

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

Facoltà di Scienze della Formazione

Corso di Laurea in Servizio Sociale

TESI DI LAUREA

**VIOLENZA DI COPPIA:
UNA RICERCA EMPIRICA IN PROVINCIA DI BELLUNO**

Relatore: prof. Danilo FUM

Correlatore: prof.ssa Patrizia ROMITO

Laureanda: Rosa CIOCIANO BOTTARETTO

Anno Accademico 2000/2001

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
PARTE PRIMA	
IL FENOMENO DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE.....	6
1) COS'È LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE.....	6
2) TIPOLOGIE DI VIOLENZA.....	8
3) LA VIOLENZA DOMESTICA	9
1) Dinamiche.....	9
2) Stereotipi e luoghi comuni.....	13
3) Conseguenze della violenza domestica.....	16
4) IL PERCORSO DI RICERCA DI AIUTO DELLE DONNE.....	18
5) MISURE IN ATTO PER CONTRASTARE LA VIOLENZA MASCHILE.....	21
6) RISPOSTE ISTITUZIONALI ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE IN ITALIA. .	23
PARTE SECONDA	
LA RICERCA PRESSO GLI AMBULATORI DEL COMUNE DI PONTE NELLE ALPI (BL).....	26
1) L'IDEA DELLA RICERCA.....	26
2) L'ELABORAZIONE DEL MODELLO DI RICERCA.....	28
1) La scelta del territorio e del campione.....	29
2) La costruzione del questionario.....	30
3) La prova del questionario.....	31
4) Aspetti logistici.....	32
5) Reperimento di finanziatori per la ricerca.....	33
3) IL PROGETTO DI RICERCA PRESENTATO ALLA U.L.S.S. n.1 DI BELLUNO.....	35
1) I risultati attesi e la verifica.....	37
2) I costi della ricerca.....	37
3) I tempi di realizzazione della ricerca.....	38
4) SIGNIFICATO E RUOLO DELLA FIGURA DELL' ASSISTENTE SOCIALE NELLA RICERCA.....	39
5) COMPOSIZIONE DEL QUESTIONARIO	43
1) Criteri generali.....	43
2) Il frontespizio del questionario e la parte anagrafica.....	44
3) La violenza subita nell'ultimo anno.....	47
4) La violenza subita nel corso della vita.....	47
5) Il ruolo del medico di base e lo stato di salute.....	48
6) FASE ATTUATIVA DELLA RICERCA	49
1) La pubblicità.....	49
2) Il manifesto per gli ambulatori.....	50
3) La somministrazione dei questionari.....	51

7) ELEMENTI SIGNIFICATIVI DALL'ANALISI DEL "DIARIO"	54
1) Le risposte all'iniziativa.....	54
2) La reazione delle donne all'iniziativa.....	62
3) I commenti e le discussioni negli ambulatori.....	64
PARTE TERZA	
I RISULTATI DELLA RICERCA.....	67
1) CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLE DONNE INTERVISTATE.....	67
2) LE PRINCIPALI FORME DI VIOLENZA.....	69
1) Nell'ultimo anno.....	69
2) Nel corso della vita.....	70
3) IL BISOGNO DI PARLARNE DELLE DONNE.....	71
4) I COMMENTI A FONDO DEL QUESTIONARIO.....	72
5) LA VIOLENZA DI COPPIA (DA PARTNER O EX PARTNER).....	76
1) Tipologia della violenza.....	76
2) Violenze singole o multiple.....	77
3) Distribuzione casi di violenza di coppia per ambulatorio.....	80
4) Caratteristiche socio-demografiche e violenza di coppia negli ultimi 12 mesi.....	81
5) Violenza di coppia e salute.....	84
PARTE QUARTA	
INTERVISTE A PERSONE CHE HANNO AVUTO UN RUOLO PUBBLICO NEL TERRITORIO DI PONTE NELLE ALPI.....	95
CONCLUSIONE.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	105
ALLEGATI.....	107

INTRODUZIONE

La violenza contro le donne è un fenomeno molto diffuso nelle nostre società, di cui si è cominciato a parlare apertamente da poco più di vent'anni.

Oggi viene considerato, anche se in modo insufficiente e lacunoso, come un grave problema sociale e si cercano delle forme di intervento per eliminarlo o ridurlo.

Questa tesi nasce proprio a conclusione di un percorso di ricerca nato e sviluppatosi a livello locale per la conoscenza della diffusione del problema della violenza alle donne e in una prospettiva volta a porre basi concrete per l'elaborazione e lo sviluppo di interventi specifici per iniziare a farvi fronte.

Com'è facile intuire, non si è trattato di un lavoro individuale, quanto piuttosto di un'impresa di squadra, che ha visto la collaborazione di alcune valide professioniste e in primo luogo di donne sensibili che colgo l'occasione per ringraziare: la dott.ssa Patrizia Romito, che con il suo sostegno tecnico e la continua manifestazione di fiducia nei confronti di tutte le collaboratrici, ha reso realizzabile tale progetto di ricerca; la dott.ssa Margherita De Marchi, energica ideatrice e promotrice dell'iniziativa, che non si è lasciata sopraffare dagli innumerevoli ostacoli cui si è trovata di fronte; la collega e amica A.S. Michela Tavi, presenza 'presente' in ogni passo di questa avventura, che con la sua tesi di laurea ha approfondito il problema della violenza in ambito familiare, ad integrazione di quanto trattato in questa tesi circa la violenza di coppia. Per non dimenticare poi la dott.ssa Roberta Gallego, magistrato presso la Procura di Belluno, la dott.ssa Daniela Gerin di Trieste e tutte le donne che finanziando, sostenendo o partecipando in prima persona alla ricerca, ne hanno comunque costruito una parte.

Ecco, quindi, il filo rosso di questa tesi.

Dopo una breve presentazione del tema della violenza (**parte prima**), si passa ad analizzare nel dettaglio la ricerca effettuata presso gli ambulatori medici del Comune di Ponte nelle Alpi (BL), soffermandosi sul modello di ricerca adottato, le varie fasi messe in atto e le reazioni che sono scaturite dall'iniziativa (**parte seconda**).

Nella **terza parte**, vengono quindi presentati i risultati della ricerca relativamente al fenomeno specifico della violenza di coppia.

La **quarta parte** del lavoro consiste, infine, in una comparazione dei dati emersi dalla ricerca (somministrazione dei questionari) con quelli rilevati da alcune interviste aperte effettuate a persone che hanno svolto un'attività lavorativa significativa riguardo alla realtà della violenza alle donne nel territorio del Comune di Ponte nelle Alpi.

PARTE PRIMA

IL FENOMENO DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

1) COS'È LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

La definizione di che cosa costituisce violenza alle donne è un'operazione da contestualizzare all'interno di un ambito culturale e temporale definito.

Fino a non molti anni fa, ad esempio, in molti Paesi Europei vigeva ancora la cosiddetta clausola dell' "esenzione coniugale", l'eccezione per la quale lo stupro compiuto dal marito ai danni della moglie non era considerato un reato: tale norma è rimasta in vigore fino al 1991 in Olanda, fino al 1994 in Inghilterra e fino al 1997 in Germania, ed è tuttora in vigore in molte parti degli Stati Uniti (Romito, 2000a).

Anche in Italia, il "delitto d'onore", che riconosceva di fatto il diritto di un uomo — marito, padre o fratello — di uccidere una donna della famiglia se giudicava che ne avesse leso l'onore, è stato abrogato solo nel 1981.

Si tratta di alcuni esempi che mettono in evidenza una condizione di inferiorità e subordinazione della donna ritenuta comunque naturale perché sempre esistita nella storia.

Solo a partire dagli anni '70, con il movimento femminista, questa tradizionale considerazione della donna ha iniziato ad essere messa in discussione, con un radicale cambiamento di prospettiva che ha posto la donna al pari dell'uomo nella condizione di essere umano. Da questa riflessione è emersa tutta la gravità e la diffusione del

problema della violenza alle donne, fenomeno che bisognava iniziare a contrastare attivamente.

Nacquero così i primi Centri Anti-violenza e i Rifugi per le donne picchiate, luoghi sia di accoglienza e sostegno che di elaborazione teorica e politica di questo fenomeno, non più letto in chiave psicologista (la violenza è agita dall'alcolista, dal nevrotico, dal maniaco; è subita da una donna masochista o da quella che se la va a cercare) o naturalistica (l'aggressività maschile è normale, è sana, è associata al testosterone, è funzionale alla riproduzione della specie). (Romito, 2000b)

Ancora oggi la violenza contro le donne è un problema presente nella maggior parte delle culture, anche se variano le forme e l'intensità con cui è espressa.

Nei Paesi cosiddetti sviluppati si parla di 'data rape' (violenza sessuale messa in atto in occasione di un appuntamento sentimentale), molestie sessuali, 'femicidio' (ovvero uccisione di donne esclusivamente perché donne), maltrattamenti, violenza domestica...

Nei Paesi più poveri, dove il valore sociale delle donne è molto basso, la violenza compiuta contro di esse assume delle forme ancora più estreme: alcuni esempi sono l'aborto e l'infanticidio maggiormente diffusi nel caso in cui il prodotto del concepimento sia femmina (Cina, India), la privazione di cure e di cibo riservata alle bambine e donne (Cina, Paesi dell'Asia del sud e occidentale, dell'Africa del nord), l'uccisione frequente, anche se scarsamente documentata, delle donne da parte del partner, aggressioni, stupri, molestie sessuali, matrimoni obbligati (Magreb), morti e lesioni dovute alla dote (India), mutilazioni genitali (Egitto, Somalia, Ciad, ecc.), riduzione in schiavitù, prostituzione coatta.

2) TIPOLOGIE DI VIOLENZA

Accomunati dalla volontà di mantenere un rapporto di dominazione nei confronti della donna, i comportamenti violenti possono essere raggruppati in alcune macro-categorie che di seguito vengono descritte nel dettaglio¹.

La **violenza fisica** consiste in aggressioni che comportano l'uso della forza. Ne sono alcuni esempi: spintonare, tirare i capelli, schiaffeggiare, dare pugni, calci, colpire con oggetti, strangolare, ustionare, ferire con l'uso di armi, causare mutilazioni genitali. La gravità delle lesioni fisiche può variare da ematomi, escoriazioni, ossa e denti rotti a lesioni permanenti fino alla morte.

Le **molestie sessuali** sono tutti quei comportamenti a sfondo sessuale di varia natura (che generalmente si verificano in luoghi pubblici e/o di lavoro) vissuti dalle donne come umilianti, degradanti, sgraditi: battute e prese in giro a sfondo sessuale, esibizionismo, telefonate oscene, proposte insistenti o ricattatorie di rapporti sessuali non voluti, palpeggiamenti e toccamenti a sfondo sessuale.

La **violenza sessuale** è qualsiasi atto sessuale imposto, che avviene contro la volontà della donna. Rientrano in questa categoria le aggressioni sessuali, lo stupro, l'incesto, la costrizione a rapporti sessuali umilianti e/o dolorosi, l'obbligo a prendere parte alla costruzione di materiale pornografico...

¹ Tratto da Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1999 a, b

La **violenza psicologica** è costituita da quei comportamenti che danneggiano l'identità e l'autostima della donna ovvero la sua possibilità di benessere, soprattutto se persistenti. Nonostante possa sembrare difficile individuarli in maniera definitiva, si tratta di manifestazioni frequenti come battute e prese in giro dirette ad umiliare, minacce e in particolare minacce di violenza, controllo delle relazioni ed isolamento, insulti e denigrazioni.

Può rientrare in questa categoria anche la cosiddetta violenza spirituale, ovvero la distruzione dei valori e della fede religiosa attraverso la ridicolizzazione; o la costrizione della donna con la violenza a comportamenti che sono contrari alle sue credenze o a non rispettare pratiche religiose prescritte.

Infine vi è la **violenza economica**, caratterizzata da comportamenti che tendono a produrre dipendenza economica o ad imporre impegni economici non voluti: controllo dello stipendio della donna o delle entrate familiari impedendole qualsiasi decisione in merito; obbligo a lasciare il lavoro o a non trovarsene uno; costrizione a firmare documenti o ad intraprendere iniziative economiche (anche truffaldine) contro la propria volontà.

3) LA VIOLENZA DOMESTICA

1) Dinamiche

Contrariamente all'immaginario comune che vedrebbe la donna al sicuro tra le pareti domestiche e a rischio di soprusi e violenza da parte di sconosciuti al di fuori di queste, si esprime M. Borland, riportando i dati emersi da ricerche effettuate sul tema.

"Statisticamente parlando, si è molto più al sicuro di notte, in strada, con un estraneo, che in casa, in seno alla famiglia, perché è qui che hanno luogo gli incidenti, gli assassini, la violenza. Gli incidenti domestici sono la causa più frequente di danni fisici." (Gonzo L, 1997)

Una forma di violenza preoccupantemente diffusa risulta essere, quindi, la cosiddetta 'violenza domestica²: con questo termine si intendono quelle violenze (fisiche, sessuali, psicologiche, economiche) che accadono generalmente all'interno della casa e vengono agite da persone con cui normalmente si convive. I dati provenienti da ricerche, condotte in vari paesi, dimostrano che nella maggioranza dei casi (dal 90 al 98%) gli autori di tali violenza sono uomini: padri, mariti, fidanzati, conviventi, ex partner, fratelli, figli.

Raramente si tratta di episodi isolati: le violenze sono quasi sempre multiple e ripetute e lo scopo è quello di esercitare potere e controllo sulla donna.

Inoltre, il lavoro con gli uomini violenti condotto negli Stati Uniti e in alcuni Paesi Europei (Inghilterra, Svezia, Norvegia) ha dimostrato che le modalità dell'esercizio della violenza raramente sono lasciate al caso o sono il frutto di scatti d'ira improvvisi o incontrollabili. I motivi più frequenti della violenza maschile, infatti, dichiarati dagli autori stessi, sono:

- la possessività e la gelosia;
- le aspettative riguardanti il lavoro domestico delle donne;
- la punizione per quello che si ritiene un loro comportamento sbagliato;
- un modo per riconfermare la propria autorità.

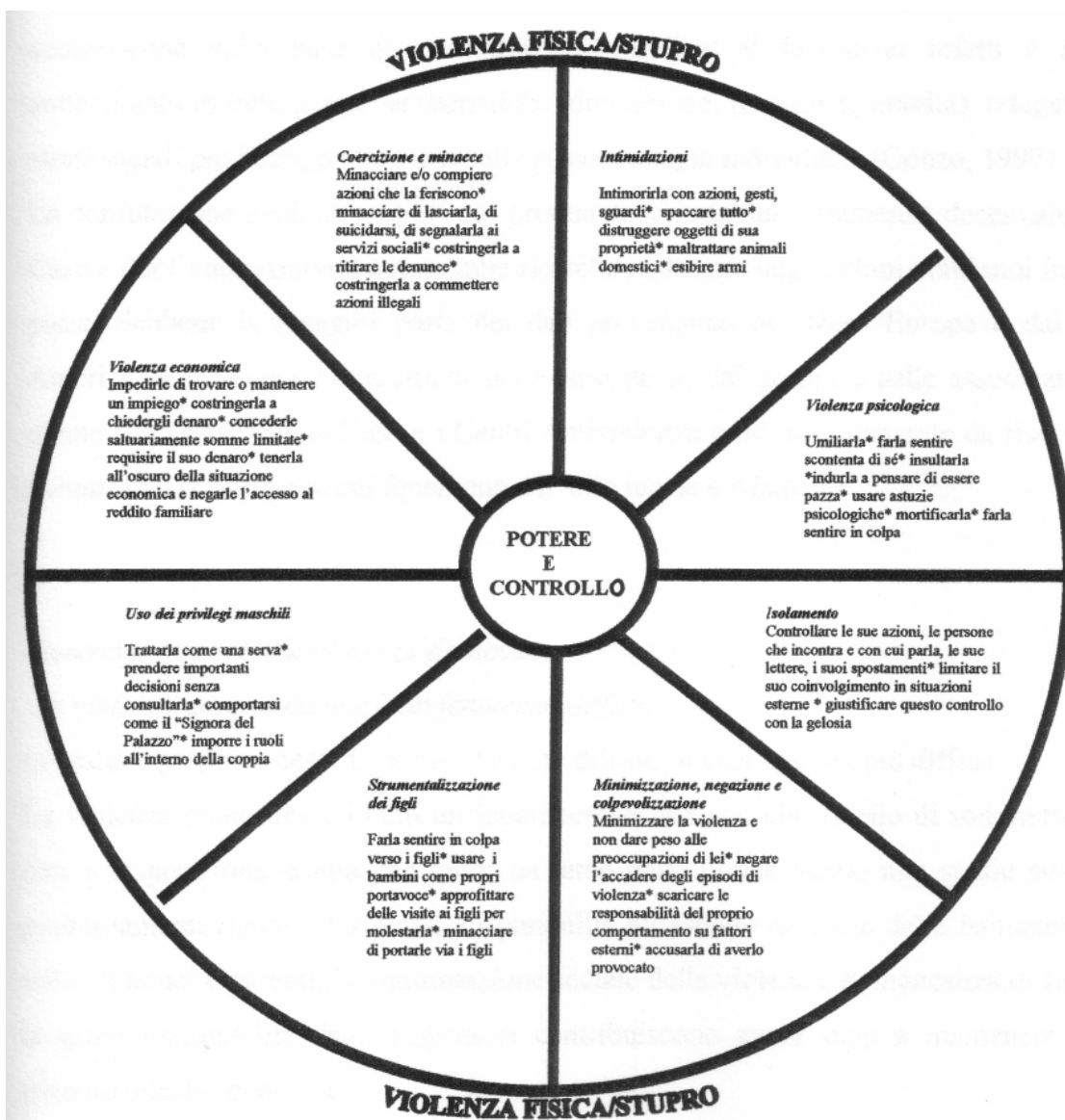
Le Case e i Centri Antiviolenza hanno elaborato un modello che descrive efficacemente la corrispondenza fra mascolinità e potere. Si tratta del modello della "Ruota del potere e del controllo", elaborato per la prima volta negli USA da un gruppo di donne

² Tratto da Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1999 a,b

maltrattate e di operatrici del "Progetto di Intervento sulla violenza domestica" della cittadina di Duluth in Minnesota.

Il grafico illustra la gamma eterogenea delle azioni di dominio e violenza fisica, sessuale e psicologica con cui il violento, all'interno di una relazione più o meno intima, può isolare, imprigionare e talvolta "controllare psicologicamente" la compagna. Questa raffigurazione mette in luce le corrispondenze fra comportamenti "normali" e quelli "devianti", cioè fra quei comportamenti che certi uomini considerano ovvi e "ammissibili" nei confronti delle donne, e la violenza. (Radford, 2000b)

La ruota del potere e del controllo



Tratto da Domestic abuse intervention project, Duluth Minnesota (da Radford, 2000)

2) Stereotipi e luoghi comuni

Nonostante le profonde trasformazioni culturali e politiche verificatesi a partire dagli anni '70 abbiano portato al riconoscimento dell'esistenza della violenza domestica e a nuovi modelli interpretativi di questa, ancor oggi molte delle opinioni correnti si costruiscono sulla base di stereotipi e pregiudizi: il fenomeno infatti è ancora sottostimato in tutte le sue caratteristiche (dimensione, frequenza, gravità), relegato agli strati sociali più bassi, o alla sfera della psicopatologia individuale. (Gonzo, 1997)

La confutazione degli stereotipi³ qui presentata si basa sull'esperienza decennale delle Case e dei Centri Antiviolenza e sulle ricerche realizzate negli ultimi vent'anni in molti paesi. Sebbene la maggior parte dei dati provengano dal Nord Europa e dal Nord America, essi vengono confermati nel nostro paese dai gruppi e dalle associazioni di donne che gestiscono le Case e i Centri Antiviolenza e più recentemente da ricercatrici italiane che si occupano del fenomeno a livello locale e nazionale.

Stereotipi relativi alla violenza domestica

La violenza domestica non è un fenomeno diffuso

In realtà è proprio questo un mito ad essere diffuso, o anzi uno dei più diffusi.

La violenza domestica è infatti un fenomeno sociale con alto livello di sommerso: dai dati a disposizione risulta che quasi un terzo delle donne hanno alle spalle storie di maltrattamenti ripetuti. La scarsa disponibilità all'ascolto da parte delle istituzioni e a volte di amici e parenti, la legittimazione sociale della violenza, la mancanza di risorse, la quasi impunità degli aggressori contribuiscono ancor oggi a mantenere sotto silenzio questo fenomeno.

