

Operatrici e operatori di fronte alla violenza

FRANCA BALSAMO e MARIANNA FILANDRI

Questa parte della ricerca aveva lo scopo di rilevare la risposta dei servizi alla violenza contro le donne. L'indagine ha riguardato sei tipi di servizi individuati dal comitato tecnico scientifico come particolarmente significativi: consultorio familiare, servizio sociale di base, centro di salute mentale, servizio per le tossicodipendenze, commissariato e posti di pubblica sicurezza, pronto soccorso ospedaliero.

Il punto di vista delle operatrici/operatori, il loro grado di preparazione specifico al problema e le loro procedure sono stati indagati attraverso la somministrazione di un questionario articolato in una parte centrale diretta a tutti i servizi e in una parte specifica per i singoli servizi¹. In particolare il questionario era così articolato:

- le caratteristiche del servizio (tipo servizio, organigramma);
- le caratteristiche sociodemografiche dell'operatrice/tore intervistata/o (età, sesso, qualifica, esperienze lavorative precedenti);
- le esperienze e i bisogni formativi professionali in generale e in particolare sui temi violenza e maltrattamento;
- i casi di violenza e maltrattamento pervenuti al servizio;
- le modalità di intervento e la presenza di “protocolli di trattamento”;
- percezione e atteggiamento su alcuni aspetti specifici legati al servizio di appartenenza (ad esempio per il Centro Salute Mentale, conseguenze psicologiche della violenza; per il pronto soccorso, eventuale camuffamento della violenza come incidente domestico).

I questionari sono stati compilati nella maggior parte dei casi durante un'intervista “faccia a faccia”. Solo in alcuni casi del Centro di Salute Mentale, del Pronto Soccorso e della Stazione dei Carabinieri, sono stati autocompilati.

Anche a Torino come nelle altre città che hanno aderito al progetto di ricerca (Adami, 2002, p. 75) somministrare i questionari è risultato un'impresa non sempre facile: alcuni operatori si sono mostrati reticenti e hanno posto iniziali ostacoli all'indagine, giustificati in genere dai carichi di lavoro e dalla scarsa disponibilità di tempo. Particolarmente lungo è stato il tempo di attesa per otte-

¹ Fa eccezione il caso dei servizi sociali di base per cui non è stata prevista la parte specifica.

nera il consenso da parte della Polizia di Stato e dei Carabinieri ad essere intervistati, nonostante le garanzie dell'anonimato e la scientificità dell'indagine e nonostante l'autorità degli enti promotori.

Caratteristiche del campione

Il campione di riferimento è costituito da 72 operatrici/ori, di cui 47 donne e 25 uomini, e, come previsto dalle indicazioni metodologiche², è stato costruito "tenendo conto della numerosità degli operatori nella realtà territoriale di URBAN". Nel caso del servizio sociale sono state intervistate tutte le assistenti sociali; per quanto riguarda il consultorio familiare e il Ser.T. abbiamo intervistato le operatrici/ori in diretto contatto col pubblico; negli altri servizi sono state intervistate/i le operatrici/ori presenti in servizio al momento della rilevazione. Nella lettura delle analisi successive si dovrà tener conto di questa stratificazione del campione per servizio di appartenenza.

Nel campione, stratificato per genere, le donne rappresentano il 65,3% e hanno una distribuzione per servizio che corrisponde in buona misura alla caratterizzazione di genere dei diversi servizi: con una leggera sovrarappresentazione femminile per quanto riguarda il Ser.T., i vigili urbani e il pronto soccorso e una leggera sottorappresentazione nel caso del Centro di salute mentale e dei Commissariati di Pubblica Sicurezza.

