trici intervistati/e di una variabile di disturbo nella presenza del partner maltrattante. Tale dato è stato approfondito significativamente nelle interviste in profondità. Laddove spazio e tempo non sono vincolanti, sarebbero infatti le resistenze psicologiche e i pregiudizi culturali ad oscurare il dato della sofferenza delle donne, vittime di violenza nelle relazioni. Se il sintomo del disagio psichico viene colto, esso sarà prevalentemente interpretato e trattato come totalmente staccato dalla condizione di violenza esperita, che sfuggirà così allo sguardo dell'operatore/trice, non potendo generare cambiamenti nei percorsi di vita delle donne prese in carico.

L'incrocio dei dati rilevati con i questionari somministrati alle donne confermano i risultati sopra commentati e confrontati nelle due realtà. Le donne a Palermo testimoniano più frequente il ricorso alle strutture ospedaliere di emergenza e l'utilizzo del centro antiviolenza presente nella città; a Pescara si rivolgono più di frequente ai consultori, dove l'intervento risente dell'assenza di un pensiero di genere sulla violenza alle donne, diversamente dalla realtà palermitana dove è centrale la relazione di genere come pratica elettiva del centro antiviolenza in cui più della metà del campione di donne è transitato. Le donne palermitane individuano pertanto, nelle professioniste donne, operatori/trici percepite come più capaci di affrontare il tema della violenza e da cui si sono sentite maggiormente aiutate, ciò si rileva anche dalle interviste in profondità.

Per concludere, il progetto partiva e mutuava strumenti e modelli messi a punto dai Progetti Daphne Vigil e Vivio, da cui ha preso le mosse la presente ricerca, e tali interventi si concludevano con l'elaborazione e la redazione di raccomandazioni, suggerite non solo a chi opera sul campo, ma anche a chi governa i processi di cambiamento e può definire azioni di sistema che possano incidere sul come – dove – quando – chi interviene e, soprattutto, su intrecci ed interconnessioni tra sistemi diversi che si stanno sempre più avvicinando (sanitario e sociale da un lato ed

ambidue coi modelli elaborati dall'esperienza ed il sapere dei centri antiviolenza e delle case rifugio, oltre che da ricercatrici e teoriche del movimento delle donne).

Questo lavoro di indagine e le azioni di rete sviluppate nei due territori, fanno proprie le indicazioni emerse in quelle raccomandazioni, in particolare quelle che indirizzano alla messa in campo di:

1. Azioni formative rivolte in modo specifico ad operatori/trici sanitari/e, finalizzate all'acquisizione di strumenti di lettura del fenomeno della violenza di genere e al riconoscimento di quei meccanismi resistenziali e stereotipi che ne ostacolano la percezione.
2. Azioni formative volte alla conoscenza e all'utilizzo di metodologie di rilevazione ed intervento efficaci ed integrate, in un'ottica pluridisciplinare (ad esempio definizione di specifici indicatori di rilevazione del fenomeno nella scheda di *triage*, o l'inserimento di una apposita scheda per garantire la prima rilevazione del fenomeno).
3. Sviluppo di azioni di rete locale, caratterizzate dalla scelta tematica e dalla multidisciplinarietà.
4. Azioni di ricerca volte ad approfondire la conoscenza dei meccanismi in gioco nella riproposizione di modelli relazionali violenti, anche a livello transgenerazionale. Nello specifico dell'aspetto sanitario, studi sugli effetti a medio e lungo termine dell'esposizione a situazioni di violenza, per migliorare le procedure di rilevazione e trattamento.
5. Azioni volte alla valorizzazione di un approccio di genere e di competenze "femminili" nell'accoglienza di donne vittime di violenza, all'interno delle strutture sanitarie. Implementazione di servizi *gender oriented*.
6. Azioni volte alla realizzazione implementazione di attività di coordinamento con altre reti operative, il cui ambito di intervento evidenzia aree comuni (alcolismo, tossicodipendenza, disagio psichico, ecc..).
7. Azioni di prevenzione volte all'emersione del sommerso ed all'attenzione verso le donne straniere.
8. Azioni di sensibilizzazione rivolte a bambini/e, adolescenti e giovani adulti/e finalizzate alla messa in crisi di modelli relazionali e stereotipi legati all'appartenenza di genere, per promuovere una

cultura di valorizzazione della differenza sessuale, e per cominciare ad incidere nel cambiamento della realtà a cui si affacciano le vite di uomini e donne.

Per quanto riguarda le ricadute dirette del progetto, la rete antiviolenza della città di Pescara, raccogliendo i suggerimenti della presente indagine, intende lavorare, con il supporto dell'amministrazione comunale che la coordina, alla progettazione ed attuazione di interventi finalizzati alla conoscenza del fenomeno e all'approntamento di strumenti interistituzionali per combatterlo. Il percorso da seguire si caratterizza dunque per la volontà di programmare in modo sinergico con e tra i differenti nodi di rete, alcune ipotesi di lavoro quali l'istituzione di dispositivi e servizi specifici (centri antiviolenza e case rifugio) e percorsi formativi.