³ Tratto da Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1999 a,b

La violenza è diffusa tra le classi socioculturalmente inferiori

La violenza domestica è un fenomeno trasversale. Può interessare ogni gruppo socioeconomico, culturale, razziale e religioso.

La violenza domestica è causata dall'alcool

L'alterazione dovuta all'alcool o alla droga viene spesso usata come giustificazione della violenza esercitata. Alcolismo e tossicodipendenza non sono causa diretta della violenza. Il legame fra uso di sostanze e comportamenti violenti, laddove esiste, è molto complesso e mediato da fattori culturali quali il ritenere che l'alcool abbia un effetto disinibente. È stato dimostrato che la maggior parte degli episodi di violenza, quando il partner violento è alcolista, si verifica in assenza di consumo di alcool. Molti alcolisti o consumatori abituali di droghe non sono violenti con le loro partner.

Le donne sono più a rischio di violenza da parte di uomini a loro sconosciuti

Dati provenienti da tutte le parti del mondo indicano che le ragazze e donne sono più a rischio di violenza nelle proprie case che in qualsiasi altro posto.

I tipici aggressori delle donne sono i loro compagni o "ex" o altri uomini da loro conosciuti: amici, colleghi, insegnanti, vicini.

La violenza domestica non comporta gravi conseguenze per la salute

La violenza domestica è stata definita dagli esperti della Banca Mondiale come un problema di salute pubblica che incide gravemente sul benessere fisico e psicologico delle donne e di tutti coloro che ne sono vittima. Si stima che uno su cinque giorni persi dalle donne in età riproduttiva sia dovuto a stupro o a violenza domestica.

La violenza domestica è causata da una momentanea perdita di controllo

La maggior parte degli episodi di violenza che si verificano all'interno della famiglia sono premeditati. Il concetto di perdita di controllo è contraddetto dalla testimonianza stessa degli aggressori: se da un lato essi asseriscono che la violenza sfugge al loro controllo razionale, dall'altro riconoscono che il suo uso è giustificato dal comportamento delle donne e calcolato al fine di ottenere certi effetti su di loro.

I partner violenti sono persone con problemi psichiatrici

Crede che il maltrattamento sia connesso a manifestazioni di patologia mentale ci aiuta a mantenerlo lontano dalla nostra vita, a pensare che sia un problema degli "altri". In realtà, solo una percentuale di maltrattori inferiore al 10% manifesta caratteristiche o sintomi psicopatologici. La grande diffusione della violenza domestica esclude la possibilità che si tratti di un fenomeno interpretabile in termini di patologia o devianza.

I partner violenti hanno sempre subito maltrattamenti nell'infanzia

Quello che viene definito ciclo della violenza può essere vero solo per una parte dei maltrattori. Ci troviamo infatti di fronte sia a maltrattori che non hanno mai subito o assistito a violenza durante l'infanzia, sia a vittime di violenza che non continuano a perpetrarla.

Le donne maltrattate possono sempre andarsene di casa

Paura, dipendenza economica, isolamento, la mancanza di un alloggio, la riprovazione sociale e spesso da parte della stessa famiglia d'origine, sono dei numerosi fattori che impediscono alle donne di abbandonare la situazione di violenza.

Anche le donne sono violente nei confronti dei loro partner

Una significativa percentuale di aggressioni e di omicidi compiuti dalle donne nei confronti del partner si verifica a scopo di autodifesa e in risposta a gravi situazioni di

minaccia per la propria sopravvivenza. Salvo il caso degli omicidi, la violenza femminile, quando esiste, si configura in modo diverso e raramente assume le caratteristiche di sistematicità e lesività che caratterizzano il maltrattamento maschile.

3) Conseguenze della violenza domestica⁴

L'esperienza traumatica della violenza produce effetti diversi a seconda della persone che ne sono vittime. Ciascuna donna infatti reagisce in modo diverso; in generale, comunque, tutte soffrono della situazione di isolamento e indifferenza sociale che da sempre circonda questo fenomeno.

Tra gli effetti più frequenti della violenza vi sono la passività, la debolezza, l'incapacità di prendere decisioni. Altre volte l'assunzione di alcool o droghe, la minimizzazione o la negazione del problema possono essere strategie che le donne adottano per cercare di sopravvivere alla sofferenza e al dolore di una vita personale e familiare distrutta.

In generale le donne che subiscono violenza domestica, rispetto a quelle che non si trovano in questa situazione, hanno condizioni di salute fisica e mentale peggiori; richiedono trattamenti di carattere sanitario in misura 4-5 volte più frequente; sono 4-5 volte più soggette a rischio di suicidio.

Le conseguenze della violenza domestica, quindi, possono essere molto gravi. Le possibilità di evitare un'*escalation* dipendono molto dalle risposte che una donna incontra nel momento in cui decide di chiedere aiuto all'esterno, spesso dopo aver cercato in tutti i modi di risolvere la situazione da sola.

Lo schema che segue riassume le varie tipologie di conseguenze della violenza sulla donna, distinguendo quelle di carattere fisico, quelle di carattere relazionale e materiale e quelle di carattere psicologico.

⁴ Tratto da Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1999a,b

Conseguenze sulla donna:

a) di carattere fisico

- ferite di vario genere e loro esiti: bruciature, tagli, occhi neri, commozione cerebrale, fratture
- danni permanenti: danni alle articolazioni, perdita parziale dell'udito o della vista, cicatrici secondarie dovute a morsi, bruciature, uso di oggetti taglienti
- aborti

b) di carattere relazionale e materiale

- isolamento sociale e familiare, perdita di relazioni significative *assenze dal lavoro
- perdita del lavoro
- perdita della casa e del livello di vita precedente

c) di carattere psicologico

- paura, ansia per la propria situazione e quella dei propri figli
- sentimenti di vulnerabilità. Di perdita e di tradimento
- perdita di autostima
- autocolpevolizzazione
- disperazione e senso di impotenza
- sintomi correlati allo stress (sensazione di soffocamento, iperattività del sistema gastrointestinale)
- disturbo post traumatico da stress: ipervigilanza (ansia, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione), ri-esperienze del trauma (flash-back, incubi), condotte di evitamento
- depressione
- ideazione suicidaria

Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne(1999a)

4) IL PERCORSO DI RICERCA DI AIUTO DELLE DONNE

Il percorso di ricerca d'aiuto di una donna che subisce violenza domestica può essere lungo e difficile.

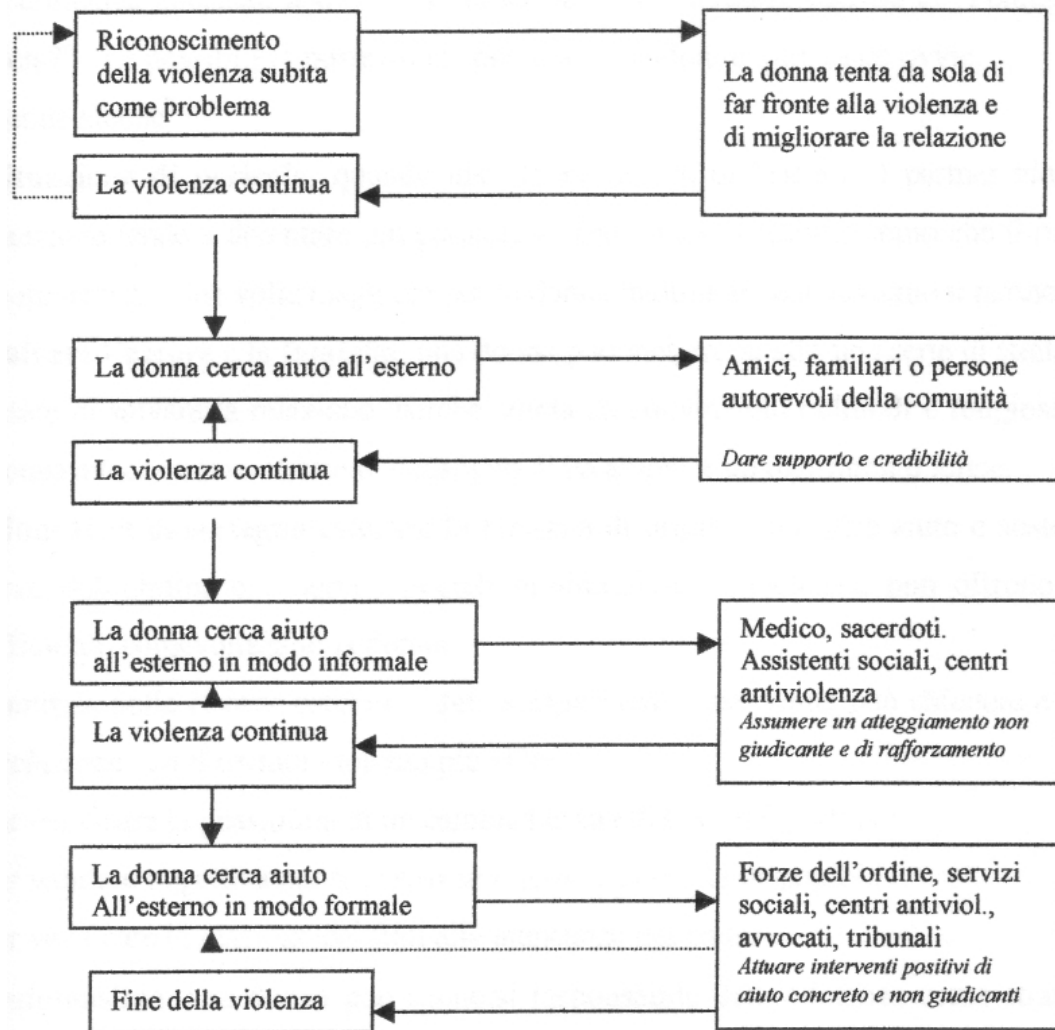
Ogni donna, infatti, è diversa e si trova ad agire in contesti diversi: le risorse economiche disponibili, il fatto di provenire da paesi extra-europei, la presenza di figli piccoli, il fatto di essere una donna anziana o portatrice di handicap, il tipo di risposta che si incontra all'esterno... sono tutti elementi che giocano un ruolo importante nel determinare il percorso di ricerca d'aiuto.

Anche la soglia di tolleranza della violenza è diversa per ciascuna donna: alcune donne pongono fine alla relazione dopo il primo episodio, altre cercano per mesi e per anni di fare in modo che "lui cambi" e si decidono a lasciare il partner violento soltanto quando ogni strada è stata percorsa.

Lo schema che segue, illustra le varie fasi del percorso di ricerca d'aiuto delle donne vittime di violenza e le risposte che potrebbe/dovrebbe ottenere dall'esterno.

Generalmente è possibile che una donna cerchi in vari modi di fermare la violenza mantenendo la relazione con il partner. Inizialmente senza ricorrere all'aiuto esterno, facendo leva esclusivamente sulle sue risorse personali; successivamente cercando l'appoggio di familiari e parenti; infine, nel caso in cui non si sia verificato alcun cambiamento, ricorrendo a soggetti istituzionali come Servizi Sociali e Forze dell'Ordine.

Il percorso di ricerca d'aiuto delle donne



Tratto da:
 Making the difference
 London Borough of Hammersmith & Fulham, 1995

Accade anche che il percorso di ricerca d'aiuto da parte di alcune donne vittime di violenza si interrompa o addirittura non abbia mai inizio, continuando a perpetrare il loro stato di sofferenza.

La domanda abbastanza ovvia che nasce in un osservatore esterno è: "Perché non lo lascia?". Le possibili risposte non si possono considerare altrettanto ovvie. Eccone alcune⁵:

- **Situazione di pericolo:** quando una donna decide di lasciare il partner violento la situazione tende a diventare più pericolosa. Dati americani dimostrano che il rischio di essere uccise è due volte maggiore per le donne maltrattate che lasciano il partner
- **Salvare l'amore e la famiglia:** una donna può mettere in atto una serie di strategie per tentare di salvare la relazione, perché spinta da convinzioni culturali e religiose, da un intenso attaccamento affettivo, dal sogno di un amore e un matrimonio felice.
- **Mancanza di sostegno esterno:** la famiglia di origine non offre aiuto e sostegno, le Forze dell'Ordine e i Servizi Sociali minimizzano la violenza, non offrono risorse sufficienti, colpevolizzano la donna
- **Verifica delle risorse esterne e dei cambiamenti:** una donna può chiudere e riaprire la relazione con il partner violento più volte:
 - per verificare la possibilità di un cambiamento effettivo del partner
 - per valutare oggettivamente le risorse interne ed esterne disponibili
 - per verificare la reazione dei figli alla mancanza del padre
- **Autobiasimo:** una donna può ritenersi responsabile della violenza come strategia di sopravvivenza finalizzata a sentirsi in grado di controllare la situazione: "se sono io a provocare la violenza, farla cessare dipende da me".

⁵ Tratto da Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1999a,b

5) MISURE IN ATTO PER CONTRASTARE LA VIOLENZA MASCHILE⁶

Negli ultimi trent'anni sono nate in tutto il mondo tantissime iniziative per contrastare la violenza maschile e per sostenere le donne e i bambini che le hanno subite. Molte nascono da una sofferenza personale profonda che ha saputo trasformarsi in azione politica: è il caso di moltissime donne, vittime di violenze, che hanno scritto libri, promosso iniziative e fondato associazioni per aiutare altre donne passate per la stessa esperienza. Tra le iniziative più visibili ci sono le campagne di informazione e sensibilizzazione, che le donne hanno promosso in tutto il mondo e in cui hanno saputo coinvolgere le istituzioni. In Europa, la più famosa è "Zero Tolerance", nata nel 1992 in Scozia e promossa su scala europea dal Parlamento a partire dal 1999.

Storicamente sono comunque i **Centri anti violenza** o le **Case delle donne e i Rifugi** a rappresentare la prima e più importante risposta innovativa ai problemi posti dalla violenza maschile contro le donne, in qualsiasi forma essa si presenti: violenza intra o extra familiare, di natura fisica, sessuale, economica o psicologica. Sono Centri gestiti da gruppi di donne a volte su base volontaria, a volte con finanziamenti pubblici. Dal punto di vista dell'attività di accoglienza che svolgono si possono distinguere in:

- Linee telefoniche: quando le donne vengono accolte soltanto attraverso l'ascolto telefonico
- Centri di Accoglienza: quando l'ascolto telefonico si accompagna alla possibilità di fare colloqui personali con le donne

⁶ Tratto da Romito P., La violenza di genere su donne e minori. 2000a

- Case Rifugio: quando, oltre all'ascolto telefonico e ai colloqui personali viene offerta alle donne, che si trovano in situazioni di pericolo, ospitalità temporanea in residenze ad indirizzo segreto.

Le Case e i Centri Antiviolenza sono diffusi in molti paesi del mondo.

Per quanto riguarda l'area occidentale, a partire dagli anni '70, sono sorti numerosi ad esempio in Francia, Germania, Svizzera, Austria, Olanda, Inghilterra, U.S.A., Canada. In Italia esistono più di 80 centri⁷, 16 dei quali offrono possibilità di ospitalità in una Casa Rifugio. Si tratta di realtà fra loro molto diverse, ma caratterizzate da alcuni elementi comuni:

- il riferimento al movimento politico delle donne;
- le percezioni di sé come realtà autonome e indipendenti dalle istituzioni
- una scelta di fondo dalla parte delle donne che cercano aiuto
- il riconoscimento che la responsabilità della violenza è di chi la agisce e che la violenza contro le donne è un problema innanzitutto maschile.

L'intervento di contrasto alla violenza richiede un'azione coordinata su molteplici piani: dall'informazione alla sensibilizzazione e prevenzione, dalla promozione di interventi legislativi alla verifica dell'effettività di questi, alla formazione degli operatori coinvolti...

Risulta evidentemente impossibile che una sola struttura o una sola agenzia risponda a questi bisogni complessi: è quindi necessario un lavoro di rete in cui diverse agenzie, diversi soggetti collaborino efficientemente tra loro.

In Italia si sono sviluppati, negli ultimi anni, progetti basati sulla collaborazione tra diverse agenzie: Case e Centri Antiviolenza; Enti Locali (Regione, Provincia, Comune);

⁷ Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne (1999a)

Aziende Sanitarie; Provveditorati agli studi; altre associazioni di volontariato, laiche o cattoliche, in genere miste (uomini e donne).

Un esempio di questa collaborazione riguarda i progetti di formazione sul tema della violenza: in molte città italiane gli enti Locali hanno affidato alle Case delle Donne la gestione di corsi per operatori socio-sanitari, poliziotti, insegnanti... Un altro esempio di collaborazione tra associazioni di donne, volontariato laico e cattolico e istituzioni riguarda i progetti per aiutare donne e ragazze ad uscire dal racket della prostituzione.

6) RISPOSTE ISTITUZIONALI ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE IN ITALIA⁸

La violenza contro le donne, sia familiare che extra domestica, richiede una serie di misure di sensibilizzazione, formazione, prevenzione, riduzione del danno subito, repressione dei violenti, estremamente complesse che chiamino in causa le varie articolazioni dello Stato preposte a queste funzioni. Nella realtà contemporanea, tuttavia, questi interventi non sono né immediati né dati naturalmente in quanto la violenza contro le donne rappresenta per le istituzioni un'assoluta novità politica e un fenomeno che emerge a tratti senza mai veramente assumere a dimensione sociale e prioritaria.

In Italia la questione è stata affrontata a livello penale con la riforma del Codice Rocco negli anni '30 e definita secondo i parametri culturali dell'epoca, sostenuta da una lunga tradizione storica e giuridica, come questione morale e di buon costume che attiene

⁸ Tratto da Tola V., in Romito P. (a cura di), Violenza alle donne e risposte delle istituzioni, 2000b

essenzialmente alla sfera privata e familiare più che alla dimensione pubblica e sociale che presuppone e richiede un intervento delle istituzioni.

Solo verso la metà degli anni '70 la questione viene posta come problema politico da parte del movimento femminista e nel 1979 viene avanzata una proposta di legge di iniziativa popolare per cambiare il Codice Rocco.

Ma, mentre trent'anni fa erano quasi esclusivamente i gruppi femministi a sostenere la necessità di considerare il fenomeno come un grave problema sociale, oggi molti organismi internazionali e governi hanno preso posizione di fronte ad esso e cercano di affrontarlo attraverso la progettazione l'implementazione di politiche di intervento.

La IV Conferenza Mondiale dell'ONU a Pechino nel 1995 è stata determinante anche in Italia per l'approvazione della legge contro la violenza sessuale (l. n. 66 del 15/02/1996 "Norme contro la violenza sessuale") che riconosce tale reato come delitto contro la persona e non contro la morale sia dentro che fuori della famiglia.

Nel 1997 segue la direttiva del governo Prodi che contiene misure che impegnano il governo e le istituzioni italiane a prevenire e contrastare decisamente tutte le forme di violenza fisica, sessuale e psicologica contro le donne dai maltrattamenti familiari al traffico di donne e minori a scopo di sfruttamento sessuale. In tale sede viene inoltre sottolineata l'importanza di un osservatorio nazionale di monitoraggio della legge contro la violenza sessuale e la necessità di un'indagine statistica nazionale realizzata e presentata recentemente da parte dell'ISTAT.

Alcune ulteriori ricerche e progetti sono state possibili grazie ai finanziamenti del Programma europeo Dafne contro la violenza alle donne. In pochi anni, anche a livello italiano, le proposte si sono più che triplicate (Progetto Antiviolenza Urban, Zero Tolerance...)

Un recente disegno di legge governativo, approvato in commissione al Senato "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" è ulteriormente indicativo di una crescita collettiva in atto, per il duplice aspetto che dal tema della violenza sessuale si è passati

al tema più ampio della violenza alle donne e che si è trattato per la prima volta del frutto di un confronto diretto avvenuto tra l'istituzione preposta all'esercizio del potere legislativo (Parlamento) e operatrici e avvocate delle case delle donne e dei centri antiviolenza.

Da quanto finora evidenziato, emerge una risposta che segue, perlomeno sul piano formale, l'invito del quale il Parlamento europeo si è fatto portavoce e cioè che le istituzioni facciano interamente la loro parte, valutando costi e benefici della loro azione e sapendo che anche il non intervento ha dei costi, economici e sociali, con effetti perversi di lunga durata che mettono in discussione la libertà delle donne e il loro diritto di cittadinanza.