Tab. 1. – *Operatori per genere nel servizio di appartenenza e nel campione*

	Servizio			Campione		
	F	M	Tasso fem	F	M	Tasso fem
Consultorio familiare Distretto 1 ASL 2	7	2	70	7	2	70
Servizio sociale di base Circoscrizione 2 Via Rubino 67	16	3	84	9	1	90
Centro di salute mentale ASL 2	46	15	74.4	8	5	61
Servizio per le tossicodipendenze ASL 2	12	5	70.6	10	2	83,3
Vigili Urbani via Pinchia 11	12	47	20,3	1	2	33,3
Stazione dei Carabinieri Torino Pozzo Strada	0	17	0	0	3	0
Commissariato di Pubblica Sicurezza Via Olivero 13	40	55	42	1	2	33,3
Pronto soccorso Ospedale Martini Nuovo	54	59	47,8	11	8	57,9
Totale	187	193	49.2	47	25	65.3

² Indicazioni metodologiche del comitato scientifico unità pari opportunità dell'ISFOL.

Per quanto riguarda le altre caratteristiche socio anagrafiche del campione, la maggior parte delle/degli intervistate/i ha un età compresa tra i 31 e i 40 anni. Le operatrici/ori intervistate a Torino sono dunque più giovani rispetto al campione considerato dalle ricerche Urban del primo progetto³ (Progetto Urban, 2002, p. 77). Il titolo di studio corrisponde per il 62,5% del campione al diploma universitario⁴ o alla laurea, senza una rilevante differenziazione tra uomini e donne (il 64% circa delle donne e il 60% degli uomini).

Per quanto riguarda le qualifiche professionali, il 50% è rappresentato da assistenti sociali e da infermieri.

Tab. 2. – *Qualifica degli operatori per genere e per servizio di appartenenza*

Tipo di servizio	Qualifica		Totale
	F	M	
Consultorio familiare Distretto 1 ASL 2	3 ginecologhe 4 infermiere	2 ginecologi	9
Servizio sociale di base Circoscrizione 2 Via Rubino 67	9 assistenti sociali	1 assistente sociale	10
Centro di salute mentale ASL 2	2 psicologhe 3 infermiere 2 assistenti sociali 1 educatrice	1 psichiatra 1 pediatra 1 infermiere 2 educatori	13
Servizio per le tossicodipendenze ASL 2	1 medica generica 1 psichiatra 2 psicologhe 2 infermiere 2 assistenti sociali 2 educatrici	1 psicologo 1 infermiere	12
Vigili Urbani via Pinchia 11	1 vigilessa	2 vigili	3
Stazione dei Carabinieri Torino Pozzo Strada		3 carabinieri	3
Commissariato di Pubblica Sicurezza Via Olivero 13	1 poliziotta	2 poliziotti	3
Pronto soccorso Ospedale Martini Nuovo	1 medica generica 4 infermiere 1 operatore addetto all'assist. 4 assistenti sociali 1 poliziotta	3 medici generici 2 medici specialisti 3 infermieri	19
TOTALE	47	25	72

³ Ci riferiamo ai 597 operatrici/ori intervistati nell'ambito progetto Urban nel 2000/01.

⁴ I diplomi universitari si riferiscono in particolare alle qualifiche di assistente sociale, infermiere, educatore.

Complessivamente più della metà degli operatori (53% circa) appartiene all'area sanitaria (comprensiva di psicologhe/i), un terzo all'area sociale e una quota più esigua alle forze dell'ordine (14% circa).

La maggioranza (57%) ha un'anzianità nel servizio attuale superiore ai sei anni, anche se gli ingressi più recenti (ultimi cinque anni) riguardano il 43% del campione.

Tab. 3. – Anni di permanenza nel servizio attuale

anni	frequenza	percentuale
<5	31	43,1
6-15	26	36,1
16-25	14	19,4
>25	1	1,4
Totale	72	100,0

Una percentuale pari al 86% del campione dichiara di aver avuto esperienze di lavoro precedenti. Di questi il 58% ha lavorato in altri enti pubblici, il 21% nel settore privato e il restante 21% in entrambi i settori.

Esperienze formative

Le operatrici/ori che nel corso della loro attività professionale hanno avuto esperienze formative non strettamente legate al tema della violenza, sono 80,6% del campione, una percentuale non troppo differente da quella emersa nelle ricerche del primo Progetto Pilota (75%) (Adami, 2002, p. 91).