A Palermo gli attori della Rete cittadina antiviolenza che hanno siglato un protocollo d'intesa in cui si impegnano, formalmente ed ufficialmente, allo sviluppo delle attività specifiche per ogni ente (aumento delle competenze di chi interviene e messa a punto di strategie e procedure efficaci ed integrate) e di quelle condivise con gli altri protagonisti della rete (confronto, condivisione di procedure e scambio di buone prassi). La Rete continuerà il suo lavoro, realizzando un piano annuale di programmazione, integrandosi con tutti i progetti realizzati a livello regionale o nazionale (come il Numero Telefonico Unico -1522- "Antiviolenza Donna" della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità, servizio multilingue, attivo 24 su 24 per problemi di violenza e maltrattamenti, servizio gratuito) sul tema della violenza di genere verso le donne. La Rete intende, inoltre, essere soggetto propositivo ed attivo di una concertazione locale che permetta la costruzione di un sistema di intervento focalizzato sulla violenza verso le donne, interagendo con enti locali ed agenzie specializzate al fine di produrre significativi cambiamenti sull'accoglienza e l'aiuto alle donne vittime di violenza.

SYNTHÈSE FINALE

ENVERS* LA RENCONTRE QUI ENGENDRE

Violence aux femmes et prise en charge sanitaire
Une étude croisée entre Palermo et Pescara

Projet Daphne II n. JAI/DAP/2004-2/054/WY

"V. e R. S. O.: intégration du réseau"

Le long travail de soutien aux femmes victimes de violence nous a emmené à mettre en évidence certaines données³⁰ – relevées des recherches Urban réalisées à Palermo et à Pescara concernant la perception, de la violence aux femmes, des hommes et des femmes, des professionnels/elles sociaux/ales, de santé, des forces de l'ordre. D'après cette enquête un tableau problématique d'action est apparu clairement, caractérisé par la presque totale absence des protocoles d'intervention spécifiques et une difficulté à aider pour l'émersion du phénomène, spécialement dans les territoires exposés au risque de la ville de Palermo, aussi que pour la réalité de Pescara.

Il est possible relever plusieurs problèmes qui rendent compte de cette sorte d'"aveuglement" des services pour ce qui concerne la violence aux femmes, qui encore aujourd'hui concourent à l'"invisibilité sociale" de la violence, surtout de celle qui se passe à l'intérieur de la famille. De plus, souvent une attitude de prise de responsabilité est exprimée par les femmes, ou même de culpabilité pour la violence soufferte, là où on repère la cause de la violence parmi les caractéristiques féminines (le charme ou le comportement émancipé, ecc.), et le manque de

* Le mot "envers" est la traduction du mot italien "verso", qui rappelle le nom du projet V.eR.S.O., c'est-à-dire *Violence et Réseaux Sanitaires Opératifs*.

³⁰ AA. VV., *Trovare le parole. Violenza contro le donne. Percezione e interventi sociali a Palermo*, Palermo, Ed. Antepima, 2001.

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

responsabilité masculin (les hommes sont faits d'une certaine manière, ils sont malades).

La violence conjugale ou extra-conjugale ne peut pas être abordé seulement du point de vue social ou psychologique, mais elle doit être jugée un problème de santé publique: l'OMS a mis en évidence que les femmes victimes de violence conjugale, par rapport à autres femmes, elles sont plus exposées au risque de contracter pathologies médicales, et que la prise en charge auprès d'un dispensaire d'une femme victime de violence coûte le double des frais par rapport à la prise en charge des autres patients. Souvent le médecin est le premier interlocuteur, sinon le seul, pour les victimes, et donc c'est lui qui peut favoriser, si spécialiste et à connaissance des conséquences de la violence, qui peut contribuer efficacement à la manifestation de la violence et à une prise en charge pluridisciplinaire. Les activités déroulées par le Centre d'Accueil Le Onde Onlus pendant les années, avec des professionnels socio-sanitaires, ont confirmé la diffusion du phénomène sur le territoire en tant que fait "normal", souvent excusé et toléré par un code culturel consolidé qui ratifie l'emploi de la violence aux femmes dans la gérance des dynamiques des relations familiales, et du couple, et qui, par conséquent, difficilement voit le jour en tant que fait social, et de la santé publique, sur lequel on pourrait intervenir de manière institutionnelle. Le silence des femmes est encore lourd surtout si elles n'ont pas une assurance pour ce qui concerne les espèces d'accueil et d'aide qu'elles peuvent recevoir. Comme preuve, on relève la reconnaissance et une action contre la violence seulement pour les situations plus "extrêmes", quand il n'y a pas d'autres possibilités qu'une intervention sur l'urgence, qui emmène d'un côté à la répression et de l'autre à la nécessité d'un soutien total au noyau résiduel.

Le Projet VeRSO a perçu un besoin en émergence par rapport à la remarque et au traitement du phénomène de la violence par les professionnels de santé, tant des premiers secours que de la médecine générale, et la nécessité d'une participation des institutions hospitaliers au réseau urbain antiviolence, afin de définir, régler et appliquer les bonnes pratiques d'intervention pour l'accueil et le traitement du phénomène, afin de le contraster en ce qui concerne la faible manifestation du même et afin de créer des parcours faciles de sortie de la situation de violence vécue par les femmes et les mineurs. Par conséquent, le but *in fieri* devient celui de développer des actions du système tendues à diffuser

parmi les professionnels de santé, spécifiquement ceux-là des premiers secours hospitaliers, la conscience et l'exigence d'une intervention efficace et intégrée avec la prise en charge des femmes victimes de violence, afin d'offrir un support approprié à adresser les femmes à ceux qui s'occupent du support social ou de la protection à elles-mêmes.