PARTE SECONDA

LA RICERCA PRESSO GLI AMBULATORI DEL COMUNE DI PONTE NELLE ALPI (BL)

1) L'IDEA DELLA RICERCA

L'idea della ricerca sulla violenza contro le donne è nata dall'esigenza di un medico di conoscere le dimensioni, le conseguenze e la radice delle violenze contro le donne. La dott.ssa De Marchi, medico di medicina generale operante nel territorio del Comune di Ponte nelle Alpi, particolarmente sensibile alle problematiche legate al benessere delle donne e dei bambini, riferisce di essere stata sollecitata nell'ambito del suo lavoro, ma anche nella vita di tutti i giorni, dalle letture e dalle notizie riportate dalla TV, a riflettere sul fenomeno della violenza contro le donne.

Una spinta decisiva verso un tale approfondimento è stata la presa di coscienza dell'assoluta "incompetenza" in materia, sia legata alle reali dimensioni del problema, sia alle soluzioni possibili, sia alle conseguenze e ripercussioni sulla salute delle donne. La successiva collaborazione con un'assistente sociale neo-laureata all'Università di Trieste in Servizio Sociale, Anna Capovilla, ha permesso una prima conoscenza della bibliografia esistente in materia e la scoperta che l'incompetenza in materia dei presunti "esperti" (medici, assistenti sociali, forze dell'ordine) è uno degli aspetti più

problematici legati alla difficoltà di aiutare e sostenere le donne che hanno subito violenza e che chiedono aiuto.

L'intervento con donne che subiscono violenza, infatti, presuppone che la si sappia innanzi tutto riconoscere, in quanto gli operatori sanitari sono figure professionali alle quali le donne possono rivolgersi senza parlare in modo esplicito della violenza subita. Il momento cruciale di qualsiasi intervento è rappresentato, quindi, dall'identificazione della presenza di violenza passata e/o attuale nella vita della donna che si rivolge al servizio.

La scarsa conoscenza della diffusione e della gravità del fenomeno, gli insufficienti strumenti per l'individuazione del problema, la diffidenza nei confronti della donna, la ritrosia a farsi carico di situazioni che possono implicare un coinvolgimento faticoso e difficile di risorse, sono tutti ostacoli al riconoscimento della violenza subita.

L'esigenza che è maturata nella dottoressa è stata in primo luogo di documentarsi, per comprendere meglio ciò che già esisteva in materia. Successivamente è subentrata la necessità di appoggiarsi a qualcuno che stesse approfondendo questi argomenti sul campo, per verificare quali passi fossero necessari per affrontare la tematica in modo costruttivo e utile, come medico di medicina generale, come donna e come cittadina.

Il contatto con la prof.ssa Patrizia Romito dell'Università di Trieste ha posto definitivamente le basi per una proficua collaborazione in cui il desiderio di approfondire la tematica della violenza da parte di una donna-medico è stato finalizzato in un progetto di conoscenza e poi di azione diretta per le donne in difficoltà.

Su richiesta della dott.ssa Romito è iniziato un periodo di riflessione che ha portato a chiarire, come primo passo, la finalità della ricerca, elemento necessario per poter compiere successivamente delle scelte coerenti e che avessero delle solide basi sia come motivazione, sia come metodo.

La finalità è stata individuata subito nel desiderio di conoscere il fenomeno nelle sue dimensioni, nel dare voce alle donne che hanno bisogno di aiuto e che non hanno la

forza di chiederlo, cercare risposte adeguate per le donne vittime di violenza e sensibilizzare le istituzioni verso questo problema creando una rete di protezione e appoggio per le donne.

2) L'ELABORAZIONE DEL MODELLO DI RICERCA

Chiarite le finalità della ricerca, la costruzione del modello di ricerca ha previsto un impegno congiunto tra la dott.ssa Romito di Trieste e la dott.ssa De Marchi con l'A. S. Capovilla a Belluno per lavorare su più fronti in maniera coordinata.

Diversi aspetti si sono intrecciati in un breve lasso di tempo. Accanto agli aspetti metodologici della ricerca, anche il forte desiderio di iniziare qualcosa di concreto, la ricerca di finanziatori per l'iniziativa, la lettura più attenta della bibliografia in materia hanno contribuito ad elaborare in pochi giorni una bozza di progetto da presentare alla U.L.S.S. per chiedere una collaborazione.

L'iniziativa ha costituito davvero un' 'impresa' interessante perché richiedeva che un gruppo di tecnici di diverse discipline riuscisse a coordinarsi per rendere scientifica una ricerca nata dal desiderio di una persona, e che si era poi allargata, per necessità, ad altre persone che manifestavano più o meno le stesse motivazioni e interesse.

Il fatto stesso che promotori fossero un gruppo di medici di base, categoria spesso 'accusata' di non avere mai tempo per fermarsi ad ascoltare i pazienti, era un'ottima occasione per dimostrare l'impegno concreto verso problematiche più generali e non solo strettamente cliniche da parte di questi medici.

L'idea di conoscere le dimensioni del fenomeno ha reso necessario individuare un modello di ricerca che potesse utilmente fornire dati per verificare l'incidenza del fenomeno. Una ricerca sul campo mediante somministrazione di questionari è sembrata subito la scelta più opportuna, dato che ricerche simili non erano note nel territorio della provincia di Belluno, almeno in tempi recenti.

Di seguito verranno illustrati i vari passaggi che sono stati realizzati per arrivare all'elaborazione del progetto definitivo, con un lavoro che si è svolto nel periodo da ottobre 2000 a gennaio 2001.

1) La scelta del territorio e del campione

La scelta del territorio e del campione non è stata semplice, ma alcuni elementi presi in considerazione hanno fatto optare per il territorio del Comune di Ponte nelle Alpi. Le persone disponibili ad impegnarsi in questa ricerca erano, infatti, i sei medici di medicina generale di Ponte nelle Alpi, che avrebbero messo a disposizione i loro ambulatori ed un po' di tempo per seguire le donne nella compilazione del questionario. Ricercare altri colleghi medici in zone limitrofe, motivarli e coordinarli nel corso della ricerca avrebbe richiesto un tempo molto più lungo, la definizione di protocolli per la raccolta dei dati e la nomina di un referente che curasse e seguisse la ricerca, e quindi una spesa aggiuntiva che non si sapeva come ammortizzare ed un aumento della complessità totale del progetto.

Il desiderio dei promotori, invece, era di iniziare con una ricerca di piccole dimensioni, seria e metodologicamente corretta, ma gestibile con le loro forze e che non comportasse una spesa troppo elevata.

Le esigenze metodologiche, infine, venivano in questo modo soddisfatte perché il territorio di un intero Comune e la collaborazione di tutti i medici operanti in quel

contesto geografico garantivano che l'universo da cui potenzialmente attingere per il campione fosse costituito da tutti i cittadini di Ponte nelle Alpi.

Il territorio del Comune di Ponte nelle Alpi poteva inoltre costituire una zona interessante dal punto di vista statistico, dal momento che si tratta di un Comune di dimensioni medio-piccole, situato in una zona pedemontana, alla confluenza di tre valli, un contesto periferico, ma non isolato: questi elementi lo rendono simile a tante diverse realtà del nord Italia con le quali sarebbe importante e possibile fare un confronto dei dati al termine della ricerca.

La popolazione di Ponte nelle Alpi costituita da circa 8000 abitanti e la possibilità di ottenere questionari autocompilati contemporaneamente in più ambulatori, ha fatto ipotizzare un campione di circa 500 donne.

2) La costruzione del questionario

La ricerca sulla violenza contro le donne portata avanti con la supervisione della dott.ssa Romito a Trieste (Romito, 1998b) ha ispirato la costruzione di un questionario da proporre alle pazienti dei medici di Ponte nelle Alpi.

Il questionario di Trieste era stato somministrato sotto forma di interviste alle donne che si rivolgevano per qualsiasi motivo ai servizi sociosanitari di Trieste. Nel nostro caso i medici promotori avrebbero messo a disposizione le sale d'aspetto dei loro ambulatori alle donne che, in attesa del proprio turno, avrebbero potuto compilare il questionario.

L'idea iniziale è stata, quindi, quella di creare un questionario che le donne potessero compilare da sole, senza un aiuto esterno in ambulatorio oppure portandolo a casa e riconsegnandolo in un secondo momento.

Quest'ipotesi implicava una lunga scelta di compromessi cui scendere per poter garantire la correttezza metodologica nello svolgimento della ricerca. Nonostante alcuni

problemi nodali fossero subito emersi si è deciso comunque di fare una "prova" con dei questionari auto-compilati dalle donne, per verificare quanti ne sarebbero tornati indietro.

Il questionario è stato costruito utilizzando come base quello di Trieste; è stato ulteriormente semplificato (prevedendo solo risposte a scelta multipla e non risposte aperte) ed accorciato in modo da ridurre il rischio di questionari restituiti incompleti perché troppo lunghi da compilare.

Le domande mantenute uguali sono state quelle relative alle violenze subite nell'ultimo anno, separate da quelle relative alle violenze subite nel resto della vita; vi erano domande specifiche volte a distinguere le diverse forme di violenza eventualmente subita (fisica, sessuale, psicologica, economica e molestie), alla frequenza delle stesse, all'autore e a quali conseguenze avevano avuto sulla salute delle donne.

Una parte specifica del questionario invece è stata introdotta, a conclusione del questionario, circa il ruolo del medico di base: nella fattispecie doveva servire ai medici promotori della ricerca per capire quale ruolo le donne si aspettavano da parte del proprio medico di base rispetto alle problematiche della violenza.

3) La prova del questionario

La dott.ssa De Marchi ha testato il questionario, in una prima versione, consegnandolo a 29 sue pazienti che si erano rese disponibili. Questa fase di "prova" non ha seguito alcun criterio statistico; era tuttavia necessaria per appurare se le domande fossero comprensibili nella loro formulazione e come le donne si sarebbero comportate a seguito della richiesta di riconsegnare il questionario compilato dopo qualche giorno.

Il significato della ricerca e la modalità corretta per compilare il questionario venivano direttamente illustrate dal medico alle singole donne, al termine della visita, e le stesse

venivano invitate a riconsegnare il questionario compilato entro 10 giorni in ambulatorio.

I dati che si possono ricavare da questa prima prova sono riferibili ai soli 16 questionari che sono stati riconsegnati nei giorni successivi: alcuni avevano delle violenze segnalate, altri invece erano incompleti. Alle domande aperte le donne avevano risposto in maniera che non era codificabile o non sempre comprensibile nel significato.

Inoltre, per quel che riguarda la possibilità di far consegnare i questionari direttamente dai medici, l'esperienza ha evidenziato che la dott.ssa De Marchi aveva impiegato molto tempo nella spiegazione della ricerca donna per donna, aveva dovuto aiutare alcune donne che chiedevano di compilarlo al momento e tutto questo era stato un enorme dispendio di tempo per lei: tutto ciò non era fattibile per i 500 questionari previsti e per tutti i giorni di ambulatorio, dal momento che già normalmente i pazienti attendono il loro turno per una o due ore.

4) Aspetti logistici

Verificato che non era opportuno lasciare il questionario alle donne con la richiesta di riconsegnarlo, né farlo consegnare direttamente alla singola donna dal medico in sede di visita, i medici dell'Associazione Medici di Medicina Generale (MMG) di Ponte nelle Alpi si sono resi disponibili ad ospitare presso il loro ambulatorio l'iniziativa, ma non erano in grado di gestire da soli la distribuzione dei questionari per garantire una sufficiente omogeneità nel metodo e nella raccolta dei dati.

La scelta obbligata è stata quindi quella di avere delle persone che, come nella ricerca di Trieste, avvicinasero le donne mediante un'intervista strutturata, garantendo in questo modo anche il controllo sul campione e la raccolta di una serie di informazioni molto

utili per la ricerca, come ad esempio la percentuale di donne che accettavano di compilare il questionario e quelle che rifiutavano, segnando le motivazioni del rifiuto. La richiesta per la quale la sottoscritta è entrata nel progetto è stata quindi di occuparsi della fase di raccolta dei dati con una collega anch'essa laureanda. La successiva possibilità di scrivere una tesi sull'argomento sarebbe stato un ulteriore arricchimento alla ricerca.

Inizialmente era stato ipotizzato di far elaborare i dati alla Questura di Belluno, che si era resa disponibile (seppur in modo informale) ad occuparsene, trattandosi di una ricerca dai risvolti interessanti anche ai fini delle loro competenze istituzionali. Alcune esigenze metodologiche, l'interesse a rendere i dati emersi confrontabili con altri simili, ed il desiderio di poterli elaborare in tempi certi hanno fatto optare per affidare l'incarico dell'elaborazione dei dati stessi ad un'agenzia di ricerche statistiche, anche se questo avrebbe comportato un impegno di spesa da coprire.

5) Reperimento di finanziatori per la ricerca

Verificato l'impegno di spesa per circa 500 questionari, il gruppo dei medici ha deciso di autofinanziare in parte la ricerca e di procurarsi all'esterno degli 'sponsor' che finanziassero l'altra parte dell'importo. La ricerca dei finanziatori è stato un momento interessante per i suoi risvolti, e che poteva orientare gli sviluppi successivi della ricerca. Partner ottimali per questa ricerca potevano essere gli enti istituzionali, in un'ottica di prevenzione del disagio e promozione della salute, altre istituzioni sensibili alle problematiche delle donne, come la Commissione per le pari opportunità della Provincia, oppure le associazioni di donne.

Il patrocinio è stato subito concesso sia dal Comune di Ponte nelle Alpi che dall'U.L.S.S. n.1, mentre la Provincia era disposta ad impegnarsi formalmente ed

attivamente solo se la ricerca avesse avuto una dimensione maggiore, e non solo con l'interessamento del territorio di un Comune. Le associazioni di donne come la FIDAPA e le Donne del Rotary e del Lions Club si sono rivelate molto interessate all'iniziativa, offrendo un contributo in denaro e richiedendo anche una presentazione a tutte le associate del progetto globale che si intendeva portare avanti. Anche un'associazione di volontariato che opera per i bambini malati ha offerto un contributo per le spese. In sostanza, tutte le associazioni private cui è stato chiesto un aiuto si sono rese disponibili a contribuire a una parte della spesa per la ricerca.

Il 23 maggio 2001 si è svolto a Belluno, presso la sede dell'Associazione Industriali della Provincia un incontro di presentazione della ricerca alle donne del Rotary, che ha visto la partecipazione, in qualità di relatori della dott.ssa Roberta Gallego, magistrato presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Belluno e della dott.ssa Margherita De Marchi, medico promotore della ricerca. In quella sede la dott.ssa Gallego ha illustrato le problematiche della violenza in famiglia in base alla sua esperienza professionale presentando alcune cifre della realtà bellunese, così come risultano in base ai processi svolti (e non in base alle denuncie, quindi di numero inferiore), e presentando una riflessione di come il problema viene affrontato dalle forze dell'ordine e con gli strumenti giuridici esistenti.

3) IL PROGETTO DI RICERCA PRESENTATO ALLA U.L.S.S. n.1 DI BELLUNO

Il 24 gennaio 2001 è stato sottoscritto da tutti i medici coinvolti nella ricerca un progetto (in allegato) che è poi stato inviato al Responsabile del Distretto n.3 — Belluno della U.L.S.S. n.1 per essere presentato al Direttore Sanitario ed al Direttore Sociale all'interno della progettazione dei medici di Medicina Generale, e per richiedere che potesse rientrare nei finanziamenti dei progetti della tutela della famiglia

La ricerca presentata prevedeva in prima battuta una raccolta dati da effettuare mediante la somministrazione di un questionario alle pazienti dei medici ed in seconda battuta, terminata la raccolta e l'elaborazione dei dati, la sensibilizzazione della popolazione al problema ed il via ad un'attività di formazione per gli operatori sanitari sulle tematiche legate alla violenza.

La ricerca proposta alla U.L.S.S. n.1 prevedeva di lavorare per i seguenti obiettivi:

- rilevare l'incidenza del fenomeno della violenza fisica, psicologica e sessuale nel nostro territorio con modalità confrontabili con altre ricerche italiane ed internazionali
- sensibilizzare la popolazione e le istituzioni verso questo problema con particolare attenzione alle ripercussioni dello stesso sui minori
- costruire una rete di protezione ed appoggio per le donne, che faciliti la difesa della parte debole della famiglia (minori ecc.)

Le ricerche si sarebbero svolte secondo un programma molto ben definito nel tempo e nelle fasi:

1. Costruzione di un modello di ricerca attraverso la consulenza della prof. Patrizia Romito, docente di Metodologia della Ricerca alla Facoltà di Psicologia e Psicologia di Comunità presso il Corso di laurea in Servizio Sociale alla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Trieste.
2. Sensibilizzazione al problema attraverso una campagna presso i media locali (stampa, radio, tv) con particolare attenzione a come viene diffuso il messaggio al fine di evitare effetti collaterali negativi (etichettatura e stigmatizzazione del Comune dove si effettua la ricerca).
3. Distribuzione presso gli ambulatori di medicina generale di Ponte nelle Alpi di un apposito questionario (almeno 500 questionari) entro settembre 2001.
4. Raccolta ed elaborazione dati presso agenzia statistica IRTEF di Udine.
5. Analisi scientifica degli stessi a cura della prof. Romito.
6. Stesura dei risultati della ricerca da parte delle studentesse laureande.
7. Diffusione dei risultati nelle varie sedi istituzionali e presso l'opinione pubblica.
8. Valutazione dei risultati e dei mezzi necessari a contrastare il fenomeno qualora i dati siano significativi rispetto ad altre ricerche in sede nazionale e/o internazionale.

La ricerca sarebbe stata appunto promossa e gestita dall'Associazione Medici di Medicina Generale di Ponte nelle Alpi, avrebbe coinvolto l'U.L.S.S. n.1 — Distretto Socio Sanitario n.3 ed il Comune di Ponte nelle Alpi, ed avrebbe impiegato i medici stessi con la collaborazione di assistenti sociali laureande per la raccolta ed elaborazione dei dati.

Le donne da intervistare sarebbero state un campione casuale tra le pazienti dei medici promotori della ricerca in età compresa tra i 18 ed i 65 anni di età.

1) I risultati attesi e la verifica

Questa ricerca si riprometteva di raccogliere in modo metodologicamente corretto dei dati sulla violenza contro le donne nel territorio prescelto in modo da definire alcuni aspetti del problema:

- i tipi di violenza più frequente (psicologica, fisica, sessuale)
- gli attori delle violenze
- le fasce d'età delle donne a rischio
- le conseguenze sanitarie, sociali, e psicologiche di tale fenomeno (e quindi il relativo peso per la comunità oltre che per la donna)

Il progetto identificava inizialmente il costituirsi di un "gruppo di lavoro ristretto" che avrebbe seguito lo svolgimento della ricerca per poi relazionare al gruppo esteso in itinere ed a conclusione del lavoro, presentando una verifica quantitativa e qualitativa dell'attività svolta.

2) I costi della ricerca

Il preventivo di spesa per il progetto era composto da diversi fattori che prevedevano dei costi già sicuri ed altri da verificare.

L'analisi scientifica sarebbe stata fatta dalla dott.ssa Romito, e non avrebbe comportato spese, come pure la somministrazione dei questionari.

Spese sicure da prevedere, ma non quantificabili, erano il materiale per l'allestimento degli ambulatori per la ricerca e l'attività promozionale da svolgere prima e durante la ricerca.

La stampa dei questionari e l'elaborazione dei dati da parte di un Istituto di Ricerca Statistica erano invece un costo sicuro.

Un'eventuale pubblicazione dei risultati al termine della ricerca era un costo da valutare a seconda della modalità scelta (articolo scientifico, testo organico...)