La partecipazione a esperienze formative è molto alta in tutti i servizi. Nel servizio sociale e nel consultorio è quasi del 100%. Considerando le qualifiche professionali e il servizio di appartenenza, gli unici operatori che sembrano essere carenti dal punto di vista formativo sono gli operatori delle forze dell'ordine (il 55,6% dichiara di non aver mai avuto nessuna esperienza di formazione di qualsiasi genere). Seguono, sia pure in misura minore, gli infermieri del pronto soccorso (27,8% sul totale degli infermieri).

Non si rileva una differenza consistente nella formazione tra donne e uomini (17% di operatrici senza esperienze formative e 24% di operatori).

L'area principale della formazione più recente (ultimo corso) è medico-sanitaria (45,6%), seguita dall'area socio-assistenziale (24,6%), dall'area psicologica (12,3%) e giuridico-economica (10,5%). Solo due delle intervistate hanno avuto, come ultima, un'esperienza formativa sulle tematiche di genere.

Tab. 4. – *Tipo di esperienze formative non legate alla violenza*

tipo di esperienza formativa	frequenza	percentuale
aggiornamento professionale	34	58,6
formazione su nuove metodiche	11	19,0
corsi di specializzazione	8	13,8
Altro	5	8,6
Totale	58	100

Per lo più si tratta di aggiornamento professionale organizzato dalle ASL (46,6%), dagli enti locali (22,4%) e da associazioni private (17,2%). Si è trattato di esperienza formativa obbligatoria nel 32,8% dei casi. Nel 76,4% dei casi viene rilasciato un attestato di frequenza, considerato qualificante nel curriculum professionale di tre quarti delle operatrici/ori con esperienze formative.

Le operatrici e gli operatori che hanno avuto un'esperienza specifica sul trattamento dei casi di violenza sono pochi (13,9% del campione), anche se sono in percentuale quasi doppia rispetto a quella emersa nelle ricerche del primo Progetto Pilota (7,4%) (Adami, 2002, p. 92).

Sono quasi esclusivamente le donne ad accedere a questo tipo di formazione (9 donne su 10); di queste 7 sono assistenti sociali, 2 sono psicologhe e un'infermiera; 4 operatrici appartengono al servizio sociale di base, 3 al centro di salute mentale, 2 al servizio tossicodipendenze e una al pronto soccorso.

I corsi seguiti, di aggiornamento professionale o di specializzazione, sono stati prevalentemente uno, al massimo due nell'arco della propria esperienza professionale. Sono stati di tipo facoltativo e nella metà dei casi organizzati da associazioni private (con rilascio di attestato e utilizzo nel curriculum vitae per il 70%). L'area tematica prevalente è stata quella della violenza e del maltrattamento sui minori. Solo un corso viene collocato nell'area delle tematiche di genere. Tuttavia, a questo proposito, si deve osservare che durante le interviste molte operatrici/ori hanno espresso la difficoltà a collocare la propria esperienza formativa in una sola area tematica, dal momento che molti corsi sono interdisciplinari e quindi trasversali a più aree.

Bisogni formativi

Considerata la scarsità della formazione specifica sui temi della violenza, è comprensibile che 82% delle intervistate/i dichiarino di sentirne la necessità. Quasi metà delle/degli operatrici/ori considera la formazione utile alla propria sensibilizzazione, alla comprensione delle cause della violenza, e alla sensibilizzazione delle vittime.

Tab. 5. – *Motivazioni addotte sulla utilità di corsi di formazione specifici*

	percentuale
Poiché il problema è, o è diventato, più rilevante	16,1
Sensibilizzare gli operatori / capire le cause della violenza / sensibilizzare le vittime	48,4
Per accrescere la professionalità	29,0
Non sa/Non risponde	6,5
Totale	100

Solo 4 operatori, un medico del centro di salute mentale, un medico, un assistente sociale e un infermiere del pronto soccorso, non ritengono utile un'ulteriore formazione in questo ambito, o perché vi è una scarsa affluenza di casi di violenza nel loro servizio o perché non è un loro compito specifico occuparsene.