L'enquête naît de la recherche déroulée en France, de l'Institut de l'Humanitaire³¹, par l'entremise du Projet Daphne Vivio. Cependant, ce dernier-ci n'a pas représenté les fondements pour une simple duplication ni pour une comparaison précise, mais au contraire un encouragement et un terrain de comparaison, ainsi que l'arrière-plan pour rapprocher des pratiques et des protocoles d'intervention adoptés dans le domaine sanitaire en présence d'épisodes de violence.

Les actions de recherche parcourues, dans le Projet Daphne VeRSO, sont pareilles et à la fois spécifiques du contexte italien, dans les limites des territoires urbains des villes de Palermo et Pescara. Les deux aires ont été choisies sur les istances qualitatives qui, pour ce qui concerne le chef-lieu sicilien, concernent l'expérience mûrie pendant le travail avec les femmes victimes de violence de genre de l'Association Le Onde UDI Onlus, engagée depuis toujours dans la pratique de la consultation et de l'accompagnement envers des parcours de sortie de la violence. Par contre, à Pescara la présence d'un réseau de services qui intervient dans les situations de violence aux femmes, déjà opérationnelle précédemment le début du parcours de recherche, ceci a fait choisir la possibilité d'essayer le modèle de constitution même dans la perspective de dissémination dans d'autres territoires à enquêter.

De manière particulière, le réseau est en mesure de mettre en route et coordonner les forces de l'ordre urbaines, la structure hospitalière de la ville, les planning familiaux, les organismes plus significatifs de l'association féminine et une série entière d'autres organisations, institutionnelles ou non, aptes à dérouler des interventions professionnelles sur les victimes de violence.

³¹ Dans le projet du partner français le but de la recherche se concentrait entièrement sur l'évaluation de la prise en charge médicale par rapport aux événements de violence intrafamiliale (la violence entre les conjoints et les conséquences sur les fils dans la famille). Le but de l'entière structure voulait être une amélioration des procédures médicales ainsi que l'apport des correctifs sur les pratiques appliquées pour la résolution des cas de violence.

De toute façon, on a repris un modèle de recherche déjà mis à l'épreuve par l'expérience française pour connaître et évaluer la capacité de prise en charge des structures sanitaires territoriales, des victimes de violence, afin de définir mieux le rôle de qui agit dans le domaine sanitaire et de renforcer les capacités des réseaux locaux.

Pour ce qui concerne tant les temps imposés par l'organisation du Projet VeRSO, que les ressources disponibles, plus que traduire mécaniquement les questionnaires a été nécessaire les interpréter et les adapter à la réalité nationale italienne et aux territoires enquêtés. Certaines modifications ont été nécessaires, même du point de vue méthodologique, pour que l'instrument pouvait mieux répondre au type d'enquête et aux problèmes spécifiques à relever, donc en définissant à nouveau une partie des objectifs spécifiques de la recherche. En tant qu'exemple, alors que pour la recherche déroulée en France le questionnaire adressé aux professionnels de santé était rempli par les mêmes après avoir consulté auprès du service une femme maltraitée ou avec le soupçon d'un mauvais traitement, donc à travers la technique de l'auto-rédaction "à chaud", dans l'enquête déroulée en Italie les questionnaires ont été effectués à travers des entretiens adressés à un échantillon défini. On a aussi ajouté une variable importante, posée exclusivement sur une méthodologie qualitative, aussi que les entretiens semi-structurés menés avec un échantillon de femmes qui ont vécu la violence à la première personne.

Le questionnaire devait être en mesure d'enquêter s'il y avait et laquelle était la perception, mais aussi la capacité de relever et de lire la violence à travers le rôle que les médecins, les infirmiers, les gynécologues exercent journallement auprès des structures sanitaires. Après, identifier, repérer, évaluer si et comment se produit la prise en charge médicale, sans aucune référence à un temps ou un lieu spécifique.

Notre but a été celui de regarder à la généralisation, au "d'habitude", percevoir des attitudes, des comportements, des caractères professionnels du personnel sanitaire, même si à travers un échantillon borné. Donc, dans cette recherche les réponses données concernent la plus récente, emblématique expérience à laquelle la personne interviewée peut se référer.

L'échantillon des femmes victimes de violence (45 en tout à Palermo et Pescara) a été choisi auprès du Centre Antiviolenza et du Planning familial à Palermo, auprès du Planning familial à Pescara; de plus,

l'attention a été adressée tant à des femmes italiennes qu'à des femmes étrangères qui séjournent dans le territoire objet de l'enquête, surtout à Pescara.

Pour ce qui concerne la formulation des questions on a fait un changement important, en modifiant l'expression "violence conjugale" en "violence aux femmes, tant à l'intérieur de la sphère affective-familiale qu'à l'extérieur".