3) I tempi di realizzazione della ricerca

I FASE: definizione ambito di ricerca e scelta modalità → settembre 2000/gennaio 2001

II FASE: definizione questionario e stampa degli stessi → febbraio 2001

III FASE: somministrazione questionario → marzo/giugno 2001

IV FASE: informatizzazione, elaborazione ed analisi scientifica dei dati raccolti → luglio/settembre 2001

V FASE: stesura relazione scientifica e materiale di tesi → ottobre 2001/febbraio 2002

VI FASE: pubblicazione dati → primavera 2002

4) SIGNIFICATO E RUOLO DELLA FIGURA DELL' ASSISTENTE SOCIALE NELLA RICERCA

Alla luce di come si era svolta la preparazione della ricerca si delineava, quindi, sempre meglio il valore ed il significato della scelta di assistenti sociali come operatori che collaborassero con i medici di base per effettuare la ricerca, ed in più assistenti sociali già operanti nella zona e con una recente formazione in materia di violenza contro le donne. La definizione stessa delle competenze dell'assistente sociale (Forato Bisleri, 1996) infatti, permetteva di individuare gli obiettivi della sua azione in prospettiva della ricerca svolta: la prevenzione e risoluzione delle situazioni di bisogno lavorando in particolare sul rapporto bisogno/risorsa; l'attività espressa mediante aiuto diretto alle persone; la promozione e organizzazione di prestazioni e servizi per adeguare sempre più le risorse ai bisogni; la funzione di coordinamento delle risorse del territorio costituiva infine l'ambito principale per le attività promozionali con significato preventivo. Nella pratica la figura dell'assistente sociale poteva offrire un aiuto competente per lo svolgimento della ricerca per i seguenti motivi: a) lavoro di sensibilizzazione sul territorio, b) informazione per gli operatori di servizi pubblici o privati che potevano avere contatto con la popolazione per questa problematica, c) somministrazione dei questionari, d) possibilità di offrire alle donne una prima consulenza o comunque informazioni precise e corrette sui servizi che tutelano i diritti delle donne nel territorio.

Il gruppo di lavoro composto dai medici e dalle assistenti sociali ha definito, quindi, gli aspetti logistici per effettuare la ricerca, gli spazi, i tempi e il metodo. Non in tutti gli

ambulatori dei medici era possibile avere a disposizione uno spazio specifico per le interviste, infatti gli ambienti erano divisi tra la stanza dei medici, la sala d'attesa, i servizi igienici ed un piccolo corridoio; per questo motivo è stata esclusa la possibilità di proporre a tutte le donne un'intervista, non essendo possibile in tutti gli ambulatori avere una stanza riservata.

La scelta che permetteva di ottimizzare le risorse e gli spazi è stata invece quella di avere l'operatrice in sala d'attesa ad accogliere le donne, presentando l'iniziativa ed il questionario, e la possibilità di offrire aiuto nella compilazione alle donne se lo ritenevano necessario o la possibilità di compilarlo da sole nell'apposita stanza o dietro il paravento (collocato nella sala d'attesa dove non si è potuto ricavare altro posto).

In questo modo si poteva anche valutare un utile coinvolgimento del medico ospitante: avrebbe potuto introdurre l'assistente sociale all'inizio dell'orario di ambulatorio (in genere ci sono già delle persone che aspettano), rendersi disponibile qualora ci fossero dei problemi, scambiare alcune parole con le pazienti al momento della visita per verificare se avessero compilato il questionario, motivarle qualora avessero dei dubbi sull'utilità o opportunità di compilare il questionario.

Questo sistema non comportava un lavoro pesante per il medico e tuttavia forniva alle pazienti la garanzia che la ricerca era promossa e supportata dal medico, e la motivazione necessaria per compilare il questionario dato che si trattava di una "cosa seria" utile al "dottore" per venire meglio incontro alle loro necessità.

Tutti i medici aprono l'ambulatorio quotidianamente dal lunedì al venerdì per mezza giornata (almeno tre ore) ed alcuni giorni (1 o 2) anche più a lungo, con la presenza sia mattino sia di pomeriggio.

La disponibilità delle assistenti sociali era di poter destinare ciascuna due mezzette la settimana ai questionari negli ambulatori, dovendo conciliare questo impegno volontario con il lavoro; in questa maniera si garantiva una presenza in ambulatorio di quattro giorni la settimana.

Le assistenti sociali potevano in questa maniera essere presenti una alla volta in ambulatorio, avendo cura di raggiungere il numero di 80 questionari circa per poi trasferirsi in un altro ambulatorio.

Questo programma, in linea di massima, doveva consentire di raccogliere i questionari necessari in circa due settimane per ogni ambulatorio e quindi di effettuare la raccolta in tre mesi circa. Lo standard medio che si sperava di raggiungere era di riuscire a contattare una decina di donne al giorno.

Il questionario doveva, quindi, essere distribuito e raccolto dalle assistenti sociali per poter tenere il conteggio di tutti i questionari consegnati e registrare ogni elemento notevole durante la somministrazione degli stessi.

Un lavoro impostato secondo questi requisiti poteva dare quindi delle garanzie rispetto a degli elementi che erano stati posti inizialmente come problematici:

- garantire l'anonimato: il fatto che l'assistente sociale si occupasse di tutte le fasi della distribuzione e compilazione del questionario, del resoconto tramite il diario, e che lo scatolone che fungeva da raccogliitore fosse chiuso ermeticamente, offriva alle donne un'ulteriore garanzia che il loro medico curante non avrebbe visto i questionari, e non avrebbe potuto in alcun modo risalire alla compilatrice.
- garantire il corretto campionamento: l'alternanza di due sole persone adeguatamente preparate avrebbe garantito l'omogeneità nelle diverse fasi della somministrazione, a partire dalla presentazione dell'iniziativa, alla presentazione del questionario, alla spiegazione di come compilarlo correttamente, alla consegna della lettera per ringraziarle per la loro disponibilità.
- garantire alle donne ed ai medici di non intralciare le attività ordinarie: la presenza dell'operatrice in ambulatorio toglieva ai medici l'aggravio di doversi occupare della singola presentazione del questionario, mentre permetteva loro di accogliere in sala-visita delle donne informate sull'iniziativa e di poter scambiare alcune parole qualora lo desiderassero. Allo stesso tempo le donne, in attesa del loro turno, potevano

prendersi alcuni minuti di calma per compilare il questionario aiutate da una persona competente e che poteva dedicare del tempo senza far loro fretta, e disponibile ad ascoltarle o dare una prima consulenza qualora ce ne fosse stato il bisogno.

- garantire la continuità: presentando l'iniziativa alle donne e garantendo la presenza per due settimane in quel ambulatorio o comunque con un programma stabilito, le persone che avessero desiderato fare il questionario ma erano impossibilitate per la fretta, per problemi oggettivi (il non avere con se gli occhiali da lettura, malattia acuta, ecc.) avrebbero saputo dove e quando trovare in un altro momento l'assistente sociale per compilare il loro questionario.

Le assistenti sociali avrebbero preparato quindi una lettera da consegnare ad ogni donna ed avrebbero gestito il "diario". A tutte le donne presenti in ambulatorio si era, infatti, deciso di consegnare una lettera nella quale i medici di base promotori ringraziavano le donne per aver dato un contributo alla ricerca e nella quale erano indicate alcune informazioni sui servizi cui rivolgersi in caso di bisogno. La lettera sarebbe stata consegnata anche alle donne che non desideravano o non potevano compilare il questionario (si sapeva già che ce ne sarebbero state), segnalando comunque l'esistenza dell'iniziativa ed indicando anche a loro i riferimenti sui centri e servizi che aiutano le donne in difficoltà (v. allegato).

Si era poi deciso di istituire un "diario" che doveva sempre compilare chi somministrava i questionari.

Questo quaderno doveva avere molteplici finalità e tra le quali:

1. elencare il numero dei questionari proposti e compilati o rifiutati
2. annotare tutte le informazioni salienti del colloquio tra la donna e l'assistente sociale
3. se il questionario era stato compilato da sole o con l'aiuto dell'assistente sociale
4. il grado di interesse dimostrato dalla persona

5. il motivo dell'eventuale rifiuto
6. segnare altre informazioni utili quali le dinamiche che scaturiscono tra i presenti in sala d'attesa durante la presenza dell'assistente sociale che propone i questionari.

Si sapeva inoltre, dalla ricerca di Trieste, che le donne che hanno subito violenza, nel corso del colloquio, in genere non si limitano a rispondere alle domande, ma raccontano le proprie storie ed a volte le raccontano per la prima volta, rendendo la situazione molto delicata per il clima che è necessario creare, e per la consulenza che è utile offrire loro, ma rendendo pure fondamentale la registrazione di queste confidenze per un utile commento dei dati finali della ricerca.

Il quaderno voleva avere quindi la duplice funzione di diario della ricerca e di raccontare le ore trascorse in sala d'attesa tra i pazienti.

5) COMPOSIZIONE DEL QUESTIONARIO

1) Criteri generali

Alla luce del risultato dei questionari di prova, una serie di incontri del gruppo di lavoro ristretto composto dalla dott.ssa Romito, la dott.ssa De Marchi, l'istituto di statistica e le assistenti sociali hanno portato alla costruzione definitiva del questionario da somministrare a Ponte nelle Alpi.

Dell'esperienza di Trieste sono stati mantenuti molti elementi: il questionario è stato utilizzato come modello per la struttura generale del questionario e per ordine logico

delle domande, ma sono state apportate alcune modifiche affinché il questionario corrispondesse a tre fondamentali esigenze:

1. Semplicità: facile da compilare per le donne di ogni età e scolarità per il linguaggio utilizzato (tutte le domande sono a risposta chiusa), e per la veste grafica che facilita la compilazione (carattere di stampa grande per facilitare la lettura alle donne con problemi di vista)
2. Essenzialità: il minor numero possibile di domande in modo da non risultare dispersivo, lungo o noioso da compilare, compatibilmente con la completezza dei dati da raccogliere
3. Validità: le domande nella forma e nel numero devono comunque permettere di ottenere un numero sufficiente di informazioni

Il questionario, nella versione grafica finale, è composto da 12 facciate sulle quali sono suddivise in 5 sezioni le 32 domande:

1. Parte anagrafica
2. Eventuali violenze subite nell'ultimo anno
3. Eventuali violenze subite nell'ultimo anno e prima, nel corso della vita
4. Aspetti legati al ruolo del medico di base
5. Lo stato di salute percepito soggettivamente

2) Il frontespizio del questionario e la parte anagrafica

Appare molto importante che appaiano chiaramente il titolo e lo scopo della ricerca per fare immediatamente capire alle donne ciò che viene loro chiesto. All'inizio del questionario apparirà quindi scritto in caratteri molto grandi:

"Ricerca promossa dai medici di base del Comune di Ponte nelle Alpi su alcuni problemi di salute delle donne".

La dicitura utilizzata non è in realtà il nome corretto dei "medici di medicina generale", ma "medico di base" è sicuramente il nome con il quale le persone comuni, i non addetti ai lavori, chiamano il loro medico, ed è anche, tra i tanti, il termine più valido per non creare confusione. Sarebbe stato troppo vago e non corretto che la ricerca fosse promossa dai "dottori" o dai "medici di famiglia".

Di seguito la motivazione:

"Lo scopo di questa ricerca è di migliorare le risposte che i servizi sanitari danno alle donne, per questo Le chiediamo di rispondere ad alcune domande."

La dicitura *"Questo questionario è anonimo"* è necessario che sia ben visibile e chiara perché è necessario che le donne possano sentirsi libere di scrivere la verità e perché si sentano tutelate nel loro anonimato.

Infine alcune raccomandazioni di metodo sul come compilare correttamente il questionario:

"Per favore legga le domande e tutte le risposte previste per ciascun quesito; per indicare la risposta scelta, barri con una crocetta (X) il numero o la casella corrispondente. Per le domande dove si richiede una risposta scritta la preghiamo di scrivere in maniera chiara e in stampatello. Grazie!"

Per le domande della parte anagrafica le richieste sono estremamente snelle ed essenziali (sono tutte comprese nella prima facciata sotto al titolo), anche rispetto al questionario fatto a Trieste, e si è scelto di tenere esclusivamente le richieste di elementi veramente importanti per l'analisi e l'interpretazione dei dati, garantendo ulteriormente l'anonimato. È stato per questo abolita la domanda sulla motivazione della visita, non essendo riconosciuto un elemento notevole, quanto piuttosto un possibile dato per riconoscere le pazienti. È stata mantenuta la scelta di richiedere solo l'anno di nascita, la

data completa chiaramente non sarebbe utile in alcun modo, mentre avrebbe creato più confusione la possibilità di far segnare la classe di età nella quale è compresa la propria, dovendo prevedere almeno 5 o 6 categorie.

Anche a Ponte nelle Alpi, come in tanti paesi d'Italia, iniziano ad essere presenti in numero consistente persone provenienti dall'estero; per questo una domanda riguarda la nazionalità.

Le domande relative ai figli sono invece state cambiate, viene richiesto solo se la donna ha figli, quanti sono e qual è l'età del figlio più giovane. È stata aggiunta la domanda su una eventuale gravidanza in atto, essendo un periodo molto delicato della vita della donna e della vita di coppia, e talvolta, proprio per questo, a rischio per le violenze.

Si è ritenuto di portare alcune modifiche anche alle voci della professione e del titolo di studio per adattare maggiormente alla terminologia popolare, pur senza deviarne il significato. Per lo stato civile sono state mantenute tutte le voci, lasciando anche la voce "in via di separazione" ritenendo anche il periodo della separazione molto delicato e troppe volte correlato alle violenze subite, stando alla letteratura. Non si è ritenuto di richiedere alcunché su attuali relazioni sentimentali per chi non vive in coppia perché è un'informazione che nei questionari del passato ha sempre creato molta confusione nelle donne. Spesso infatti la richiesta "se non vive in coppia, in questo momento ha una relazione sentimentale?" induceva il dubbio sul reale significato e le donne non capivano come interpretarla. È stato molto difficile trovare una formulazione diversa della domanda per renderla più comprensibile, si rischiava di dover fare un giro di parole molto complesso per essere chiari e questo avrebbe alla fine reso la domanda troppo complessa; si è alla fine optato per eliminare la domanda non ritenendola fondamentale.

3) La violenza subita nell'ultimo anno

Nella seconda parte del questionario, quella relativa alle violenze subite nell'ultimo anno, venivano poste delle domande che suddividevano le violenze in vari aspetti:

- Violenza fisica (maltrattamenti fisici)
- Violenza sessuale (forzare o obbligare a rapporti sessuali)
- Minacce
- Insulti
- Violenza psicologica
- Violenza economica

Ogni singola domanda era suddivisa in tre settori: nel primo la donna poteva segnare chi era stato l'artefice dell'eventuale violenza e quante volte era successo; nella seconda parte, nel caso avesse subito violenza, poteva segnare con chi eventualmente aveva parlato della violenza subita; nella terza parte poteva segnare le conseguenze della violenza subita sulla sua salute.

4) La violenza subita nel corso della vita

La terza parte del questionario, relativa alle violenze del passato è stata modificata nell'impostazione grafica prevedendo delle tabelline da compilare in cui nell'ordinata erano elencate le persone che potevano aver fatto violenza e nell'ascissa erano elencate le frequenze della violenza (no, 1 o 2 episodi, per alcuni mesi, per anni). Questo si è reso necessario per permettere alle donne di segnalare gli artefici ed anche i periodi, potendoci essere anche violenze plurime da parte di persone diverse. Nella parte relativa all'ultimo anno questo non si era reso necessario perché è meno frequente che nell'arco

di tempo di un anno vi siano plurime forme di violenza da parte di più ne, ma non lo è per quel che riguarda il resto della vita.

Questa veste grafica, che permetteva di esaurire ogni singola domanda volta per volta, ha reso il questionario un po' più lungo poiché ad ogni domanda venivano poste tutte le opzioni, ma ha evitato le formule del tipo "se ha risposto SI ad almeno una domanda dalla 10 alla 14..." che in un questionario autocompilato rischiavano di non essere completate per la loro complessità e la necessità di risfogliare le pagine precedenti.

5) Il ruolo del medico di base e lo stato di salute

L'ultima parte (penultima e ultima facciata del questionario) è stata creata ex novo dal gruppo di lavoro in base agli obiettivi specifici di questa ricerca.

Due domande riguardano nello specifico il ruolo del medico di base rispetto alla violenza. Nella prima, in particolare, si chiede "*Secondo Lei, è giusto che il medico curante faccia a TUTTE le pazienti una domanda su eventuali violenze subite?*"; in questa domanda le sottolineature sono state poste sulla richiesta di un giudizio personale (secondo lei è giusto?) e sull'opportunità che il medico, per non far sorgere dubbi, ponga a TUTTE le sue pazienti una domanda su eventuali violenze. Sarà interessante verificare le risposte delle donne a questa domanda anche alla luce del sesso del loro medico curante (i medici promotori della ricerca sono 3 uomini e 3 donne). La seconda domanda ha un duplice significato: incrocia le risposte date in precedenza con un ulteriore parere rispetto al ruolo del medico. La domanda è così formulata: "*Se ha subito violenza fisica, o sessuale o psicologica nel corso della sua vita, Le farebbe piacere parlare con:*" ed elenca una serie di possibilità. Al primo posto delle possibilità è citato il medico curante, di seguito l'assistente sociale, psicologo, forze dell'ordine, altre donne con esperienze simili o altro.

Le ultime domande sono relative allo stato di salute e prevedono la compilazione di un questionario sullo stato depressivo e sull'uso di farmaci per la depressione da parte delle intervistate, dato che si riteneva importante poter correlare con le risposte relative alle violenze subite.

In conclusione uno spazio di 7 righe per segnare un eventuale commento, ed un ringraziamento per la collaborazione con le istruzioni per la consegna del questionario compilato.

6) FASE ATTUATIVA DELLA RICERCA

1) La pubblicità

Con l'obiettivo di informare i principali soggetti istituzionali presenti sul territorio e di ottenere la loro collaborazione alla ricerca che stava per essere promossa, sono stati presi i contatti personalmente e/o tramite la lettera in allegato con i seguenti "attori":

- Sindaco e Amministrazione Comunale di Ponte nelle Alpi;
- Parroci delle parrocchie di Ponte n. Alpi;
- Ufficio Tutela Minori della Questura di Belluno;
- Consultorio familiare ULSS n. 1 di Belluno (competente per territorio);
- Consultori familiari ULSS n. 1 di Longarone e Puos D'Alpago competenti nei territori limitrofi;
- Consultorio familiare privato di Belluno;
- N. 2 Farmacie presenti sul territorio del Comune di Ponte n. Alpi e un negozio di articoli sanitari

La lettera, con intestazione e firma dell'Associazione comprendente tutti i medici di medicina generale del Comune di Ponte n. Alpi, indicava gli obiettivi della ricerca, i tempi e le modalità di attuazione e un riferimento nominativo cui rivolgersi per ottenere ulteriori informazioni e collaborazione.

L'iniziativa è stata quindi comunicata e discussa personalmente con gli operatori del Consultorio Familiare ULSS di Belluno e telefonicamente con il NUMERO ROSA di Treviso, essendo questo il centro "Anti-violenza" attivo più vicino alla Provincia di Belluno.

2) Il manifesto per gli ambulatori

Per evitare che un eccesso di pubblicità all'iniziativa rischiasse di inficiare i risultati della ricerca rendendo meno immediate e veritiere le risposte delle donne a delle problematiche di cui avevano già sentito parlare dai mass media, si è preferito non diffondere informazioni sull'indagine tramite giornali, radio o televisioni locali (come diversamente previsto nel progetto iniziale).

È stato, invece, ideato e realizzato, con la collaborazione del Centro Diurno del SerT dell'ULSS n. 1 di Belluno — SerT@mente - un manifesto del formato di due fogli A3 da esporre in tutte le sale di attesa degli ambulatori medici di Ponte nelle Alpi dove avrebbe avuto luogo nei mesi successivi la ricerca (v. allegato).

Tale manifesto, con l'indicazione in intestazione del patrocinio del Comune di Ponte n. Alpi e della collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste, presentava una breve descrizione del problema della violenza contro le donne, dei diversi modi in cui si può manifestare, delle principali conseguenze che ne derivano per la salute delle donne, dell'importanza che la violenza venga riconosciuta a livello di società perché la si possa

contrastare. Si chiedeva, quindi, a tutte le donne di partecipare alla ricerca compilando il questionario ANONIMO, che sarebbe stato consegnato loro da un'assistente sociale nella sala d'attesa, usufruendo eventualmente del suo aiuto per la compilazione. Tra gli obiettivi della ricerca indicati in fondo al manifesto sono stati evidenziati: la valutazione della diffusione del fenomeno nel territorio di Ponte n. Alpi; il dare voce alle donne che hanno bisogno di aiuto ma che non hanno la forza di chiederlo; il cercare le risposte più adeguate per sostenere le vittime della violenza ed infine la sensibilizzazione delle istituzioni verso questo problema e la costruzione di una specifica rete di protezione e appoggio per le donne in difficoltà.