A conferma della diffusa esigenza formativa delle operatrici/ori, il 68% circa del campione dichiara di ritenere utili ulteriori esperienze formative personali e professionali anche in altri ambiti con particolare riferimento a una formazione specifica relativa alla propria qualifica professionale e alla specificità del servizio di appartenenza (44,1%). Solo il 6,8% del campione richiede una formazione sulla collaborazione con altri servizi.

I casi di violenza dal punto di vista delle operatrici/ori

Una sezione del questionario riguardava i casi di violenza e maltrattamento pervenuti al servizio nell'ultimo anno. Si chiedeva agli operatori di indicare il numero di donne e uomini che si sono presentati al servizio dichiarando di aver subito maltrattamento o violenza sessuale. Le operatrici/ori hanno risposto alla domanda basandosi sulla loro memoria senza la consultazione, nella maggior parte dei casi, di archivi cartacei o informatici. Per questa ragione i dati che abbiamo raccolto sui casi di violenza sono un indicatore molto approssimativo dell'entità del fenomeno. Operatrici/ori dello stesso servizio possono aver fornito informazioni discordanti e inoltre bisogna tener presente che lo stesso caso può essere citato non solo da più operatori dello stesso servizio, ma anche da operatori di servizi diversi (ad esempio se una donna si è presentata al pronto soccorso e al servizio sociale e sono state intervistate entrambe le operatrici che l'hanno accolta, il caso è considerato due volte). I dati sui casi di violenza non rappresentano tanto l'entità dell'afflusso quanto la percezione del fenomeno da parte degli intervistati.

Hanno dichiarato di aver conosciuto nel corso dell'ultimo anno donne o uomini che hanno subito violenza sessuale o maltrattamento più della metà delle operatrici/ori (60% circa). Complessivamente hanno fatto riferimento a 298 casi, di cui 251 donne (84,2%) e 47 uomini.

Nell'ultimo anno le intervistate/i hanno incontrato da una sola a 32 vittime, in media quasi 7 casi per operatore/trice. La maggioranza (58%) dichiara di aver incontrato da una a quattro vittime (la moda è una vittima, 18,6%).

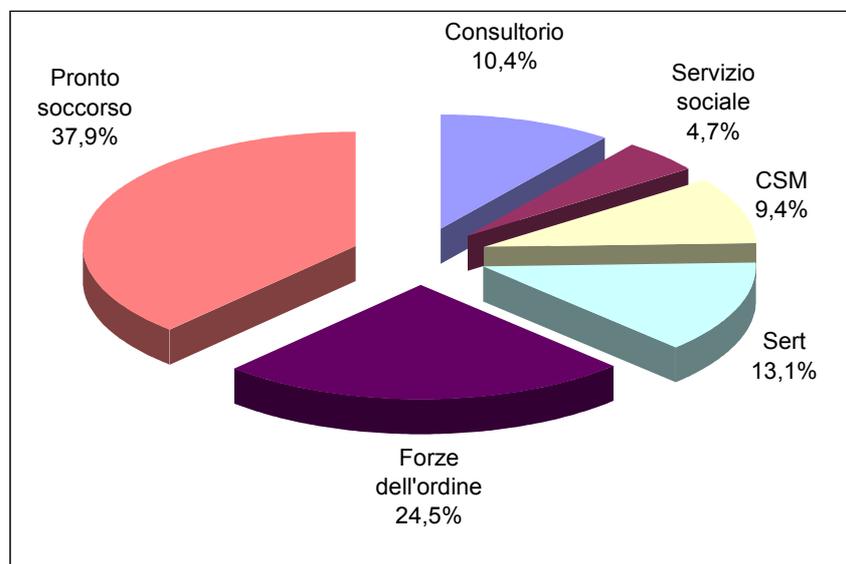
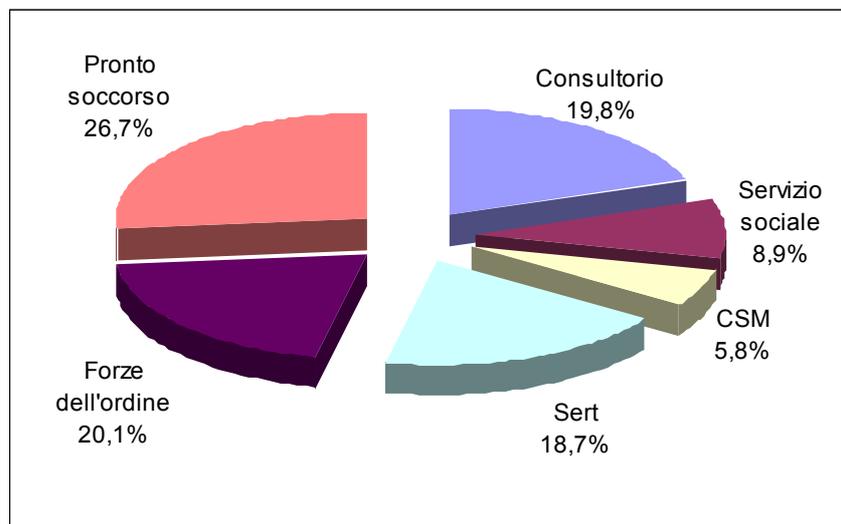
Non esiste nessuna relazione statisticamente significativa tra il genere delle operatrici/ori e il numero di vittime (chisq 0,45), anche stratificando per il genere delle vittime e la tipologia di violenza. Le operatrici (65,3%) hanno incontrato 184 vittime (61,7%) mentre gli operatori (34,7% del campione) hanno incontrato 114 vittime (38,3% delle vittime).