C'est évident, selon les données indiquées, il ne s'agit pas d'échantillons qui représentent la population féminine, mais d'une enquête concernant un problème spécifique qui peut permettre de réfléchir et consentir une suivante recherche plus approfondie. Pour ces raisons-ci l'enquête a été complétée et enrichie par des entretiens qualitatifs, rassemblées par rapport à une grille semi-structuré, employés afin d'approfondir avec les femmes maltraitées les sujets de la violence et de l'emploi des services sanitaires ainsi que dans l'introduction du chapitre concernant ce sujet a été expliqué.

En bref, le projet italien a donc sectionné le travail pratique en trois chaînons: distribution d'entretiens et d'un questionnaire à un échantillon de professionnels/elles de santé; distribution d'entretiens à femmes victimes de violence; une connaissance plus profonde du sujet "violence", à travers des entrevues avec des femmes qui ont accepté de revivre l'événement traumatique/violent vécu en le racontant selon une trame de questions à la perspective autobiographique.

Pour ce qui concerne les deux premiers chaînons de la recherche on a employé des instruments essentiellement structurés afin d'enquêter tant sur les professionnels de santé que sur les femmes, sur le type d'intervention des services sanitaires concernant le problème de la violence, sur les modalités de mener la résolution des cas.

Le dernier *step* méthodologique qui, de quelque manière, différencie le travail italien du travail français, concerne le choix de achever l'analyse du "phénomène" selon le critère des études des cas à niveau urbain.

La première phase de la recherche a donc enquêté le point de vue des professionnels/elles de santé. Les données ont été rassemblées dans un seul ensemble (50 cas), sous la forme d'une analyse comparative entre les réponses des femmes et des hommes et entre les deux villes échantillons. Spécifiquement à Palermo on a entendu les déclarations de 30 professionnelles (16)/els (14) de santé des services, tandis que dans la

ville de Pescara on a mené 20 entretiens (10 hommes et 10 femmes) à la même typologie de professionnels. Il s'agit de personnel à l'expérience consolidée puisque tant à Palermo qu'à Pescara plus de la moitié des personnes interviewées travaille auprès de ce service-là depuis plus de dix ans.

Pour ce qui concerne le 40% des cas les professionnelles/els de santé ont connu des cas de violence parce que les femmes mêmes en ont parlé spontanément. Cette donnée découle principalement des entretiens aux hommes et c'est le même dans les deux territoires échantillons. Un pourcentage un peu plus inférieur soupçonne la violence, selon les réponses, en légère majorité, des témoignages des femmes.

Les hypothèses naissent surtout de l'observation du comportement de la patiente; une sensibilité que principalement les femmes interviewées attribuent à elles-mêmes.

La typologie prédominant de violence relevée par le personnel sanitaire interviewé, selon le 37% des cas, est psychologique, repérée de manière plus attentive par les témoins femmes, tandis que, selon le 35% des cas, il s'agit d'épisodes violents perpétrés sur le corps des femmes signalés par les hommes et les femmes interviewés.

Ensuite, il y a les épisodes de violence sexuelle et verbale, signalés plus fortement par les femmes qui travaillent auprès des services sanitaires. Les lésions traumatiques provoquent, selon un tiers de l'échantillon, le choix de s'adresser au service socio-sanitaire; ensuite, pour ce qui concerne Palermo, il y a les problèmes concernant les affections aux génitales, les grossesses ou les fausses-couches; tandis qu'à Pescara on signale, de manière plus évidente, le malaise psychologique.

Ces femmes-ci s'adressent aux services sanitaires principalement grâce à leur capacité d'orientation pour une résolution du problème qu'elles vivent, puisque personne a indiqué le service, selon la moitié des réponses des professionnels/elles de santé.

On comprend, donc, que, pour la typologie des violences relevées, le traitement ordonné par les professionnels/elles interviewés soit, selon à peu près la moitié des cas, un traitement de thérapie locale pour soigner les lésions et les traumatismes soufferts, une réponse gynécologique ou une thérapie analgésique (16%) vient indiqué à un peu moins d'un cinquième des situations.

Une solution pharmacologique au malaise psychique vient indiqué par moins d'un dixième de l'échantillon.

Parmi ceux qui s'adressent au plan de sécurité, la plupart des certitudes d'aide viennent du fait d'appeler les forces de l'ordre.

Parmi ceux qui ne conseillent pas aucun type de contexte de protection (la majeure partie du personnel sanitaire interviewé), la raison que les situations observées n'ont pas besoin de mesures de prudence l'emporte, et c'est une opinion principalement des femmes. Mais il y a aussi un pourcentage qui a estimé n'était pas une compétence du personnel sanitaire; dans ce cas c'est un comportement principalement des hommes. Plus fréquemment on conseille aux femmes de s'adresser aux structures sanitaires – en tout un cinquième des réponses – principalement gynécologie, mais psychiatrie aussi ou médecine d'urgence. Ensuite, il y a le recours aux forces de l'ordre. Un pourcentage du 13,7% conseille un/e psychologue, et seulement le 8,2% encourage à faire recours à des associations de femmes qui luttent contre la violence ou de toute façon à des structures en mesure d'offrir hospitalité (5,5%). Pour ce qui concerne les situations pour lesquelles le personnel soupçonne des cas de violence, sans "certitude", un pourcentage des professionnels/elles reste inactive, au point qu'on ne conseille pas aux femmes de s'adresser à des structures qui peuvent les soutenir et les aider.