Il manifesto appariva graficamente scritto in nero su uno sfondo di margheritone di campo, alcune delle quali colorate di giallo.

3) La somministrazione dei questionari

La fase di effettiva realizzazione della ricerca ha avuto inizio il giorno 26 aprile 2001 presso l'ambulatorio della dott.ssa De Marchi, promotrice dell'iniziativa.

L'accordo con la collega Assistente Sociale che insieme con me ha svolto la ricerca è tale per cui si sono garantite le quattro giornate settimanali in ogni ambulatorio medico.

calendario dell'attività svolta è illustrato di seguito:

26 aprile — 10 maggio :	1° ambulatorio	Ponte n. Alpi
16 maggio — 28 maggio :	2° ambulatorio	Ponte n. Alpi
29 maggio — 7 giugno :	3° ambulatorio	Ponte n. Alpi
11 giugno — 22 giugno :	4° ambulatorio	Paiane
25 giugno — 4 luglio :	5° ambulatorio	Col di Cugnan
4 luglio — 16 luglio :	6° ambulatorio	Paiane

In tutti gli ambulatori (tranne il primo dove si è utilizzato un paravento per isolare una parte della sala di attesa) è stato possibile avere a disposizione una stanzetta autonoma dotata di un tavolo e alcune sedie per permettere a tutte le donne che lo desideravano di avere un luogo tranquillo e riservato dove compilare il proprio questionario o dove poter ricevere aiuto nella compilazione da parte nostra.

A seguito di alcune preziose indicazioni ricevute dalla dott.ssa Romito, e dall'analisi delle modalità descritte in ricerche analoghe effettuate in Italia circa l'approccio più opportuno da realizzare nei confronti delle donne per presentare la ricerca e favorire la loro partecipazione consapevole, la somministrazione dei questionari ha avuto luogo come segue.

Dal mese di aprile al mese di luglio in ogni ambulatorio sono stati esposti due manifesti che anticipavano alle donne la ricerca che sarebbe stata effettuata.

Nelle due settimane di effettivo svolgimento dell'indagine, invece, era presente nella sala d'aspetto dell'ambulatorio in questione uno scatolone bianco con una scritta evidenziata con la dicitura "QUESTIONARI" e una fessura in alto dove poter inserire il proprio questionario.

Il medico, all'inizio della giornata in cui era presente l'Ass. Sociale, presentava a tutti i pazienti in sala d'aspetto l'iniziativa, nata per la prima volta nel Comune di Ponte n. Alpi e nell'intera Provincia di Belluno, gli obiettivi e l'importanza della ricerca, e invitava tutte le donne presenti (di qualsiasi età, e non come indicato nel progetto fino ai 65 anni, indipendentemente dal fatto che avessero o meno subito violenza nel corso della propria vita) a collaborare compilando il questionario anonimo che veniva dato loro da sole o usufruendo dell'aiuto dell'assistente sociale.

A quel punto il medico rientrava nell'ambulatorio e l'a.s. di turno distribuiva a tutte le donne che accettavano una copia del questionario, una penna, una base rigida per poterci scrivere sopra e una busta bianca dove inserire il questionario prima di imbucarlo nello scatolone apposito.

A tutte veniva offerta la possibilità di compilare il questionario nella stanza apposita e/o con aiuto. Si cercava inoltre di rassicurarle sul fatto che non avrebbero perso il proprio turno. Si rimaneva a disposizione, compatibilmente con il numero di persone che contemporaneamente avevano bisogno di spiegazioni o aiuto, per qualsiasi ulteriore chiarimento circa le modalità di compilazione del questionario o più in generale riguardo l'intera ricerca.

A tutte le donne che si presentavano successivamente presso l'ambulatorio ci si rivolgeva personalmente spiegando l'iniziativa, chiedendo la collaborazione e spiegando che si trattava di un'iniziativa originata e sostenuta anche dal loro medico di base al quale si poteva rivolgere per ottenere ulteriori informazioni ed eventualmente rassicurazioni e conferme in tal senso.

A conclusione del questionario le donne venivano invitate ad imbustarlo ed imbucarlo personalmente nello scatolone e si lasciava loro un *depliant* (v. allegato) informativo sul quale veniva ripreso lo scopo e l'importanza della ricerca, veniva espresso un ringraziamento a tutte le donne che vi avevano partecipato compilando il questionario anonimo o comunque sostenendo l'iniziativa e vi era l'indicazione di alcuni recapiti a cui rivolgersi nel caso in cui desiderasse parlare con qualcuno del problema della violenza alle donne:

- il proprio medico di base;
- il Consultorio Familiare di Belluno, con indirizzo e recapito telefonico;
- il n° telefonico del NUMERO ROSA più vicino, attivo a Treviso.

Il Erano comunque a disposizione di chi lo desiderasse copie di materiale informativo realizzato a seguito di ricerche analoghe effettuate in altri Comuni d'Italia.

7) ELEMENTI SIGNIFICATIVI DALL'ANALISI DEL "DIARIO"

1) Le risposte all'iniziativa.

a) Osservazioni di carattere generale

La ricerca ha avuto inizio presso l'ambulatorio del medico promotore dell'iniziativa il 26/04/2001 pomeriggio, giornata della settimana in cui si accedeva su appuntamento. La tabella 1 presenta i dati riassuntivi relativi all'affluenza di pazienti nei vari ambulatori.

La dottoressa caldeggiava la partecipazione delle sue pazienti all'indagine incoraggiandole e ribadendo in modo significativo ogni giorno l'importanza della loro esperienza per lo sviluppo della ricerca e per l'obiettivo ben più grande di aiutare tutte le donne che subiscono violenza. In questo ambulatorio sono state effettuate un numero complessivo di nove giornate di presenza delle Assistenti Sociali.

Nel successivo ambulatorio, come in tutti gli altri ambulatori, le donne hanno avuto a disposizione una stanzetta apposita dove potevano appartarsi per compilare più tranquillamente il proprio questionario da sole o con l'aiuto. Nel secondo ambulatorio si sono effettuate sette giornate, nel periodo tra il 16 e il 18 maggio.

Nel terzo ambulatorio si è potuto ulteriormente confermare l'effetto positivo dell'interessamento del medico, a conclusione della visita, al fatto che la paziente avesse compilato il questionario: ciò ha fatto sì che qualche donna, magari indecisa se partecipare o meno all'iniziativa, incoraggiata dal suo medico di fiducia abbia optato per la disponibilità.

In concomitanza con l'inizio delle ferie degli altri medici di base e in base all'accordo di sostituzione reciproca esistente tra di loro, l'affluenza nell'ambulatorio in questione è stata elevata e si sono utilizzate solo sei giornate, dal 29 maggio al 6 giugno. Il successivo ambulatorio era ubicato, come gli ultimi due, in aree più isolate del Comune: ciò ha determinato una resistenza maggiore nelle donne prima di dare la loro disponibilità, tipica delle piccole realtà dove tutti si conoscono e sono in qualche modo dubbiosi verso ciò che proviene dall'esterno.

AMBULATORIO	GIORNO	DONNE IN AMB.	ACCETTATO		GIÀ FATTO	NON RESIDENTE o <18 anni	RIFIUTATO	MOTIVAZIONI RIFIUTO				OSSERVAZIONI		
			SOLE	CON A.S.				a	b	c	d	a	b	c
1	26/04	16	13	0	0		3	1	1	1		3	1	
	27/04	22	13	1	0		8		2	6				
	30/04	17	11		0		6		2	4				
	03/05	13	12		0		1				1			
	08/05	16	8		2	1	5		2	3				
	09/05	9	5		1		4		1	3				
	10/05	12	9		1		2			2				
	24/05	11	5	4	1		1			1			1	
	05/07	11	5		3		3	2	1					
			81	5										
		127	86		8		33							
2	16/05	18	13	0	0	2	3	1	1	1				1
	17/05	11	9	0	0		2		1	1				
	21/05	6	2	3	0		1*			1				
	22/05	10	4	3	1		2			2				
	23/05	8	5	0	2		1		1					
	24/05	19	14	2	2		1			1				
	28/05	14	2	6	3		3			2	1			
				49	14									
		86	63		8		13							
3	29/05	13	10	0	2		1		1					
	30/05	14	6	7	1		0							
	31/05	12	8	1	1		2	1	1					
	05/06	17	9	3	4		1			1				
	06/06	30	14	5	4	1	6		2	4				
	07/06	34	16	3	5		10		5	3	1			
			63	19										
		120	82		17		20							
4	11/06	21	14	1	0		6			5	1			
	12/06	17	8	3	0		6		1	4+1*				
	13/06	11	0	8	0		3		1	2				
	14/06	11	6	3	0		2		1	1				
	19/06	18	7	3	2		6	1	1	3+1*				1
	20/06	27	12	4	3	1	7		1	5+1*				
	22/06	20	8	3	5		4			4				
			55	25										
		125	80		10		34							

AMBULATORIO	GIORNO	DONNE IN AMB.	ACCETTATO		GIÀ FATTO	NON RESIDENTE o <18 anni	RIFIUTATO	MOTIVAZIONI RIFIUTO				OSSERVAZIONI		
			SOLE	CON A.S.				a	b	c	d	a	b	c
5	25/06	5	2	1	1		1			1				
	27/06	12	2	3	2	1	4			4				
	28/06	9	4	1	1		3			3				
	29/06	12	5	2	2		3			3				
	02/07	16	1	5	2		8	2	1	4	1			
	04/07	14	3	6	2	1	2			2				
	05/07	12	5	2	3		2		1	1				
			22	20										
		80	42		13		23							
6	04/07	28	16	4	1	2	5			4	1			
	09/07	25	15	5	3		2			2				2
	10/07	17	7	2	6		2			2				
	11/07	23	12	4	5		2			1+1*				
	13/07	20	9	3	6		2			2				1
	16/07	21	6	1	10	2	2			2				
	17/07	17	4	3	4	1	5	2		3				
			69	22										
		151	91		35		20							
Totali		689	444		91	12	143	10	28	98	7			

Motivazione del rifiuto:

- a) Persona anziana o con handicap 10
- b) Persona di fretta 28
- c) Persona non disponibile 98
- d) Persona che sta male 7

Osservazioni:

- a) questionario già compilato nel test di prova
- b) questionario compilato in collaborazione con il partner
- c) donne che non hanno dato disponibilità a compilare il questionario la prima volta ma solo successivamente

* rifiuto reiterato

Il numero delle giornate impiegate è stato di sette, dall'11 al 22 giugno.

Presso il quinto ambulatorio, trattandosi di un medico con un numero di assistiti inferiore rispetto agli altri, si sono volute effettuare ugualmente sette giornate, nonostante l'affluenza nell'ambulatorio fosse quantitativamente inferiore e più diradata e per questo fosse più difficile ottenere la disponibilità delle donne a compilare il questionario dovendo impiegare del tempo in più oltre quello necessario per la visita dal dottore.

Nell'ultimo ambulatorio, poiché il medico era appena tornato da tre settimane di ferie, la situazione era capovolta: la gente rimaneva in attesa anche per ore, per cui c'è stata più disponibilità a collaborare per la ricerca.

Anche qui si sono utilizzate sette giornate, dal 4 al 17 luglio.

Nel complesso il questionario è stato proposto a tutte le 598 donne che si sono presentate presso gli ambulatori appena descritti. I questionari raccolti alla fine della ricerca e consegnati all'Istituto di Ricerca IRTEF di Udine per l'elaborazione dei dati sono stati 444. Il tasso di risposta è stato quindi del 74%.

Se tra le donne che non hanno partecipato alla ricerca si escludono quelle non residenti nel Comune di Ponte o < di 18 anni, quelle troppo anziane o ammalate e quelle di fretta (perché dal medico solo per il ritiro di una ricetta), il tasso di risposta raggiunge l'82%.

Di queste 444 donne, 105 si sono avvalse dell'aiuto dell'Assistente Sociale per la compilazione, mentre le altre lo hanno fatto da sole o tutt'al più chiedendo qualche informazione su alcune domande.

b) Le principali motivazioni di rifiuto da parte delle donne

Tra le 143 donne che hanno rifiutato di collaborare con la compilazione del questionario, escludendo quelle che l'avevano già fatto in occasione di una visita recedente, si possono distinguere quattro grandi categorie di seguito analizzate nel dettaglio.

- a) PERSONA TROPPO ANZIANA O CON HANDICAP: 10 donne. Rientrano in questa categoria quelle persone non in grado di comprendere il senso della ricerca né il significato delle singole domande perché affette da grave ipoacusia, demenza senile, patologie tipiche della vecchiaia in generale o malattie invalidanti.
- b) PERSONA "DI FRETTA": 28 donne. Si tratta di quelle persone che vanno dal medico solo per un'impegnativa o una ricetta e in quasi tutti gli ambulatori avevano corsia preferenziale di accesso dal medico mezz'ora prima dell'orario normale di inizio dell'ambulatorio; in ogni caso erano persone poco disponibili a fermarsi per compilare il questionario perché con il tempo contato.
- c) PERSONA NON DISPONIBILE: 98 donne. Rientrano in questa categoria tutte quelle donne che si sono dette non interessate all'iniziativa (15), che hanno detto di non aver voglia di compilare il questionario (34) o di non avere gli occhiali (12) nonostante fosse stata offerta loro la possibilità di compilarlo insieme all'Ass. Sociale in stanza separata; ci sono state donne che hanno sostenuto di non avere problemi di questo genere o di esserne lontane per cui lasciavano il questionario alle giovani o a chi ne aveva bisogno (11); altre donne hanno affermato di non credere a queste iniziative (3) o di non avere assolutamente intenzione di compilare un simile questionario (7); infine ci sono state donne le quali, nel momento in cui è stato proposto loro il questionario non volevano o non potevano compilarlo, ma hanno detto che sarebbero tornate (16).
- d) PERSONA CHE STA MALE: 7 donne. In quest'ultima categoria rientrano tutte le donne arrivate negli ambulatori con forti dolori fisici o gravi disagi psicologici che visibilmente non permettevano loro di concentrarsi per compilare il questionario.

c) Le domande più frequenti di chiarimento

Le donne ci hanno posto spesso delle domande di chiarimento o delle osservazioni proposito del questionario. Ecco le più frequenti:

1. manca la risposta no alla terza parte delle domande n. 10, 11, 20, 21 circa l, eventuali conseguenze per la salute derivanti da violenza fisica o sessuale subita nell'ultimo anno o nel corso della vita
2. come va intesa la domanda n. 28 "*Se ha subito violenza fisica o sessuale psicologica nel corso della sua vita, Le farebbe piacere parlare con:*" dal momento che segue una domanda generale rivolta a tutte le donne, sia che esse abbiano subito violenza sia che non l'abbiano subita? A tutte le donne è stata data la stessa indicazione: considerare la domanda come ipotetica e indirizzata a tutte: "*Se ha o se avesse subito violenza*", per cui il parere viene chiesto a tutte, indipendentemente dall'aver subito violenza.
3. Come considerare la violenza fisica a cui va incontro chi assiste per lavoro o in casa anziani con la malattia di Alzheimer, inconsapevolmente maneschi? A tali donne è stato detto di specificare l'autore di questo tipo di violenza all'interno della voce "*altre persone (specificare)*".
4. Due donne hanno chiesto se e dove poter inserire nel questionario la violenza che ritenevano di aver 'subito' nell'essere state sottoposte all'asportazione del seno.
5. Si fa presente il caso di una signora che sentiva di aver subito una violenza che però non rientrava nelle categorie presenti nel questionario. Anni fa la signora si era rivolta al suo precedente medico di base perché incinta e quest'ultimo le ha consigliato di abortire perché si trattava di una gravidanza a rischio; anche il marito insisteva in tal senso e alla fine la signora ha ceduto, seppure contro voglia. Un ginecologo consultato successivamente le ha chiarito che non si trattava

assolutamente di una gravidanza a rischio. Attualmente la signora vive ancora con questo senso di colpa.

d) Alcune situazioni particolari

Nell'ultima parte della tabella 1 è possibile rilevare alcune osservazioni, riunite in tre categorie, relative alle donne che hanno partecipato alla ricerca.

1. Tre donne, incontrate nell'ambulatorio della dott.ssa De Marchi che aveva sperimentato il questionario con alcune sue pazienti prima dell'inizio ufficiale della ricerca, si sono trovate di fronte per la seconda volta allo stesso questionario (sebbene modificato): è stato necessario spiegare loro che il primo questionario era una prova che si era fatta per verificare la sua validità, mentre il secondo era quello "ufficiale" e realmente utile ai fini della ricerca.
2. Due donne hanno sì dato la loro disponibilità a compilare il questionario, ma questa operazione è avvenuta in collaborazione con il marito e previa sua autorizzazione o controllo a lavoro terminato. Nonostante in queste circostanze sia stato evidenziato alle coppie e in particolare alle donne che si trattava di un argomento delicato e molto sensibile per cui sarebbe stato meglio che lo avessero compilato da sole, molte di esse hanno detto di non avere segreti con il proprio partner o che comunque preferivano avere il parere del marito.
3. Ci sono state, infine, due donne le quali hanno rifiutato di partecipare alla ricerca la prima volta che è stata presentata loro ma nei giorni successivi, magari presso altri ambulatori, di fronte alla proposta di compilare il questionario che di nuovo veniva rivolta loro, dicevano di aver cambiato idea o di averci pensato su per cui accettavano di collaborare.

2) La reazione delle donne all'iniziativa

Diversificate sono state le reazioni delle donne a questa iniziativa: volendole in qualche modo raggruppare tra di loro per analogie, possono essere suddivise come segue.

1) Moltissime donne hanno approvato e lodato l'iniziativa, in quanto per loro ha rappresentato un'opportunità di "tirar fuori" qualcosa che le ha fatte soffrire con l'idea che ciò potesse essere loro utile ma anche essere d'aiuto ad altre donne con lo stesso problema.

Ci sono state considerazioni positive sull'interessamento per le donne, "che ne hanno bisogno" e sul fatto che si tratta di un'iniziativa nuova e indispensabile in un territorio come la Provincia di Belluno dove non esistono Servizi adeguati a questo tipo di problematica.

Altre donne hanno trovato molto interessante il questionario, in quanto riferito a molteplici tipologie di violenza sia nel presente che nel passato; molte di loro, ad esempio, non avevano mai riflettuto sul fatto che potesse esistere la violenza psicologica.

Una donna ha ribadito l'importanza di questa ricerca sul problema della violenza alle donne e ha paragonato le difficoltà cui si va incontro prima che un problema come questo venga riconosciuto ufficialmente dalla collettività, alla sua esperienza e alle difficoltà prima di riuscire ad aprire la sezione bellunese dell'associazione donne operate al seno.

2) Una seconda tipologia di risposta all'iniziativa di ricerca è stata quella, forse la più "umana", di tutte quelle donne che hanno reagito emotivamente.

Una signora, dopo aver ascoltato la presentazione del questionario si è messa a piangere, dicendo di essere dal dottore proprio perché il marito l'aveva picchiata. Un'altra ha dichiarato di essere soddisfatta di aver barrato la casella relativa alle molestie sessuali subite da un amico di famiglia, evento del quale non era più riuscita a parlarne con nessuno tranne con i genitori dopo che ciò accadde.

Analogamente l'esperienza di una donna che, mentre compilava il questionario con l'aiuto dell'Ass. sociale, diceva che le domande sembravano fatte apposta per lei e che era stato meglio 'parlare con l'Ass. Sociale che confessarsi'.

Molte donne hanno commentato le domande del questionario come "impressionanti", e qualcuna ha sottolineato l'umiliazione che deve rappresentare per una donna il subire violenze.

3) Frequenti sono state le donne che hanno chiesto di poter coinvolgere nella ricerca altre donne da loro conosciute o parenti che convivono con il problema della violenza. Tutte coloro che risultavano residenti nel Comune di Ponte n. Alpi sono state invitate a presentarsi in uno degli ambulatori medici nei giorni in cui si era presenti con la ricerca; per le altre sono stati forniti, a chi li chiedeva, *depliant* informativi sui Servizi presenti sul territorio bellunese e i numeri telefonici a cui eventualmente rivolgersi.

4) Una reazione diffusa è stata, comunque, la diffidenza e il rifiuto.