Per quanto riguarda la distribuzione per servizi, sono le operatrici/ori del pronto soccorso che hanno incontrato il numero maggiore di casi. Questi dati tuttavia risentono della selezione del campione; in alcuni servizi, come ad esempio il consultorio familiare, abbiamo intervistato tutte le operatrici mentre in altri si tratta di una quota ridotta rispetto al totale dell'organico del servizio. Abbiamo quindi cercato di valutare quale possa essere una più verosimile afferenza ai servizi, tenuto conto del rapporto tra il numero di operatrici/ori intervistati rispetto al totale dell'organico di ciascun servizio⁵.

Tab. 6. – Numero di vittime incontrate nell'ultimo anno per servizio dalle operatrici e operatori intervistati

	numero casi incontrati	percentuale	percentuale ponderata sul numero di operatori per servizio
Consultorio	31	10,4	19,8
Servizio sociale	14	4,7	8,9
CSM	28	9,4	5,8
Sert	39	13,1	18,7
Forze dell'ordine	73	24,5	20,1
Pronto soccorso	113	37,9	26,7
Totale	298	100	100,0

⁵ Abbiamo poi moltiplicato il rapporto intervistate/organico per il totale del numero di casi dichiarati dagli operatrici per ciascun servizio.

Graf. 1. – Casi incontrati nell'ultimo anno per servizio**Graf. 2.** – Casi afferiti nell'ultimo anno per servizio (stima)

Sono le operatrici/ori del pronto soccorso e delle forze dell'ordine ad avere avuto un numero maggiore di contatti. Questo dato corrisponde a quanto emerso nelle ricerche del primo Progetto Pilota (Progetto Urban, 2002, p.82). Tuttavia secondo la nostra stima a Torino vi è una rilevanza, se pur minore, anche del consultorio familiare e del servizio tossicodipendenza. I servizi che dichiarano meno casi sono il servizio sociale e il centro di salute mentale.