Pour ce qui concerne les activités des interviewés/ées, une variable importante est représentée par les difficultés qui, de quelque manière, empêchent le déroulement de l'entrevue avec les patientes. Plus fréquemment un lieu tranquille où faire l'entrevue manque, ensuite la présence du *partner* et/ou accompagnateur de la femme constitue un dérangement. La dernière question de l'enquête adressée aux professionnels/elles de Palermo et de Pescara voulait, dans ses intentions, rassembler des jugements de valeur concernant le travail d'accueil et d'entrevue avec les femmes victimes de violence. La réponse la plus significative, qui concerne les deux tiers des cas analysés (le 64%), témoigne plus un sentiment d'impuissance qu'une pratique consolidé de travail, et c'est une réponse donnée, de manière incisive, surtout par les femmes.

La deuxième phase de la recherche avait le but d'enquêter le point de vue des femmes victimes de violence qui ont hésité dans les parcours sanitaires. On a interviewé 45 femmes victimes de violence, de 20 à 54 ans. A l'intérieur de l'échantillon, principalement composé par des

femmes italiennes, il y a un pourcentage, le 15,6%, de femmes nées à l'étranger qu'aujourd'hui vivent en Italie. La majeure partie des interviewées a des fils (82,2%), de laquelle la majeure partie a des fils qui ont moins de 14 ans.

Les femmes victimes de violence se sont adressées surtout aux services du premier secours et aux planning familiaux, ce que est évident parce que presque toutes les interviewées dénoncent une violence physique. Plus fréquemment le responsable des maltraitements, tant de nature verbale que physique, psychologique et économique aux femmes, est le mari ou l'ex-mari et, en second lieu, le partenaire avec lequel la femme vivait. Les formes de violence des interviewées souvent sont nombreuses, à celle physique s'associent la violence psychologique et, sans doute, d'autres encore, de type sexuel, verbal et économique.

Les professionnels/elles qui ont représenté un point d'abordage et auxquels les femmes ont confié leur souffrance sont, presque toutes, surtout des médecins, tant de médecine générale que spécialistes, et psychologues.

Les difficultés et les peurs, exprimées par les femmes, à parler d'une condition de violence vécue, ce sont dues souvent à des résistances personnelles, en premier lieu la honte qui vient du fait d'en parler, avec l'anxiété et la douleur dérivées du récit. En second lieu la crainte de possibles rétorsions de la part de celui qui maltraite, qui conditionne ou menace préalablement la victime afin de l'empêcher de révéler la vérité ou que, parfois, à travers sa présence à l'entrevue, peut limiter sa liberté.

Presque la moitié des interviewées soutiennent de ne pas savoir le type d'aide offert par les structures présentes dans le territoire ou de ne pas connaître les modalités pour consulter les services.

De plus, dans certains cas, une attitude de faible confiance aux professionnels des structures auxquelles on s'adresse se manifeste, peut-être dû à l'insuffisante connaissance des services. Particulièrement, quelques-unes des interviewées craignent qu'en dénonçant la vérité puisse suivre une communication à la police ou aux services sociaux et un pourcentage exigü craint qu'on puisse vérifier une implication directe du *partner* ou de l'agresseur en général.

Une question enquêtait sur le premier lequel avait abordé le sujet de la violence pendant l'entrevue. En général, dans tous les deux les territoires, ce sont les femmes. Mais, majeur, parmi les interviewées en Sicile, le pourcentage de celles qui ont indiqué des professionnels/elles

capables d'aborder le sujet de la violence. De plus, les réponses de tous les deux territoires pour ce qui concerne l'attitude que les différents professionnels ont adopté envers les victimes sont positives: essentiellement, on n'a pas mis en doute la véracité du récit de la femme et sa protection.

Presque toutes les femmes de l'échantillon ont souhaité que les professionnels/elles de santé puissent prendre en charge leur condition et qu'elles puissent se mettre en relation avec un ensemble d'interlocuteurs tant institutionnels (forces de police et organes judiciaires, centres antiviolence) que familiaux (la mère, les parents...). Seulement, dans des cas rares, on a espéré que le personnel sanitaire puisse agir sur le *partner* afin de changer ses modalités violentes de relation.

Parmi les différents spécialistes ceux qui sont entrés le plus en contact avec les problématiques de la victime et ont su l'aider de quelque manière sont les psychologues, selon les interviewées.

Les raisons pour lesquelles les femmes affirment d'avoir reçu un aide par les différents/tes professionnels/elles de santé sont tout au plus de deux types: l'accueil, montré avec la disponibilité et le fait de ne pas mettre en doute le récit de la femme victime de violence, la prise en charge du cas et la recherche d'une solution du problème. La donnée prédominante émergente est donc un essentiel jugement positif concernant la réponse des services du territoire avec lesquels on est entré en contact. Un jugement qui se renforce si on entre dans le vif des réponses concernant la disponibilité des professionnels. Au sujet de ça, le jugement, selon une échelle "absolument pas disponible/très disponible", est absolument positif, parce que le 85,7% des femmes ont affirmé d'avoir rencontré des professionnels/elles très disponibles ou disponibles.

Il semble que la/le professionnelle/el de santé adresse la femme victime de violence principalement aux services de police et à l'activité judiciaire. Une donnée problématique sur lequel il est nécessaire réfléchir c'est le manque d'orientation dénoncé par un pourcentage substantiel des interviewées qui, donc, se sont trouvées encore plus seules après ce contact avec les services sanitaires.