Diffidenza soprattutto circa il reale anonimato della ricerca: più d'una donna ha intavolato delle discussioni polemiche circa questo aspetto.

Rifiuto verso l'iniziativa, invece, perché poco fiduciose nelle statistiche ma soprattutto perché lontane da questi problemi "dovrei dire tutti no", non interessate "no grazie" oppure "non è mica obbligatorio, vero?", o perché ritenute cose da giovani "alla mia età quello che è stato è stato!" e "i test sono cose da giovani".

5) Infine alcune donne hanno manifestato chiusura verso questa iniziativa e non disponibilità a collaborare perché troppo coinvolte nel passato con la problematica della violenza da non volerne più parlare.

6) Una donna, imbucando il questionario, ha detto ad alta voce di augurare a tutte le donne di avere un marito come il suo, che non la tocca nemmeno con un fiore!

3) I commenti e le discussioni negli ambulatori

La ricerca effettuata sulla violenza alle donne ha suscitato parecchie discussioni nelle sale d'aspetto degli ambulatori che hanno visto la partecipazione anche degli uomini presenti.

Moltissimi sono stati i riferimenti al fatto che un simile questionario dovrebbero farlo anche gli uomini o soprattutto gli uomini, dal momento che "le donne non sono tutte sante!". Un signore, che scherzava sul fatto di voler compilare anche lui il questionario in quanto "uno dei cattivi", di fronte all'esposizione dei dati preoccupanti di presenza di violenza alle donne che cominciavano ad emergere dai primi ambulatori (circa una donna su dieci!) si è ricreduto commentando che si trattava di un numero spaventoso e non ha più parlato.

Ci sono state donne che hanno apostrofato gli uomini definendoli "più animali degli animali" e "meno addomesticabili anche del cane più feroce".

Purtroppo si è potuta riscontrare un'idea ancora troppo radicata (soprattutto negli uomini, ma anche nelle donne) relativa al fatto che le donne, in qualche modo, sono causa prima della violenza che gli uomini mettono in atto contro di loro.

Di seguito alcuni commenti fatti da donne: "Le donne con le gonne corte si cercano la violenza, la producono nell'uomo"; "Spesso alcune donne sono loro a stuzzicare gli uomini..."; "In tutte le storie in TV sono gli uomini ad uccidere, sparare, strangolare...: in realtà sono le donne che, prima si sono concesse, e poi si sono ritirate"; un uomo dice che le donne provocano e che l'uomo agisce d'istinto; una donna dice di restare stupita ogni volta che va in discoteca a ballare il liscio nell'osservare l'abbigliamento semi-nudo delle ragazze: "se la cercano, sono li apposta!" Per fortuna c'è chi commenta che non è comunque una buona motivazione per fare violenza alle donne.

L'occasione di parlare del problema della violenza alle donne si è spesso allargata a riflessioni più generali di pessimismo generale sull'andamento della società contemporanea: "I giovani di oggi sono drogati e violenti; sono svegli e fanno tutto subito. Anche in passato c'era il problema del lavoro, ma i giovani non erano così. Il mondo andrà sempre peggio". "Hanno abolito le case chiuse, abbiamo gli immigrati che rubano il lavoro ai nostri giovani, in Africa fanno troppi figli: e poi i problemi ce li ritroviamo noi qui...". "Non c'è più rispetto per la dignità della persona".

Bisognerebbe estirpare la violenza dalla testa degli uomini per risolvere il problema della violenza". "I medici non sono più come una volta, che avevano tempo per ascoltare: ora fanno solo ricette".

Ci sono stati anche frequenti fraintendimenti dell'iniziativa, che è stata scambiata per ennesima votazione o sondaggio (la ricerca è cominciata in pieno periodo elettorale), per statistica, per divulgazione di informazioni sull'esenzione del ticket sui farmaci o per prevenzione e promozione del pap-test.

Nel complesso, tuttavia, numerosissime sono state le persone che si sono interessate all'iniziativa al di là della semplice partecipazione con la compilazione del questionario: molti rappresentanti farmaceutici hanno chiesto informazioni sull'iniziativa, così come

parecchi hanno chiesto che origine aveva la ricerca e a che sviluppi avrebbe portato, come stava procedendo, quanta gente collaborava,...

Molteplici sono stati gli incoraggiamenti e significativo il sostegno ricevuto.

PARTE TERZA

I RISULTATI DELLA RICERCA

A seguito dell'analisi statistica realizzata dall'Istituto di Ricerca IRTEF di Udine e dalla dott.ssa Romito, i dati presi in considerazione riguardano un numero complessivo di 426 questionari ritenuti validi per la ricerca su 444 effettuati.

I risultati, presentati sommariamente in questo capitolo, verranno poi ripresi più nel dettaglio nel capitolo successivo: dall'analisi, infatti, delle caratteristiche socio-demografiche delle donne intervistate e del tipo di violenza subita, si possono ricavare delle prime informazioni utili per il successivo approfondimento sulla natura e le conseguenze della violenza all'interno della coppia e in famiglia.

1) CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLE DONNE INTERVISTATE

426 donne intervistate sono raggruppabili in cinque fasce d'età (v. tabella 1); solo donne non hanno reso nota la propria età.

Tab. 1 – Età delle donne

Età	18-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50-59 anni	60-69 anni	>70 anni	N.R.
donne	67	77	95	87	59	39	2
Percent.	15.7%	18.1%	22.3%	20.4%	13.9%	9.1%	0.5%

Sei donne (1.4%) risultano di nazionalità non italiana.

Relativamente ai figli, 311 donne (73%) dichiarano di avere almeno uno.

La tabella 2 mette in evidenza l'età del figlio più piccolo delle intervistate: il 14.3% delle donne ha un figlio con un'età al di sotto dei 10 anni; il 13.2% ha il figlio minore in un'età compresa tra i 10 e i 18 anni.

Il 42.2% delle donne ha figli maggiorenni e il 27.0% dichiara di non avere figli.

Tab. 2 – Età figlio più piccolo

Età figlio + piccolo	Età figlio 0-9 anni	Età figlio 10-18 anni	Età figlio >18 anni	N.R.	Non ha figli
N° donne	61	56	180	14	115
Percent.	14.3%	13.2%	42.2%	3.3%	27.0%

Tab. 3 - Scolarità

Scolarità	Elementari	Medie	Medie+dipl	Diploma	Laurea
N° donne	135	98	59	119	15
Percent.	31.7%	23.0%	13.8%	27.9%	3.5%

Dalla tabella 3 si può rilevare come il titolo di studio più diffuso tra le intervistate sia la licenza elementare (31.7%) subito seguito dal diploma di scuola superiore (27.9%).

Un ultimo dato significativo riguarda lo stato civile delle donne: la tabella 4 evidenzia che la percentuale più elevata riguarda donne coniugate (63.4%).

Tab. 4 – Stato civile

Stato civile	sposata	separata	divorziata	vedova	nubile
N° donne	270	13	11	52	80
Percent.	63.4%	3.0%	2.6%	12.2%	18.8%

2) LE PRINCIPALI FORME DI VIOLENZA

1) Nell'ultimo anno

La prima parte del questionario, relativa alle eventuali violenze subite dalle donne nel corso dell'ultimo anno, presentava domande sulle diverse tipologie di violenza.

21 donne (4.9%) hanno dichiarato di aver subito **violenza fisica**, intendendo con questo termine l'essere state spinte o buttate per terra, prese a schiaffi, a pugni, a calci, morse o colpite con oggetti o altri tipi di aggressioni. Tra le conseguenze legate a questo tipo di violenza riportate dalle donne, frequente è stata la depressione (13), seguita dall'ansia (9) e l'insonnia (8).

La **violenza sessuale**, ovvero l'essere state obbligate o forzate con la forza, le minacce o il ricatto ad avere rapporti sessuali o a compiere degli atti sessuali non desiderati, è stata subita da 4 donne, 3 delle quali da parte del marito o compagno.

La **violenza psicologica** è stata suddivisa in alcune sottocategorie in relazione alle quali è emerso quanto segue: 12 donne (2.8%) sono state sottoposte a minacce di essere picchiate, uccise o altro; 78 donne (18.3%) lamentano di essere state insultate, denigrate o offese; 35 donne (8.2%) hanno subito controlli sulle proprie uscite o telefonate, sono state impedito nel frequentare alcune persone, qualcuno ha rotto i loro oggetti o sono state disturbate con telefonate, pedinate, spiate. Infine 12 donne (2.8%) si sono dichiarate condizionate nel dover rendere conto anche delle piccole spese, nel non avere voce in capitolo nelle spese di casa, nell'aver qualcuno che sottrae loro i propri soldi.

Tra le conseguenze di queste diverse forme di violenza 35 donne hanno accusato conseguenze sul proprio stato di salute e benessere: 27 donne riportano di aver avuto

ripercussioni sul proprio stato di ansia; 24 sono andate incontro a depressione e 14 ad insonnia.

43 donne dichiarano di essere ancora in contatto con chi ha fatto loro violenza e 14 sostengono di avere ancora paura di queste persone.

2) Nel corso della vita

I numeri della violenza aumentano considerevolmente se si passa a considerare la violenza subita prima degli ultimi 12 mesi, nel corso della vita delle intervistate.

60 (14.0%) sono le donne che riportano di aver subito **violenza fisica** (e cioè essere state spinte, buttate per terra, prese a pugni, calci...) nel corso della propria vita.

Tra le conseguenze, oltre alle già evidenziate ansia, depressione ed insonnia, emergono i lividi, gli ematomi, gli "occhi neri".

Relativamente alla **violenza sessuale**, 33 donne (7.7%) dichiarano di essere state obbligate o forzate (con minacce, ricatti..) ad avere rapporti sessuali; 58 (13.6%) sono, invece, le donne sottoposte ad altri tipi di **molestie sessuali**, quali l'essere state toccate o l'aver dovuto toccare le parti intime, aver assistito all'esibizione di parti intime o materiale pornografico o altri tipi di molestie.

La **violenza psicologica**, in questo caso riunita in un'unica domanda, ha interessato il 19.5% delle intervistate (83 donne), 64 delle quali ne hanno riportato conseguenze per la loro salute o per il loro benessere in termini di ansia, depressione, insonnia e altri problemi di salute.

3) IL BISOGNO DI PARLARNE DELLE DONNE

È un dato significativo il fatto che 352 donne sulle 426 intervistate, ovvero l'82.6% considerino giusto che il medico curante faccia a tutte le pazienti una domanda su eventuali violenze subite, mentre solo 28 si dichiarino contrarie e 34 sono incerte.

Interpellate circa una preferenza sulle persone con le quali avrebbero piacere di parlare della loro eventuale esperienza di violenza, 146 donne (54.2%) indicano il proprio medico curante; 76 donne (28.2%) preferirebbero parlarne con uno psicologo e 58 (21.5%) si sentirebbero a proprio agio con altre donne che hanno avuto esperienze di violenza; 23 donne (8.5%) si rivolgerebbero all'Assistente Sociale e 19 (7.0%) farebbero riferimento alle Forze dell'Ordine.

Si precisa che a questa domanda era possibile indicare più di una preferenza, per cui il totale complessivo delle percentuali è superiore a 100.

Tab. 5 – Se ha subito violenza, con chi ne parlerebbe?

	N°	%
Medico curante	146	54.2
Psicologo	76	28.2
Altre donne	58	21.5
Assistente Sociale	23	8.5
Forze Ordine	19	7.0
Parenti	18	6.7

4) I COMMENTI A FONDO DEL QUESTIONARIO

All'ultima domanda, lasciata volutamente aperta con la dicitura *"Vuole aggiungere qualcosa?"*, 63 donne hanno voluto contribuire scrivendo le proprie osservazioni e alcuni commenti sull'iniziativa di ricerca.

Tra gli allegati, a conclusione della tesi, è possibile leggere integralmente i testi scritti dalle donne con l'indicazione (tra parentesi) della classe di età dell'autrice e del tipo di violenza eventualmente subita; di seguito vi sono le principali aree tematiche all'interno delle quali abbiamo categorizzato le risposte a quest'ultima domanda.

a) Numerosissime sono state le donne che hanno esplicitamente elogiato l'iniziativa, definendola una cosa giusta, utile, importante... per le donne di tutte le età e per la stessa società nel suo complesso.

"È una bella iniziativa! Speriamo che tutte le donne compilino il questionario. Auguri."
(40-49 anni, nessuna violenza)

"È bello che finalmente qualcuno si occupi di questo: ogni sforzo fatto darà più forza a chi per ora deve soltanto subire"
(40-49 anni, violenza fisica, insulti nell'ultimo anno, violenza psicologica nel passato)

"Ricerca utile per le donne di tutte le età. Violenze da non dimenticare e di cui bisogna parlare"
(60-69 anni, violenza fisica, sessuale nel passato)

"Credo sia giusto sensibilizzare le persone (entrambi i sessi) a questo grande problema delle violenze affinché si facciano passi in avanti per porne fine."
(20-29 anni, insulti, violenza psicologica nell'ultimo anno)

Molte sono state anche le manifestazioni di ringraziamento per aver avuto questa opportunità di esprimere un proprio dolore.

"Grazie per avermi dato la possibilità di dire qualcosa"

(20-29 anni, fisica, sessuale, minacce, insulti psicologici nell'ultimo anno, violenza psicologica nel passato)

"Spero di essere stata utile. Grazie"

(20-29 anni, violenza psicologica nell'ultimo anno, molestie nel passato)

"Grazie a voi"

(50-59 anni, molestie nel passato)

b) Alcune donne hanno riportato delle osservazioni tecniche sul questionario, in particolar modo sulla domanda n. 30 relativa ai sintomi di depressione: la avrebbero impostata meglio, inserendo una risposta intermedia tra il sì e il no, trattandosi di stati d'animo non così nettamente separabili. Altre consigli hanno riguardato la questione, più volte emersa anche verbalmente, della garanzia dell'anonimato: c'è chi suggerisce un questionario reso ancora più anonimo e chi da per scontato che una donna che ha subito violenza non risponderebbe con sincerità a domande così strutturate.

"Il punto 30 non mi sembra impostato al meglio"

(50-59 anni, minacce, insulti nell'ultimo anno, violenza sessuale, molestie nel passato)

"Vorrei solo dire che, se anche questo questionario è anonimo, chi avesse subito un qualsiasi tipo di violenza, sicuramente non risponderebbe con sincerità"

(30-39 anni, insulti nell'ultimo anno)

c) In parecchi questionari le donne hanno espresso delle riflessioni sulla propria situazione personale, sulle esperienze vissute e talvolta hanno esplicitato l'interpretazione da dare alle loro risposte sul questionario.

"Spesso la violenza psicologica fa più male di quella fisica Xché "corrode" la mente della persona che ne è vittima. L'anno scorso (2000) X questo motivo ho pensato svariate volte al suicidio e tuttora sono in cura da una psicologa"

(30-39 anni, violenza sessuale, insulti psicologici nell'ultimo anno, violenza sessuale, molestie nel passato)

"Non ho avuto un'infanzia molto bella (divorzio dei genitori) – un'adolescenza difficile (cambiato nazione) – un primo marito violento che beveva e molto attaccato a una madre possessiva – ma da alcuni anni ho iniziato una nuova vita con una persona che mi apprezza e che mi ama ho dei figli e ho tutti i problemi che ha una famiglia normale, ma sto bene e sono tranquilla. Abbastanza. Saluto."

(40-49 anni, insulti, violenza psicologica, altre violenze nell'ultimo anno, violenze fisiche, sessuali, molestie, psicologiche nel passato)

"I miei disturbi attuali sono dovuti alla menopausa"

(50-59 anni, no violenza)

"L'ultimo mese è stato caratterizzato da eventi tristi e spiacevoli altrimenti la mia situazione psicologica attuale sarebbe molto migliore"

(30-39 anni, insulti nell'ultimo anno, violenza fisica, molestie nel passato)

d) In alcuni questionari si sono potute riscontrare delle richieste, degli auspici, dei suggerimenti rivolti genericamente a chi si occupa di violenza.

"Vorrei che ci insegnassero a difendere i nostri figli da pedofili o persone che potrebbero molestarli o condurli in strade pericolose. Grazie."

(40-49 anni violenza fisica, molestie psicologiche nel passato)

"Vorrei che si facesse qualcosa di più per aiutare le famiglie con problemi di alcool"

(40-49 anni, insulti nell'ultimo anno, violenza fisica, psicologica nel passato)

e) Alcune pazienti hanno espresso un commento esplicitamente rivolto alla categoria dei medici, auspicando attenzione anche per l'aspetto psicologico della malattia.

"Sarebbe utile che i medici fossero più sensibili verso i problemi psicologici delle donne. Forse ci vorrebbero più donne-medico? Anche il problema della menopausa non è da poco. Grazie per l'attenzione."

(50-59 anni, insulti, violenza psicologica nell'ultimo anno, violenze fisiche, sessuali, molestie nel passato)

"Ad una mamma che ha una figlia ammalata di (una malattia grave) (fino a anni era al top, poi improvvisamente la malattia; quasi alla laurea la figlia ha dovuto interrompere, non tralasciare gli studi) i medici dovrebbero dare risposte più sicure, non solo tentativi di cure."

(50-59 anni, no violenza)

f) Molto significative sono state, infine, le riflessioni generali sul tema della violenza alle donne, così come descritte con partecipazione e sentimento nonostante le poche righe a disposizione.

"A volte nel posto di lavoro noi donne dobbiamo dare il 150% in più perché gli uomini pensino che siamo "quasi" competenti quanto loro"

(20-29 anni no violenza)

"Mi sembra che quasi in 50 anni le cose siano cambiate poco e per combattere la violenza psicologica, sessuale e la pedofilia la società dovrebbe fare di più e le persone responsabili prendersi le loro decisioni a cuore"

(50-59 anni, violenza fisica, minacce, insulti, economica nell'ultimo anno; violenza fisica, sessuale, molestie, psicologica nel passato)

"Grazie alle persone con le quali ho parlato dei problemi nel corso della mia vita sono riuscita ad abbattere i sensi di colpa che mi rovinavano l'esistenza. Mi permetto di dare un consiglio spassionato a tutte le donne: mai chiudersi in se stesse, parlare e non avere paura."

(50-59 anni, molestie, violenza psicologica nel passato)

"Ho denunciato alle forze dell'ordine un extracomunitario per violenza sessuale e la persona è ancora libera, di fare del male ad altre donne."

(30-39 anni, violenza fisica, sessuale, economica nell'ultimo anno; violenze fisiche nel passato)

"È molto importante avere un punto di riferimento per noi donne, al di fuori di quello che è il nostro ambiente abituale."

(20-29 anni, violenza fisica nell'ultimo anno; violenza fisica nel passato)

"L'unica cosa che potrei aggiungere è che chi subisce qualsiasi tipo di violenza riesca a parlare con qualcuno (familiari/parroci/o altro) e speriamo che questo serva."

(40-49 anni, no violenza)

5) LA VIOLENZA DI COPPIA (DA PARTNER O EX PARTNER)

Un criterio di analisi dei dati rilevati dalla ricerca appena descritta è quello che distingue la violenza a seconda dell'autore che la agisce: in questa seconda parte della tesi verrà approfondita la **violenza di coppia**, ovvero la violenza agita da un partner (marito, fidanzata, convivente) o da un ex-partner.

Sono escluse quindi dall'analisi le violenze messe in atto da familiari o altri soggetti, conosciuti o meno dalla vittima.

1) Tipologia della violenza

La tab. 1 mette in evidenza le frequenze relative alle diverse tipologie di violenza che le intervistate dichiarano di aver subito da parte di un partner (o ex partner): si possono distinguere le violenze fisiche, quelle sessuali e quelle psicologiche (suddivise in minacce, insulti, v. economiche e altre v. psicologiche).

Nelle prime due colonne i dati sono riferiti ad esperienze di violenze nell'ultimo anno; la terza e la quarta colonna riguardano invece violenze subite nel passato.

In riferimento a queste ultime non vi è una distinzione tra le varie forma di violenza psicologica in quanto il questionario stesso presentava un'unica domanda cumulativa.

Tab. 1 – Tipologia violenza di coppia

	Ultimi 12 mesi		Nel passato	
	N°	%	N°	%
V. fisiche	16	03.08.00	32	7.5
V. sessuali	3	0.7	18	4.2
Minacce	8	1.9	33	07.07.00
Insulti	31	7.3		
Altre v. psicolog.	17	4.0		
V. economica	9	2.1		

2) Violenze singole o multiple

I dati della ricerca hanno confermato che spesso le donne non subiscono 'solo' un'unica forma di violenza ma più tipologie di violenza associate tra di loro.