Tab. 7. – Numero di vittime incontrate nell'ultimo anno per figura professionale

	frequenze	percentuale	numero medio di casi per qualifica
medico generico	0	0	0
pediatra	0	0	0
op.add.assistenza	0	0	0
medico specialista	0	0	0
psichiatra	5	1,7	2,5
educatore	12	4,0	2,4
ginecologo	17	5,7	3,4
assistente sociale	22	7,4	1,2
psicologo	30	10,1	6,0
poliziotto	73	24,5	7,3
infermiere	139	46,6	7,7
Totale	298	100	30,5

La figura professionale che incontra il numero maggiore di vittime è l'infermiera/e, con un numero medio di quasi 8 casi in un anno. Seguono le operatrici/ori delle forze dell'ordine con poco più di sette casi e le psicologhe/gi con 6 casi. I medici generici e specialisti, i pediatri e gli operatori tecnici di assistenza dichiarano di non aver incontrato nessuna vittima nell'ultimo anno. Questo dato è singolare se si considera che le 7 infermiere/i che dichiarano di aver incontrato molti casi di violenza (113) lavorano nel pronto soccorso insieme ai 6 medici, generici e specialisti, e all'operatore tecnico di assistenza intervistati. Si potrebbe ipotizzare che le infermiere/i abbiano una maggiore sensibilità al fenomeno della violenza. Il numero esiguo di casi riportato dalle assistenti sociali potrebbe riflettere la diffidenza delle vittime a rivolgersi al servizio sociale, tendenza già emersa in molte ricerche (Terragni, 1997; Ventimiglia, 2002) e anche nella nostra, nella parte relativa alle interviste in profondità alle donne vittime di violenza⁶.

⁶ Cfr. p. ...

Tab. 8. – *Casi di violenza sessuale e maltrattamento per genere e per servizio*

	Donne		Uomini		Totale	Percentuale
	violenza sessuale	maltrattam	violenza sessuale	maltrattam		
Consultorio	18	13	0	0	31	10,4
Servizio sociale	2	12	0	0	14	4,7
CSM	13	10	2	3	28	9,4
Sert	5	13	7	14	39	13,1
Forze dell'ordine	7	49	0	17	73	24,5
Pronto soccorso	13	96	0	4	113	37,9
Totale	58	193	9	38	298	100
Percentuale	19,5	64,8	3,0	12,8	100	

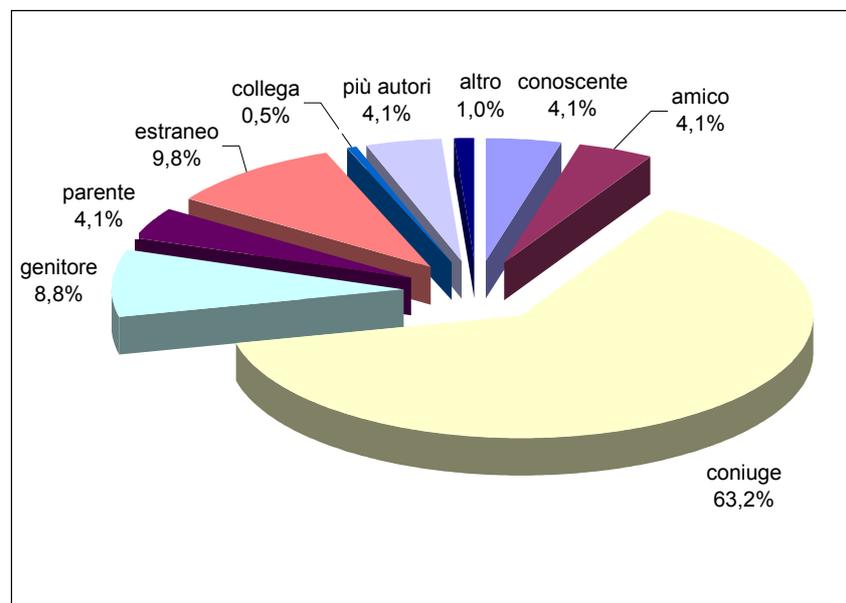
I casi di maltrattamento sono quasi tre volte e mezzo rispetto a quelli di violenza sessuale e in misura maggiore riguardano le donne con un rapporto di cinque a uno. La violenza sessuale riguarda per 86,5% le donne che si rivolgono soprattutto al consultorio familiare (31%) e quindi al centro di salute mentale (22,4%) e al pronto soccorso (22,4%). Quasi metà dei casi di donne maltrattate sono riportati dalle operatrici/ori del pronto soccorso e quindi per 25,4% dalle forze dell'ordine. Gli altri servizi riportano un numero decisamente inferiore di casi.