L'état de santé des interviewées est considéré par elles-mêmes, dans le 45% des cas, très mauvais ou mauvais. Ce renseignement devrait être mis en relation, très probablement, à l'éloignement ou à la proximité temporel/elle par rapport aux épisodes de violence vécus. En effet cette donnée devient encore plus inquiétant si on le voit parallèlement aux

réponses à la question suivante, pour laquelle la violence vécue a contribué, dans le 67,7% des cas, à aggraver "beaucoup" les conditions de la femme, et dans le 26,7% des cas "assez".

La troisième et dernière phase de la recherche a été réalisée à travers douze entretiens d'approfondissement à femmes, de Palermo et de Pescara, qui ont été victimes de violence à l'intérieur de la famille principalement dans la relation conjugale. Les entretiens ont été effectués sur la base d'une grille semi-structurée dans laquelle l'histoire de la violence et le parcours de conscience qui a emmené à la demande d'aide ont été reconstruits sur le modèle des *tranches de vie*. On a essayé d'approfondir la connaissance des obstacles intérieurs et extérieurs qui ont empêché ou retardé la dénonciation de la violence surtout pour ce qui concerne le rapport avec les structures sanitaires, tant du premier niveau (premier secours) que du second niveau (médecine générale, spécialisé, planning familiaux, services de santé mentale, centres antiviolence et d'autres encore). L'échantillon des femmes interviewées à Palermo a été repéré parmi les femmes qui avaient achevé déjà depuis longtemps leur parcours d'aide. Leur contribution a été essentielle afin de pouvoir reconstituer les effets à long terme de l'intervention réalisée envers les femmes. Pour ce qui concerne les entretiens réalisés à Pescara, il s'agit de femmes en majeure partie qui ont été prises en charge et adressées pour les entretiens par le planning familial urbain auprès duquel elles ont commencé un parcours de consultation juridique, psychologique et sociale.

Les entretiens à Palermo

Les histoires de vie rassemblées décrivent les différentes typologies de violence, de celle verbale à celle psychologique, à celle physique, sexuelle et économique. La majeure partie des femmes, en vivant leur expérience de mauvais traitement sont entrées en contact, même plus d'une fois, avec les premiers secours de la ville de Palermo, et, dans un cas, même au dehors de la province, tant pour les conséquences directes de la violence physique vécue que pour les effets indirects (les symptomatologies de type physique, psychique, les tentatives de suicide).

En aucun cas les femmes reçues au service d'urgence ont eu la possibilité de jouir d'un lieu d'écoute en absence de l'agresseur, fréquemment accompagnateur de la femme, ni les femmes ont pu avoir les renseignements concernant les services du territoire en présence d'une

évidente situation de violence vécue par la femme, au delà de l'indication générique de s'adresser aux organes judiciaires compétents. Dans quelques cas, pendant la période d'hospitalisation, on a eu la possibilité d'entrer en contact avec les psychologues et les psychiatres, sans une suivante prise en charge réelle. Les femmes se sont adressées aux services sociaux, au centre antiviolence ou à la psychothérapie privée de manière tout à fait accidentel ou à travers le passe-parole d'une/un amie/i qui connaissait directement le centre antiviolence. A travers la reconstitution du parcours des femmes, l'insuffisant ou totale absence d'un travail de réseau est évidente, particulièrement pour ce qui concerne le domaine sanitaire. Dans quelques cas les femmes ont été adressées aux services sociaux et de santé mentale du territoire avec lesquels le travail de mise en réseau, active à Palermo depuis quelques ans, commence à fonctionner, et les premiers effets positifs de cette pratique sont visibles.

Les femmes interviewées soulignent dans leur récit un parcours que les a emmenées graduellement à la reconnaissance des mauvais traitements soufferts. Un *processus* de nomination de la violence qui découle de la relation d'aide à l'intérieur de laquelle donner signification à leur expérience passée. A travers les entretiens on a voulu enquêter sur les raisons qu'ont empêché ou qu'empêchent aux femmes de dénoncer les violences souffertes, de faire une dénonciation pas seulement à travers un exposé aux forces de l'ordre, mais en faisant sortir des *chambres secrètes* le problème de la violence même avec d'autres professionnels. Particulièrement on a approfondi la connaissance des peurs, des craintes, des préoccupations des femmes pour ce qui concerne les professionnels/elles de santé (le personnel médecin et paramédical, les psychiatres et les psychologues) qui ont rencontré pendant leur parcours.

Parmi les craintes principales des femmes interviewées, en approfondissant une donnée qui se dégage des questionnaires de la première partie de la recherche, il y a la crainte des rétorsions du mari/partenaire et la préoccupation de causer des dommages à leur fils/illes.