Gli indicatori presenti nella tabella 2 prendono in considerazione la violenza psicologica e quella fisica/sessuale agite sia singolarmente che insieme.

Tab. 2 – Associazione violenza di coppia

	Ultimi 12 mesi		Nel passato	
	N°	%	N°	%
Nessuna violenza	384	90.1	366	85.9
V. solo psicologica	25	5.9	19	4.5
V. solo fisica/sessuale	3	0.7	27	6.3
V. fisica/sessuale e psic.	14	3.3	14	3.3

La percentuale delle donne che negli ultimi 12 mesi ha subito una forma grave di violenza (fisica/sessuale da sola o associata a v. psicologica) rappresenta il **4%** delle intervistate. Tale percentuale raggiunge il **10%** se si considerano le donne vittime di una qualsiasi forma di violenza di coppia nell'ultimo anno.

I dati riferiti al passato evidenziano una percentuale del 9.6% di donne sottoposte a violenza fisica/sessuale da sola o unita a violenza psicologica e complessivamente una percentuale del 14% di donne vittime di violenza di coppia nel corso della vita.

Le due tabelle di seguito mettono in evidenza, all'interno della cornice delle violenze di coppia nel corso della vita, se queste abbiano riguardato solo il passato, se si riferiscano solo al presente o se si continuino a perpetrare per anni.

Tab. 3 – Violenza di coppia nel corso della vita

	N°	%
Non ha subito violenza	373	87.06.00
Solo in passato, ora non più	36	8.5
Solo negli ultimi 12 mesi	12	2.8
In passato e negli ultimi 12 mesi	5	1.2

Per quanto riguarda la violenza fisica/sexuale, 2.8% è la percentuale delle nuove violenze emerse nell'ultimo anno.

Significativo è il dato relativo all'8.5% delle donne (36) che sono state sottoposte a violenza di questo tipo in passato ed ora non lo sono più; spesso si tratta di donne che si sono "liberate" da sole da questa sottomissione.

Tab. 4 – Violenza di coppia nel corso della vita

	Violenza di ogni tipo (inclusa violenza psicologica)	
	N°	%
Non ha subito violenza	347	81.5
Solo in passato, ora non più	37	8.7
Solo negli ultimi 12 mesi	19	4.5
In passato e negli ultimi 12 mesi	23	5.4

I dati riguardanti ogni tipo di violenza, compresa quindi quella psicologica, riportano una percentuale del 4.5% di violenza emersa negli ultimi 12 mesi e il 5.4% di donne vittime di violenze che si ripetono da anni.

3) Distribuzione casi di violenza di coppia per ambulatorio

La tabella 5 approfondisce la distribuzione dei casi di donne vittime di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner (o ex) negli ultimi 12 mesi a seconda dell'ambulatorio medico in cui sono stati rilevati i dati.

Tab. 5 – Violenza di coppia – violenza fisica e/o sessuale negli ultimi 12 mesi

AMBULATORIO	NO	SI	TOTALE
1°	68 89.5%	8 10.5%	76 100.0%
2°	85 100.0%		85 100.0%
3°	41 100.0%		41 100.0%
4°	63 98.4%	1 1.6%	64 100.0%
5°	74 92.5%	6 7.5%	80 100.0%
6°	78 97.5%	2 2.5%	80 100.0%
TOTALE	409 96.0%	17 4.0%	426 100.0%

Si può osservare come la percentuale maggiore di violenze fisiche e/o sessuali sia quella del primo ambulatorio, relativo alla dottoressa promotrice dell'iniziativa di ricerca: probabilmente la sua sensibilità verso tale problema l'ha portata sia a cogliere questa realtà così diffusa anche tra le sue pazienti sia a trasmettere loro l'importanza di collaborare attivamente a questa ricerca compilando il questionario con attenzione e sincerità.

Una seconda osservazione riguarda il fatto che tre dei quattro ambulatori dove si è verificata la presenza di donne vittime di violenza fisica e lo sessuale siano quelli della zona più centrale del Paese di Ponte nelle Alpi: potrebbe trattarsi di un fenomeno più diffuso o più denunciato da parte di donne che vivono in un ambiente più assimilabile alla realtà cittadina che a quella rurale e decentrata delle frazioni circostanti.

4) Caratteristiche socio-demografiche e violenza di coppia negli ultimi 12 mesi

Tab. 6 - VIOLENZA DI COPPIA E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

	Viol. Fisica e/o sessuale		Viol. Fisica e/o sessuale e/o psicologica	
	N	%	N°	%
TOTALE (426)	17	4.0	42	9.9
Età				
17-29 (67)	3	4.5	8	11.9
30-39 (77)	7	9.1	12	15.6
40-49 (95)	3	3.2	10	10.5
50-59 (87)	4	4.6	9	10.3
60-69 (59)	-	-	-	-
70-85 (39)	-	-	3	7.7
Figli (età+piccolo)				
Sì, 1-9 a (61)	7	11.5	13	21.3
Sì, 10-18 a (56)	-	-	4	7.1
Sì, magg. (180)	3	1.7	12	6.7
Senza figli	5	4.3	11	9.6
Incinta				
NO (410)	15	3.7	40	9.8
SI (14)	2	14.3	2	14.3

	Viol. Fisica e/o sessuale		Viol. Fisica e/o sessuale e/o psicologica	
	N	%	N°	%
Stato civile				
Sposata (270)	12	4.4	28	10.4
Sep/divor (24)	2	8.3	5	20.8
Vedova (52)	-	-	-	-
Nubile (80)	3	3.8	9	11.3
Istruzione				
Element. (135)	2	1.5	7	5.2
Medie (98)	8	8.2	11	11.2
Medie+dipl.(59)	1	1.7	5	8.5
Superiori (119)	5	4.2	17	14.3
Laurea (15)	1	6.7	2	13.3
Lavoro				
Fisso (200)	8	4.0	26	13.0
Prec./disoc. (31)	4	12.9	6	19.3
Casalinga (94)	4	4.3	6	6.4
Pensionata (86)	1	1.2	4	4.7
Student. (15)	-	-	-	-

La tabella 6 mette in evidenza le relazioni tra alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne e i due indicatori di violenza di coppia nell'arco di tempo degli ultimi 12 mesi: la violenza fisica e/o sessuale e la violenza fisica/sessuale o psicologica.

Si può riscontrare una prima relazione tra l'**età delle donne** e la violenza subita negli ultimi 12 mesi: la percentuale più elevata (9.1% per la violenza fisica/sessuale e 15.6% se si considera anche la violenza psicologica) riguarda le donne che appartengono alla fascia di età tra i 30 e 39 anni. Tale dato trova conferma nell'**età del figlio più piccolo** delle donne sottoposte maggiormente a violenza: si tratta di bambini al di sotto dei 10 anni.

Pur trattandosi di numeri piccoli, le donne in stato di gravidanza risultano essere vittime di violenza da parte del partner in misura maggiore rispetto alle altre: il 14.3% delle

intervistate incinte dichiara di aver subito sia violenza fisica/sexuale che psicologica contro il 3.7% di donne non gravide sottoposte a violenza fisica/sexuale e il 9.8% vittime anche di violenza psicologica.

Le donne separate e le divorziate riportano più violenze di quelle che sono sposate, nubili o vedove. La percentuale delle donne separate o divorziate che hanno subito violenza fisica/sexuale è circa il doppio (8.3%) rispetto a quella delle donne sposate (4.4%). La stessa proporzione viene mantenuta se si prende in considerazione anche la violenza psicologica: il 20.8% delle donne che hanno interrotto una relazione sentimentale contro il 10.4% delle coniugate.

Si può osservare come il livello di **istruzione** non riveli nessuna associazione ai maltrattamenti. La violenza fisica o sessuale è diffusa sia verso donne con un'istruzione media che verso donne con la laurea. Lo stesso si può dire se si estende il campo di analisi anche alla violenza psicologica.

Infine la **situazione lavorativa** maggiormente associata alla violenza è quella legata alla disoccupazione o comunque ad un lavoro precario. Il 12.9% delle intervistate in questa condizione ha dichiarato di essere stata sottoposta a violenza fisica/sexuale rispetto al 4.3% delle casalinghe e al 4.0% delle donne con un lavoro fisso.

Il dato trova conferma comprendendo nell'analisi anche le violenze psicologiche.⁹

⁹ Queste tendenze concordano con quanto riscontrato nella ricerca svolta a Trieste su un campione di 510 utenti di vari servizi socio-sanitari (Romito e Crisma, 2000). In particolare, anche a Trieste le donne più colpite dalla violenza di coppia erano le separate e divorziate (si trattava quasi sempre dell'ex-partner) e le donne con una situazione lavorativa precaria. I dati qualitativi suggeriscono che molte di queste donne si trovavano in una situazione professionale precaria a causa della violenza di coppia.

5) Violenza di coppia e salute

L'ultima parte del questionario presentava alcune domande circa lo stato di salute delle donne nel periodo immediatamente precedente alla data di compilazione dello stesso. I dati che seguono sono riferiti agli indicatori di salute riportati da tutte le donne intervistate, indipendentemente dal fatto di aver subito violenza da parte del partner o da altre persone.

Alla domanda *"In questo momento com'è la sua salute?"* le possibili risposte erano: buona, piuttosto buona, piuttosto cattiva e cattiva. I dati riguardanti le ultime due categorie sono stati analizzati insieme, per evitare numeri eccessivamente piccoli.

Tab. 7 – INDICATORE DI STATO DI SALUTE (su tutto il campione)

	N°	%
BUONA	154	36.2
PIUTT. BUONA	212	49.8
CATTIVA	54	12.7
NON RISPONDE	6	1.4

Una seconda domanda consisteva in 12 quesiti ripresi da una particolare scala di valutazione dello stato depressivo (*General Health Questionnaire*).

La presenza di almeno tre risposte positive ($GHQ > 2$) viene collegata a dei sintomi di depressione che comunque dovrebbero già allentare il medico; se le risposte positive sono uguali o superiori a sei ($GHQ > 5$), si è di fronte ad una forma di depressione grave.

Tab. 8 – INDICATORE DI DEPRESSIONE (su tutto il campione)

	GHQ > 5		GHQ > 2	
	N°	%	N°	%
NO	335	85.7	244	57.3
SI	56	14.3	152	35.7

L'ultima domanda riguardava l'eventuale assunzione nell'ultimo mese di ansiolitici, sonniferi o farmaci per la depressione e la frequenza di assunzione. Le possibili risposte a questo quesito erano: ogni giorno, qualche volta, oppure no.

*Tab. 9 – INDICATORE DI UTILIZZO PSICOFARMACI
NELL'ULTIMO MESE
(su tutto il campione)*

	N°	%
TUTTI I DI'	43	10.1
QUALC. VOLTA	61	14.3
MAI	316	74.2
NON RISPONDE	6	1.4

a) *Violenza di coppia e autovalutazione salute*

Nella tabella 10 vengono messi in relazione i dati relativi alla violenza di coppia con la valutazione che le donne hanno fatto circa il loro stato di salute.

*Tab. 10 - RELAZIONE VIOLENZA DI COPPIA NEGLI ULTIMI 12 MESI
E AUTOVALUTAZIONE SALUTE*

Violenza ultimo anno	BUONA	PIUT. BUONA	PIUTI. CATT	CATTIVA	TOTALE
	%(N°)	%(N°)	%(N°)	%(N°)	% (N°)
No	38.4 (145)	50.5 (191)	8.7 (33)	2.4 (9)	100 (378)
Solo psicol.	20.0 (5)	52.0 (13)	24.0 (6)	4.0 (1)	100 (25)
Psic/fis/ses	23.5 (4)	47.1 (8)	11.8 (2)	17.6 (3)	100 (17)
TOTALE	36.7 (154)	50.5 (212)	9.8 (41)	3.1 (13)	100 (420)

Come si può notare, delle 378 donne che dichiarano di non aver subito violenza nell'ultimo anno, il 38.4% di esse definisce la propria salute buona, il 50.5% piuttosto buona, l'8.7% la considera piuttosto cattiva e il 2.4% la reputa decisamente cattiva.

Le percentuali invertono la loro tendenza se si prendono in considerazione le 17 donne che invece hanno subito violenza di tipo fisico/sexuale e/o psicologico: il 23.5% di esse si dichiara in uno stato di salute buono, il 47.1% dice di avere una salute piuttosto buona mentre il 29.4% di esse definisce la propria salute piuttosto cattiva (11.8%) o del tutto cattiva (17.6%).

b) Violenza di coppia e utilizzo psicofarmaci

La tabella 11 presenta i dati relativi alla violenza di coppia negli ultimi 12 mesi associati all'utilizzo di psicofarmaci da parte delle intervistate.

*Tab. 11 - RELAZIONE VIOLENZA DI COPPIA
NEGLI ULTIMI 12 MESI
E UTILIZZO PSICOFARMACI*

Violenza ultimo anno	TUTTI I DI'	QUALCHE V.	MAI	TOTALE
	%(N°)	%(N°)	%(N°)	%(N°)
No	8.7 (33)	14.2 (54)	77.0 (292)	100 (379)
Solo psicol.	28.0 (7)	12.0 (3)	60.0 (15)	100 (25)
Psic/fis/ses	18.8 (3)	25.0 (4)	56.3 (9)	100 (16)
TOTALE	10.2 (43)	14.5 (61)	75.2 (316)	100 (420)

I dati sull'assunzione di psicofarmaci mettono in evidenza che le donne sottoposte a violenza di ogni tipo che fanno uso giornaliero di farmaci per la depressione sono più del doppio (18.8%) rispetto alle donne che non hanno subito violenza (8.7%). Lo stesso si può dire per coloro che li assumono qualche volta: il 25.0% sono donne che hanno subito violenza mentre il 14.2% sono donne che non l'hanno subita.

Un'analisi più dettagliata può essere fatta relativamente alle donne che sono state vittime di violenza solo di tipo psicologico nell'ultimo anno. Si può notare come la percentuale di tali donne che hanno fatto uso di farmaci per la depressione giornalmente nell'ultimo mese raggiunge il 28.0%, ovvero circa il triplo rispetto alle donne che non sono state vittime di violenza (8.7%).

Anche le donne vittime di "sola" violenza psicologica ne risentono, quindi, sul piano della salute mentale.

c) Violenza di coppia e stato depressivo

La tabella n. 12 mette in relazione i dati sulle violenze subite dalle donne nell'ultimo anno e la presenza in loro di uno stato depressivo secondo gli indicatori descritti all'inizio del paragrafo.

*Tab. 12 - VIOLENZA DI COPPIA (12 MESI)
E STATO DEPRESSIVO*

Violenza ultimo anno	GHQ > 5		GHQ > 2	
	N°	%	N°	%
No (352)	40	11.4	123	34.6
Solo psicol. (24)	8	33.3	16	64.0
Psic/fis/ses (15)	8	53.3	13	86.7

Il 53.3% delle intervistate vittime di violenza fisica/sexuale e/o psicologica risulta essere in uno stato depressivo grave, rispetto al 11.4% delle donne depresse non sottoposte a violenza.

La percentuale raggiunge l'86.7% se si considera solo la presenza di alcuni sintomi depressivi nelle donne che hanno subito violenza rispetto alle donne che non l'hanno subita e che manifestano gli stessi sintomi (34.6%).

d) Indicatori salute (autovalutazione, utilizzo psicofarmaci, sintomi depressivi) per fasce d'età)

Vengono di seguito ripresi i vari indicatori di salute, analizzati a seconda delle fasce d'età di appartenenza delle intervistate.

d1) Autovalutazione della salute per fasce d'età

Dalla tabella 13 si può osservare come, in ogni classe d'età, le donne vittime di violenza di coppia dichiarino di non godere di buona salute in percentuale decisamente maggiore rispetto alle donne che non hanno subito violenza.

*Tab. 13 – VIOLENZA (qualsiasi tipo) NEGLI ULTIMI 12 MESI
E AUTOVALUTAZIONE SALUTE PER FASCE D'ETA'*

		BUONA	PIUTT. BUONA	NON BUONA
Età 17-29 anni				
Violenza	NO (57)	64.9	31.6	3.5
	SI (8)	37.5	37.5	25.0
	TOTALE (65)	61.5	32.3	6.2
Età 30-39 anni				
Violenza	NO (64)	51.6	37.5	10.9
	SI (12)	25.0	50.0	25.0
	TOTALE (76)	47.4	39.5	13.2
Età 40-49 anni				
Violenza	NO (84)	50.0	45.2	4.8
	SI (10)	20.0	70.0	10.0
	TOTALE (94)	46.8	47.9	5.3
Età 50-59 anni				
Violenza	NO (76)	26.3	60.5	13.2
	SI (9)	0	55.6	44.4
	TOTALE (85)	23.5	60.0	16.5
Età 60-69 anni				
Violenza	NO (59)	13.6	67.8	18.6
	SI (-)	-	-	-
	TOTALE (59)	13.6	67.8	18.6
Età 70-85 anni				
Violenza	NO (36)	11.1	66.7	22.2
	SI (3)	33.3	0	66.7
	TOTALE (39)	12.8	61.5	25.6

d2) Psicofarmaci per fasce d'età

La tabella 14 riporta le percentuali relative all'utilizzo di psicofarmaci per la depressione nell'ultimo mese da parte delle donne vittime di violenza di coppia.

È stata effettuata una semplificazione considerando congiuntamente chi ha fatto uso di tali farmaci ogni giorno e chi solo ogni tanto.

In tutte le fasce d'età, le donne che hanno subito violenza consumano più psicofarmaci. In particolar modo la fascia d'età delle trentenni è quella in cui maggiormente si nota questa differenza: fa uso di psicofarmaci il 54% delle donne sottoposte a violenza rispetto al 7.8% delle donne che non hanno subito violenza.

*Tab. 14 – VIOLENZA (qualsiasi tipo) NEGLI ULTIMI 12 MESI
E UTILIZZO PSICOFARMACI PER FASCE D'ETA'*

		SI	NO
Età 17-29 anni			
Violenza	NO (59)	16.9	83.1
	SI (8)	25.0	75.0
	TOTALE (67)	17.9	82.1
Età 30-39 anni			
Violenza	NO (64)	7.8	92.2
	SI (11)	54.5	45.5
	TOTALE (75)	14.7	85.3
Età 40-49 anni			
Violenza	NO (83)	21.7	78.3
	SI (10)	30.0	70.0
	TOTALE (93)	22.6	77.4
Età 50-59 anni			
Violenza	NO (76)	28.9	71.1
	SI (9)	33.3	66.7
	TOTALE (85)	29.4	70.6
Età 60-69 anni			
Violenza	NO (59)	32.2	67.8
	SI (-)	-	-
	TOTALE (59)	32.2	67.8
Età 70-85 anni			
Violenza	NO (36)	33.3	66.7
	SI (3)	100.0	0
	TOTALE (39)	38.5	61.5

d3) GHQ>5 e GHQ>2 per fasce d'età

Infine nella tabella 15 vi è un'analisi sulla presenza di uno stato depressivo (GQH>5) nelle intervistate vittime di violenza di coppia a seconda della fascia d'età di appartenenza.

Anche in questo caso l'età compresa tra i 30 e i 39 anni è quella in cui maggiormente la violenza è associata a depressione grave.

Questo dato conferma quanto già più volte si è osservato rispetto al fatto che si tratta di donne in una fase delicata della loro storia di vita, ovvero con figli piccoli e per questo spesso ancora troppo vincolate rispetto a partner violenti di quanto non lo siano donne senza figli o con i figli ormai grandi e autonomi.