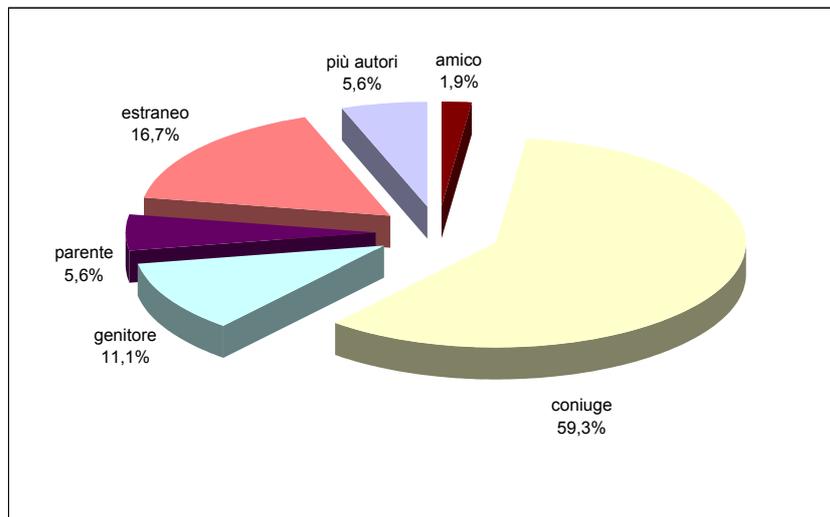
Per quanto riguarda i 9 casi di violenza sessuale subita dagli uomini questi sono stati riferiti dal centro di salute mentale e dal servizio tossicodipendenze. Nel caso dei maltrattamenti, oltre al Sert, sono le forze dell'ordine a raccogliere il numero maggiore di uomini maltrattati. Questo dato è spiegabile tenendo conto che le operatrici/ori delle forze dell'ordine hanno fatto riferimento a episodi di risse in cui almeno un uomo è stato maltrattato.

Nel questionario è stata posta una batteria di domande per individuare la conoscenza, da parte degli operatori, degli autori e dei luoghi della violenza nei casi giunti ai servizi. Le operatrici/ori si dovevano riferire soltanto ai cinque casi più recenti che avevano incontrato. Pertanto il totale dei casi su cui si basa questa analisi sono 193 e non 298 che è il numero complessivo di casi segnalati. Fra gli autori delle violenze e dei maltrattamenti alle donne prevale in modo deciso la figura del partner (72%). Seguono poi in misura decisamente minore la figura dell'estraneo (9,3%) e quella del genitore (5% circa). Particolarmente alta è la frequenza di partner autori della violenza sessuale (59%). Per quanto riguarda gli uomini, l'autore più ricorrente è invece il genitore (28,1%).

Tab. 9. – Autori della violenza sessuale e maltrattamento per genere

	Donne		Uomini		totale	percentuale
	violenza sessuale	maltram	violenza sessuale	maltram		
conoscente		3	3	2	8	4,1
amico	1	5		2	8	4,1
coniuge	32	84		6	122	63,2
genitore	6	2	3	6	17	8,8
parente	3	2	2	1	8	4,1
estraneo	9	6	1	3	19	9,8
collega		1			1	0,5
più autori	3	2		3	8	4,1
altro		2			2	1,0
Totale	54	107	9	23	193	100
Percentuale	28,0	55,4	4,7	11,9	100	