Une analyse profonde relève, derrière cette préoccupation, un sentiment de honte éprouvé par les femmes en présence de l'éventualité de dénoncer les violences, après l'écroulement de l'apparent unité familial. On craint, de plus, l'intervention, des institutions vécu de manière très persécutive et punitive, concrètement avec la soustraction de la garde des fils/illes, et donc le fait d'être jugées mères mauvaises, parce

qu'elles ont soustrait le père aux fils/illes, elles ont trahi l'idée d'une famille unie, elles sont mères seules. Les femmes interviewées qui ont achevé un parcours interprètent de cette manière leurs craintes à dénoncer les violences liées à un ensemble de préjugés et de stéréotypes concernant la vision de la famille qu'elles ont intériorisé. La famille vue comme un lieu duquel rien peut sortir sous peine du lourd jugement extérieur, et tout doit être étouffé. La peur de n'être pas autonomes se manifeste, de ne pas avoir ressources et relations positives auxquelles puiser pour sortir de la violence, de ne pas pouvoir "tirer le diable par la queue", faire face aux fils, à la maison.

Les femmes paraissent piégées des peurs, réelles, mais aussi exagérées du vécu intérieur à la violence. Un aspect considérable, pour les buts de cette recherche, enquêté à travers les entretiens, a été celui concernant la perception que les femmes ont de leur état de santé psycho-physique, en corrélation à la situation de violence vécue dans la relation. De plus la manière dans laquelle l'état est changé après l'interruption de la relation violente. En tout il y a une donnée en commun à toutes les femmes interviewées, c'est-à-dire un malaise physique et psychique répandu, aussi que des recherches et des études à différents niveaux et contextes confirment. Les effets de la violence soufferte sur la santé des femmes sont en effet considérables. Effets principaux liés aux conséquences directes sur le corps des violences physiques et effets secondaires, liés aux dommages psycho-physiques pour l'exposition répétée à des situations d'impact traumatique. Les symptômes manifestés par les femmes ont dicté plusieurs occasions de rencontre avec professionnels de santé sans qu'en découle la possibilité de rendre visible la violence et de la corréler au malaise manifesté, afin de pouvoir de cette manière exposer des solutions efficaces au problème. Pour ce qui concerne la prise en charge sanitaire (médical/psychiatrique/psychologique) analysée du point de vue des femmes qui ont vécu une expérience de violence, les entretiens mettent en évidence que l'efficacité de l'intervention n'est pas corrélée par les femmes au genre du/de la professionnel/elle rencontré/ée. Dans les situations où la femme relève un climat d'écoute et une réponse efficace, cette donnée lui semble indépendante du sexe du/de la professionnel/elle avec lequel/laquelle elle a parlé. Selon la perspective des femmes, des aspects liés au hasard de la rencontre avec des personnes plus ou moins sensibles aux problématiques de la violence et à un sondage médical humanisé semblent plus considérables. Selon la

perception des femmes, parmi les professions sanitaires, les psychologues et les professionnels du centre antiviolence se distinguent pour l'efficacité pendant l'intervention. La préférence pour le/la psychologue, étant tout au plus une profession féminine, et pour les professionnelles du centre antiviolence met en évidence la valeur positive donnée inconsciemment au genre par les femmes. En effet il semble qu'elles se confient plus aisément et se sentent à la fois mieux aidées par les psychologues et les professionnelles d'accueil. D'autre part cette donnée est confirmée des résultats du questionnaire pour lesquels il y a à la deuxième place juste la typologie professionnelle des psychologues parmi celles à lesquelles les femmes se sont adressées pour demander de l'aide. Toutes concordent sur les résistances des professionnels/elles à poser des questions afin d'explorer les dynamiques de relation, en présence de visibles signaux physiques et d'incohérences dans le récit des violences physiques ou par rapport à des tentatives de suicide. En aucun cas l'aménagement de l'accueil au premier secours hospitalier a réservé un lieu et un temps privilégiés d'écoute et d'enquête sur les raisons des blessures et/ou des lésions souffertes. Auprès d'autres aménagements, par exemple pendant les consultations auprès du propre médecin généraliste ou pendant n'importe quelle consultation spécialisée, alors que le point de force est le lieu et le temps en tant qu'éléments principaux d'une intervention efficace, les résistances des professionnels ont eu le dessus en empêchant que la violence se relève.

Dans d'autres cas les pratiques ont été inefficaces. Les femmes interviewées parlent d'un long parcours entre les hôpitaux, les services sociaux et les planning familiaux, sans aucune stratégie commune proposée pour aborder le problème de la violence. Alors que le problème a été reconnu, souvent parce que déclaré par les femmes avec la demande explicite d'une aide, les solutions proposées se sont quelquefois référées au modèle de la médiation familiale et/ou thérapie du couple, que difficilement dans les cas de violence domestique obtient de bons résultats. Le point de force de la prise en charge est la valeur de la relation et d'un *setting* sûr pendant le temps, tant à l'intérieur d'un contexte public que dans le privé, en deux et/ou en groupe. Le fait de comprendre l'importance de commencer de soi-même pour changer propre situation de vie. De plus la possibilité d'activer les ressources (l'hospitalité, l'intégration de travail, le soutien dans le parcours juridique de séparation). Il est évident qu'une gérance intégrée entre les différents

acteurs socio-sanitaires et institutionnels impliqués dans le parcours de sortie de la violence manque encore. L'efficacité de l'intervention reste en grande partie confiée à la rencontre avec chacun/e des professionnels compétent et renseigné sur les services qui existent pour les femmes victimes de mauvais traitements, donc il y a encore un parcours laissé au hasard.