*Tab. 15 – VIOLENZA (qualsiasi tipo) NEGLI ULTIMI 12 MESI
E DEPRESSIONE PER FASCE D'ETA'*

		SI	NO
Età 17-29 anni			
Violenza	NO (56)	17.9	82.1
	SI (8)	25.0	75.0
	TOTALE (64)	18.8	81.3
Età 30-39 anni			
Violenza	NO (57)	7.0	93.0
	SI (11)	35.4	63.6
	TOTALE (68)	11.8	88.2
Età 40-49 anni			
Violenza	NO (73)	11.0	89.0
	SI (9)	44.4	55.6
	TOTALE (82)	14.6	85.4
Età 50-59 anni			
Violenza	NO (73)	13.7	86.3
	SI (8)	37.5	62.5
	TOTALE (81)	16.0	84.0
Età 60-69 anni			
Violenza	NO (57)	8.8	91.2
	SI (-)	-	-
	TOTALE (57)	8.8	91.2
Età 70-85 anni			
Violenza	NO (35)	8.6	91.4
	SI (3)	100.0	0
	TOTALE (35)	15.8	84.2

PARTE QUARTA

INTERVISTE A PERSONE CHE HANNO AVUTO UN RUOLO

PUBBLICO NEL TERRITORIO DI PONTE NELLE ALPI

A completamento del lavoro di ricerca realizzato presso gli ambulatori, sono state effettuate delle interviste semistrutturate ad alcune persone che svolgono o hanno svolto un'attività lavorativa che, più facilmente di altre, poteva portare alla conoscenza di situazioni di violenza contro le donne.

Le domande, abbastanza generiche data la delicatezza del tema, riguardavano l'eventuale contatto con situazioni di violenza da parte degli intervistati nel corso del loro lavoro, accertavano di che tipo di violenza si trattava e chi era l'autore; si passava poi a considerare l'opinione dell'intervistato circa il problema della violenza contro le donne e ad accogliere eventuali suoi suggerimenti su interventi da mettere in atto per farvi fronte.

Tra le figure coinvolte, si sono rese disponibili a riferire la loro esperienza un medico di base (1) e un'ostetrica (2) oggi in pensione, un'assistente sociale (3) che ha lavorato molti anni presso un consultorio familiare e un attuale amministratore comunale (4).

Nonostante i ruoli e gli ambiti diversi di intervento, dalle interviste sono emersi alcuni punti di vista comuni circa il fenomeno della violenza alle donne che confermano ancora una volta quei falsi miti ancora molto diffusi a livello collettivo e difficili da sradicare, soprattutto nelle persone di una certa età.

Innanzitutto si è potuta constatare la difficoltà a riconoscere lo stesso fenomeno della violenza nel senso specifico del termine: difficoltà sia nel credere che si tratti di una realtà a tal punto diffusa, anche a livello locale, da rappresentare un vero e proprio

problema; sia nell'attribuire a episodi di maltrattamenti all'interno delle mura domestiche un significato di violenza.

Domanda: Dalla ricerca sono emersi dei casi di violenza, non sappiamo da parte di chi, ma delle donne hanno segnalato di aver subito violenza...

Risposta(4): Ma siamo nel campo dell'opinabile, cioè bisognerebbe effettivamente sapere se esiste perché noi qua parliamo del fenomeno droga, parliamo di tante altre cose, della disgregazione anche ... della famiglia, effettivamente ci sono tanti fenomeni però la famiglia non è che si disgrega. Si disgrega anche per altri motivi, insomma, non solo per...eventualmente per questo. Quindi... sarebbe interessante sapere... ecco io sinceramente non ho elementi.

Domanda: In che senso ha detto che si tratta di dati opinabili?

Risposta: Opinabile nel senso che non si conosce ancora, cioè io del fenomeno parlo sempre tra virgolette perché non so se c'è o se non c'è. Oppure se c'è, ... in quanti casi... bisognerebbe capire. Cioè io oggi non sono a conoscenza di questioni di questo tipo, non è che a me come _____ una donna sia venuta a raccontare che ha subito violenze in casa, o che ha una situazione di sofferenza di questo tipo.

[...]

Domanda: Lei ricorda se nel passato siano emerse situazioni di violenza?

Risposta: Sì... una volta ho sentito anche il vecchio maresciallo che raccontava qualche episodio, però sono episodi sporadici... chiaramente erano episodi addirittura sfociati in violenza... proprio a livello grave...

Domanda: Si trattava di violenza grave nei confronti di persone?

Risposta: Sì, ma era violenza all'interno della famiglia, ma non era solo o verso la donna o... diremo che era una violenza all'interno... complessivamente all'interno del nucleo familiare. Però son casi sporadici. Son casi che... ripeto... io non ho... cioè devo parlare per conoscenza diretta e non... Prima di dire che esiste un fenomeno bisogna essere sicuri insomma... sennò facciamo la figura dell'antrace, mentre invece è borotalco, voglio dire, quindi bisogna anche là...

Domanda: Durante tutti gli anni della sua attività, è mai venuto a conoscenza di situazioni di violenza?

Risposta (1): Il modo di fare il medico era tale da prevenire tutte 'ste cose, in genere. Cioè io facevo il medico, ma ero anche, diremo, l'amico di casa, per dire, pur stando in ambulatorio. Io non avevo rapporto con nessuno perché stavo in ambulatorio, ma allo stesso tempo conoscevo tutte le famiglie e i loro problemi...

Domanda: Lei quindi, in qualche modo, preveniva l'insorgere della violenza...

Risposta: Lamentele sicuramente ce n'erano, spesso, ma lamentele: la moglie, i figli, che si lamentavano di queste, diremo, se non violenze vere, di mal comportamento da parte dei mariti. Ma forme di violenza così come le si vuoi dimostrare o come le si vuol riportare da parte di voi altre no.

Domanda: Cosa provocava questo mal comportamento negli uomini?

Risposta: Erano, non so, ... direi di certo di non uscire dalla famiglia Erano proprio l'intemperanza di certe donne, il modo ossessivo di comportarsi, diremo, di ripetere costantemente gli stessi errori nel far nella cucina o nell'esser devote al marito, ma senza motivi veri diremo, quei motivi che vediamo adesso, che constatiamo e confrontiamo adesso.

Domanda: Quindi conoscenza di situazioni di violenza nel corso del suo lavoro non ne ha avute?

Risposta: Ma, direi sulla violenza del tipo che voi altri credete io direi proprio di no.

Domanda: Dato il suo rapporto con le donne in un momento delicato come quello del parto, ha mai ricevuto da qualcuna uno sfogo, una lamentela per violenza subite?

Risposta(2): Era una situazione particolare... il parto... è una cosa naturale... ma però certe cose non me le raccontavano. Avevano anche tanta... abbastanza confidenza Sa com'è... mi raccontavano dei mariti, che erano 'imbriagoi' magari, o che 'i vea anca altre femene', però di altro non mi raccontavano, no.

Domanda: Le parlavano mai di episodi in cui i mariti alzavano le mani?

Risposta: Sì, qualche volta sì, mi parlavano.

Domanda: E cosa dicevano?

Risposta: Sopportavano. Avevano una famiglia, signorina, e di conseguenza si cercava di coprire tutto e andare avanti.

Un'altra opinione molto diffusa è quella che considera l'alcool la causa dei comportamenti violenti, escludendo qualsiasi responsabilità da parte di chi li mette in atto. La stessa considerazione viene spesso fatta per quanto riguarda la malattia mentale, quasi che la violenza fosse messa in atto solo da persone patologicamente predisposte a farlo.

(3) Qui da noi abbiamo l'alcolismo, e l'alcolismo e la malattia mentale creano delle situazioni ancora peggiori.

[...] Violenze in casa ce ne sono, soprattutto qui da noi dove l'alcolismo... anche femminile... ce n'è parecchio... Ci sono delle zone, delle sacche... ma soprattutto quello maschile ... e quindi capisci che l'alcolismo porta... non c'è più controllo delle emozioni, delle proprie pulsioni e quindi... non solo sulla donna ma anche sui figli.

(1) Effettivamente c'era proprio l'intolleranza della famiglia, in particolare della moglie, ma anche dei figli, diremo, per quegli atteggiamenti e comportamenti come alzare le mani, urlare, bestemmiare... insomma il comportamento tipico di chi beve...

[...]

Ubriachi o malcostumati, diremo caratteriali, o così, ecco.

[...]

Direi proprio persone geneticamente portate all'aggressione, gente che sragionava.

(2) Consigliavo che guardassero di aver pazienza e di saperli trattare, perché se erano ciechi, non c'è più il cervello che lavora, ma è nel vino.

C'è anche chi, tra gli intervistati si ritrova ancora in quell'idea di istintualità che impedisce all'uomo di controllare i propri impulsi sessuali.

(2) Ma guardi sono come le bestie a volte gli uomini ... sì, su certe cose non ragionano, sa lei.

Poi c'è quello più intelligente, poi c'è quello più ordinario. Una volta poi avevano anche tanta poca cultura, se avevano la quinta era tanto. È al giorno d'oggi che sono bravi, che tutti cercano di andare a scuola.

Se da una parte viene giustificato anche un comportamento brutale da parte dell'uomo, dall'altra la considerazione della donna è tale che la riporta facilmente ad essere almeno corresponsabile della violenza messa in atto contro di lei per il semplice fatto di non andarsene via dalla situazione di violenza nella quale si trova.

(3) Il discorso è sempre questo: mettono davanti il discorso dei figli che tu capisci è sempre un alibi. Ma loro dicono sempre: "Subisco peri figli..." Che non è. Figurati quanto bene possono stare i figli in situazioni del genere.

(3) Quella che ha deciso se ne va, trova casa e se ne va, ha le sue risorse, le sue capacità. Quella che viene in Consultorio tenta di capire se ce la può ancora fare; allora c'è quella che, è triste dire così ma è la verità, nel tormento della sua vita che ti racconta gode. Non c'è niente da fare e tu capisci che lei non può vivere senza il tormento. Il tormento è la sua vita.

Allora non c'è niente da fare, la ascolti, la accogli, la supporti. È l'unico lavoro che puoi fare.

Un'altra considerazione che emerge dalle interviste è che la violenza in ambito domestico è ancora vista da molti come "un fatto privato tra marito e moglie", all'interno del quale non è opportuno entrare.

Oltre ad una considerevole sottostima del fenomeno e ad una sostanziale indifferenza verso le donne maltrattate (dal momento che si concentra la propria attenzione, e quindi anche la possibilità di intervento, solo nei confronti di ciò che avviene al di fuori del contesto familiare) da questa considerazione deriva una difficoltà ancora maggiore per le donne stesse vittime di violenza nell'uscire allo scoperto e denunciare i loro soprafattori.

(4) Cioè quante volte qua da noi si dice: beh, quelli sono affari miei. Cioè il privato è una cosa intima, è difficile che uno vada a raccontare in giro, cioè uno è molto restio... Una donna, anche se dovesse subire, ...probabilmente anche la speranza che la situazione cambi... senza farlo sapere agli altri, insomma. Perché poi, anche se una donna dovesse subire una violenza dal marito... eh... quello di comunicarlo agli altri, secondo me, provoca sempre una sorta di repulsione, insomma, di rigetto.

(4) Per esempio la gente di montagna... Noi non siamo molto comunicativi di solito, e quindi situazioni di questo tipo creano, magari, situazioni di vergogna...

(2) Non parlano! È come l'omertà. Perché, guardi, loro parlavano di tutto, però certe cose non le raccontavano, a me.

Domanda: Da quello che ha detto lamentele o denunce ufficiali da parte delle donne non ne ha mai ricevute. Si è trattato piuttosto di cose dette in confidenza, tra donne...

Risposta (2): Sì, ma era o un sì o un no. Eh la gente non è mica stupida, sa? La gente cerca di tenere la lingua (fa il gesto di chiudere la bocca). Ha capito vero?

Accade inoltre, che la paura di denunciare venga ulteriormente alimentata nelle donne da tutti coloro che, per una situazione di comodo, concentrano l'attenzione solo su ciò che si presenta loro in maniera esplicita ed evidente, ignorando tutto ciò che rappresenta il mondo sommerso della violenza.

Non si tratta altro che di una forma di omertà che contribuisce al perpetrarsi della violenza.

(2) Mio cugino lavorava al Pronto Soccorso, è stato tanti anni lì. Allora mi raccontava... una volta ha detto: "Vengono dentro tutte massacrate, tutte 'pesiate su', però non dicono... 'le dis la tombola', non raccontano... sono rare quelle che dicono la verità." Nessuno denunciava, no. Per la famiglia, per i suoceri, per tutta quella gente là. Per la famiglia anche di lui, sa. Altre mentalità.

Cadute e basta, o 'tombole'.

Ad ogni modo se una persona non parla, bisogna stare zitti. Perché la persona sa come deve comportarsi. Sì, nessuno, no, no, no. Come ripeto (fa un gesto di silenzio con il dito sulla bocca)

(3) Voglio dire esistono situazioni di questo genere, e secondo me il sommerso è tanto: cioè chi subisce non parla.

Rarissimamente succede che una donna denunci al Pronto Soccorso... perché vengono sottoposte a un sacco di domande dalla Polizia, ... allora dicono "sono caduta, ho sbattuto la testa". Sempre così. Dopo i medici, vedono che le donne arrivano 3 o 4 volte, e allora dicono "beh, allora" ... anche questo è un... e qualche volta le donne lo fanno e chiedono il certificato da produrre, ma sono già state dall'avvocato!

Hanno già in corso... è un certificato da produrre insieme, ...perché, ovvio, una arriva e dice: "Ho preso le randellate" e questa grande rovesciata di botte non è che arrivi all'improvviso.

(1) No, no, non andavano mai dai Carabinieri! Venivano sempre da me, insomma. Le cose le sapevo prima io. Eventualmente ero io a dire rivolgetevi, dovete fare così o dovete fare cola ma loro venivano in ambulatorio a raccontare queste cose...

Infine risulta ancora ben radicata nel senso comune l'idea che le donne che subiscono violenza siano state maltrattate a loro volta durante l'infanzia o comunque in precedenti relazioni, quasi rispettando una rigida legge deterministica.

Donne, quindi, che hanno avuto padri violenti andranno alla ricerca di partner violenti e a loro volta metteranno in atto violenza contro i propri figli.

(3) Una donna che è stata abituata nella sua famiglia d'origine alla violenza e quindi a picchiare, tanto per dire, ... e a riceverle... le porta le stesse cose, è costretta a ripeterle perché è il suo modo di rispondere a determinate situazioni, è il suo modo di vivere, soprattutto perché sceglie una persona che le permette di vivere, di esprimersi come è capace lei. Quindi in genere vediamo che nelle situazioni più gravi c'è una coazione a ripetere, esiste.

Ognuno di noi quando si sposa e va fuori, si crea una famiglia propria, si porta dietro la sua famiglia di origine, non c'è assolutamente niente da fare. Nel bene e nel male tu te la porti dietro, anche per quanto riguarda i rapporti con la famiglia d'origine che sono spesso anche da una parte o dall'altra origine, concausa di violenza, di tante situazioni esplosive, che poi esplodono nella violenza. Però una famiglia d'origine si comporta con la figliola fuori come si sono comportati dentro, ... purtroppo si fa anche abitudine alla violenza e quindi, se anche una madre ha sopportato per tutta la vita angherie e violenze da parte del marito, e la figlia si trova nella stessa situazione, secondo te cosa va a dirle? Subisci, quindi ...

Risulta in maniera evidente che le osservazioni riportate dalle interviste non coincidono con la realtà emersa dalla ricerca.

Sicuramente l'età degli intervistati, che li riporta ad una cultura di qualche decennio fa, condiziona il loro considerare la donna in un rapporto di naturale subordinazione all'uomo: di conseguenza emerge la difficoltà a riconoscere il fenomeno della violenza in quanto tale e a motivare i maltrattamenti messi in atto contro le donne come conseguenza di alcool, patologie psichiatriche o voluti inevitabilmente da coloro che hanno subito violenza durante l'infanzia.

Anche i commenti da parte di persone di altre età, tuttavia, (come riportati nella seconda parte della tesi) non si discostano molto dagli stereotipi diffusi sulla violenza alle donne così come numerosissime canzoni e detti popolari che giustificano o legittimano l'uso della violenza nella relazioni interpersonali.

Picchia tua moglie quando torni a casa: tu non sai perché, lei sì.

Proverbio, in Italia viene attribuito ai Cinesi

Buono o cattivo che sia, al cavallo si dà di sprone.

Buona o cattiva che sia, alla moglie si dà col bastone.

Proverbio, Provenza

La donna è come la chitarra. Prima la si suona, poi la si appende al chiodo.

Proverbio, Toscana

CONCLUSIONE

Parlare di conclusione relativamente ad un problema così aperto come può considerarsi quello della violenza contro le donne appare sicuramente un'impresa molto ardua, oltre che poco utile.

Da una parte, infatti, la letteratura, sempre più cospicua in materia, ci presenta una situazione allarmante, in cui la violenza dilaga e si perpetra in maniera silenziosa ma con esiti e conseguenze devastanti. Come si è cercato di evidenziare in questa tesi, inoltre, i dati di una ricerca svolta a livello locale confermano questa drammatica realtà e avvicinano 'alla porta accanto' dei numeri e delle cifre che altrimenti possono apparire lontani e senza significato.

Dall'altra parte la stessa cultura popolare (con tutte le canzonette e i detti), il 'sentire comune' (il cittadino comune che frequenta un ambulatorio medico), alcune persone significative, stimate e competenti nel loro lavoro, che hanno svolto la loro attività lavorativa per almeno vent'anni a contatto con la stessa gente che poi è stata intervistata nel corso della ricerca, tutti soggetti, questi, che non riescono a percepire la reale gravità del problema. C'è chi nega, chi attribuisce delle cause semplicistiche, chi sminuisce, chi deride...

Eppure allo stesso tempo si percepisce sensibilità e attenzione per questo problema; rispetto e stima verso chi porta avanti un discorso di denuncia e contestualmente di tutela delle donne. Segno, questo, che esistono le potenzialità perché si sviluppi un'apertura, da parte di un numero sempre maggiore di persone, verso la reale comprensione del problema e la conseguente ideazione e realizzazione di interventi volti a sconfiggerlo.

Senza dubbio le prospettive che si sono aperte in occasione degli incontri svoltisi a novembre 2001 (v. allegato), durante i quali sono stati presentati agli operatori del settore socio-sanitario e alla collettività i dati emersi dalla ricerca, lasciano ben sperare in tal senso.

Dall'interesse manifestato dalla Provincia di Belluno ad estendere la ricerca a livello di tutta la realtà bellunese, per meglio conoscere l'entità del fenomeno, alla disponibilità manifestata dai dirigenti dell'ULSS n.1 di Belluno ad organizzare un corso di formazione per gli operatori sociali e sanitari su come aiutare le donne sottoposte a violenza, all'interesse di alcune associazioni e singole donne ad attivarsi concretamente per la realizzazione, a livello locale, di un centro di ascolto, sostegno e accoglienza per le vittime della violenza, appaiono evidenti segnali di una volontà di intervenire concretamente perché la realtà della violenza contro le donne possa realmente scomparire.

Questo lavoro di tesi si chiude, quindi, non con una conclusione, ma con un auspicio: poter contribuire, seppur in minima parte, alla diffusione di una nuova cultura che contrasti attivamente quella ancor oggi dominante e ancora troppo acquiescente nei confronti degli abusi contro le donne.

BIBLIOGRAFIA

Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne(1999a), *Maltrattate in famiglia. Suggestimenti nell'approccio alle donne che si rivolgono ai Servizi Socio-Sanitari*, Comune di Bologna.

Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne (1999b), *Maltrattate in famiglia. Suggestimenti nell'approccio alle donne che si rivolgono alle Forze dell'Ordine*, Comune di Bologna.

Forato G., Bisleri C. (1996), *L'operatore sociale. Preparazione ai concorsi e percorsi informativi nei servizi socio-sanitari, assistenziali, educativi*, Rimini, Maggioli Editore.

Gonzo L., *Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori*, Comune di Bologna, v. S. Isaia,90 Bologna.

Radford L. (2000) L'impegno contro la violenza alle donne in Inghilterra: ideologie, politiche e pratiche, in Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, F. Angeli.

Romito P. (1999), *Dalla padella alla brace. Donne maltrattate, violenza privata e complicità pubbliche*, Polis, XIII (2), pp. 235-254.

Romito P. (2000a), *La violenza di genere su donne e minori*, Milano, Franco Angeli.

Romito P. (2000b), Introduzione: modi di conoscere e pratiche sociali, in Romito P. (a cura di) *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, F. Angeli.

Tola V. (2000), Risposte istituzionali alla violenza contro le donne in Italia, in Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, F. Angeli.

Virgilio M. (2000) La violenza alle donne: risposte delle istituzioni dopo la legge contro la violenza sessuale, in Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, F. Angeli.

WHO, World Health Organization (1997), *Violente Against Women, Women's Health and Development Programme*, Geneva.