Les entretiens à Pescara

Dans la ville de Pescara la donnée caractéristique c'est que les femmes s'adressent aux services sanitaires pas seulement d'une manière pas sélectionnée, mais quand la condition physique ne peut pas s'en passer. Pour adresser la demande d'aide les choix des femmes ont des temps et des modalités différents et, presque dans la totalité des cas, le centre de consultation c'est le milieu le plus fréquenté; évidemment ceci pèse sur le type d'aide que les femmes reçoivent pour ce qui concerne le parcours de sortie de la violence, simultanément presque toujours avec les entrevues et les thérapies psychologiques de durée pluriannuel. Cette donnée est intéressante, surtout si on considère le résultat final rejoint par les femmes concernant leur majeure conscience de l'expérience vécue mais ce type d'aide a aussi des aspects négatifs. D'abord, parce que révèle une presque totale absence, par les professionnels des services sanitaires, d'un travail synergique de réseau afin d'impliquer personnel d'autre type par rapport à celui du service sanitaire impliqué par la victime; le second élément que se distingue de manière évidente et que nous désirons souligner c'est l'élevé degré de souffrance physique et psychique auxquelles les femmes arrivent avant d'adresser la demande d'aide. Souvent les répercussions de la violence soufferte sur l'état de santé constituent "la goutte qui fait déborder le vase", qu'emmène les femmes à se rendre compte que continuer la vie menée jusqu'à ce moment-là est insoutenable. Parmi les cinq femmes, même si à les histoires différentes pour le *status*/rôle et l'âge, on peut vérifier les mêmes dynamiques d'approche aux services et aux professionnels/elles, surtout pour ce qui concerne la peur, la honte du vécu et la terreur qu'on puisse en parler à l'agresseur; l'estime que les femmes ont des professionnels/elles confirme cette très grande malaise.

Certainement, pour toutes la rencontre avec les professionnels des services (en effet, ce sont toutes femmes les professionnelles avec lesquelles les femmes commencent à suivre, ou ont suivi, un parcours de

sortie de la violence) a amené une amélioration de la situation concernant le renforcement de la conscience de la violence soufferte que, presque pour toutes, signifie une volonté de changement. Selon les entretiens réalisés à Pescara, le milieu le plus enquêté c'est le planning familial public où les femmes ont suivi ou suivent thérapies psychologiques. Il est possible relever dans tous les cinq cas un fort engagement affectif et, surtout, une longue période de silence, dans laquelle elles ont vécu en souffrant avant de la décision d'adresser la demande d'aide. Des récits se distinguent donc, au moins pendant la phase initiale de la relation, un manque de conscience des abus soufferts aux termes de crime contre la personne. Si la perception et la reconnaissance de la violence sont souvent, après des longues et épuisantes négations, relégués dans le silence, quand la violence ne peut plus être niée à soi-même, en dehors des autres, quand l'état de santé psycho-physique dégénère souvent dans des conditions de gravité extrême, les femmes 'rompent' le silence en laissant sortir la demande d'aide.

Réflexions conclusives

Le travail d'enquête déroulé à l'intérieur de ce projet a été long. On a mis en évidence beaucoup de raisons pour lesquelles les acteurs et les agences sanitaires sont dépourvus dans le repérage et dans l'intervention contre la violence aux femmes: le manque des ressources, la faible connaissance des dynamiques du phénomène, l'insuffisante méthodologie, les mécanismes de défense des professionnels/elles; on doit ajouter la variable du seuil de la tolérance institutionnelle à la violence. Amoindrir la portée de la violence, en estimant "physiologique" l'épisodique agression dans la sphère du privé du couple, ou définir génériquement "état conflictuel du couple" l'action violente du *partner* masculin, ou encore rechercher dans la victime, dans son comportement et/ou dans sa psychologie, les causes de la violence, ceci fait naître le *processus* que, dans les derniers ans, a été défini de culpabilité secondaire.

Etroitement liée à ce que nous avons dit c'est, à la fin, le problème dramatique du silence des victimes que, à cause du manque d'un réseau de soutien (le soutien culturel, la solidarité, les réponses d'empathie, mais aussi des aides matériels, les soutiens économiques et les contextes efficaces à assurer la sécurité) qui favorise le 'dévoilement' de la violence soufferte, continuent à ne donner pas la parole et la visibilité au

phénomène, cet ensemble de facteurs demande la responsabilité du système d'intervention par rapport à l'accueil de qui vive la violence. On peut donc parler d'une méconnaissance sociale de la violence, même dans le quotidien auquel on se réfère.

Nous pourrions dire aussi que le système d'intervention n'a pas encore fait propre la nouvelle représentation sociale de la "victime de violence" et on a la tendance à ne définir pas les instruments et les méthodologies concernant le problème. Cette faille de pertinence des organismes, des services et des agences présents dans le territoire, met en relief que la volonté individuelle ne peut pas, même dans ce cas, transformer l'existant et qu'il est très nécessaire repérer des actions de système (sensibilisation et formation des professionnels/elles de santé, pratiques d'intervention standardisé et partagés, travail d'équipe pluridisciplinaire) qui permettent de développer des stratégies meilleures afin d'aborder les problèmes liés à la violence.

Traduzione a cura di
Loredana Pellegrino

Finito di stampare
Presso la Tipografia ALBA - Palermo
nel mese di Aprile 2006