Graf. 3. – Autori della violenza e del maltrattamento

Graf. 4. – Autori della violenza sessuale sulle donne

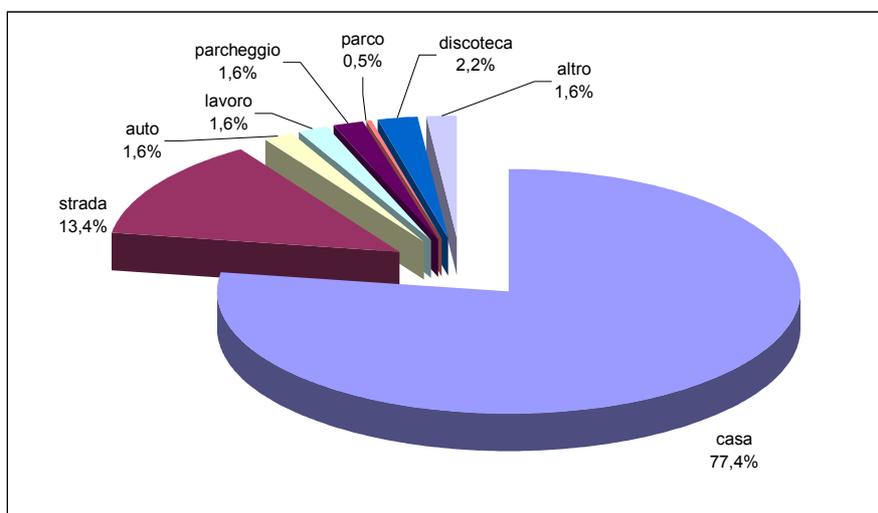
Più dei tre quarti dei casi di violenza sessuale sulle donne sembrano consumarsi all'interno della parentela e degli intimi. Nel caso dei maltrattamenti la percentuale sale a 87% circa. Non molto diversa è la distribuzione degli autori per quanto riguarda gli uomini.

Tranne in un caso tutti gli autori della violenza sulle donne sono uomini; anche le violenze sugli uomini hanno come autori prevalentemente altri uomini (4 femmine e 19 maschi).

Per quanto riguarda il luogo, non vi sono differenze rilevanti tra donne e uomini e tra tipi di violenza.

Tab. 10. – Luoghi della violenza sessuale e maltrattamento per genere

	Donne		Uomini		totale	percentuale
	violenza sessuale	maltram	violenza sessuale	maltram		
casa	41	82	7	14	144	77,4
strada	6	10	1	8	25	13,4
auto		3			3	1,6
lavoro	1	1	1		3	1,6
parcheggio	1	2			3	1,6
parco	1				1	0,5
discoteca	1	2		1	4	2,2
altro	2	1			3	1,6
Totale	53	101	9	23	186	100
Percentuale	28,5	54,3	4,8	12,4	100	

Graf. 5. – Luoghi della violenza e del maltrattamento

Il 77,4% delle violenze si consuma all'interno delle mura domestiche. Questo dato è coerente con quello sugli autori che sono, come abbiamo visto, quasi sempre parenti. Poco meno del 16% avviene in ambienti esterni, all'aria aperta. Anche i nostri dati sembrano confermare che la famiglia non solo non rappresenta un luogo sicuro e protetto ma, al contrario, costituisce l'ambiente privilegiato del manifestarsi della violenza. Come risulta dalle ricerche del primo Progetto Pilota "le fenomenologie della violenza alle donne che si rivolgono ai servizi, si connotano molto chiaramente come interne alle *dinamiche familiari*" (Adami, 2002, p. 81).

Le modalità di intervento e la presenza di "protocolli di trattamento"

Prendiamo ora in considerazione le procedure adottate dalle operatrici/ori dei servizi nel trattamento dei casi di violenza e maltrattamento.

Non esiste un protocollo all'interno dei servizi secondo l'86% del campione. Tuttavia all'interno dello stesso servizio i pareri possono essere contrastanti: operatrici/ori dello stesso servizio rispondono in maniera diversa. Sappiamo che all'interno di alcuni servizi come il servizio sociale, il consultorio familiare e il centro di salute mentale esiste un protocollo di trattamento per i casi di abuso e maltrattamento sui minori⁷. Nella maggior parte dei casi infatti le 10 operatrici/ori che hanno risposto affermativamente si riferiscono a questo protocollo.

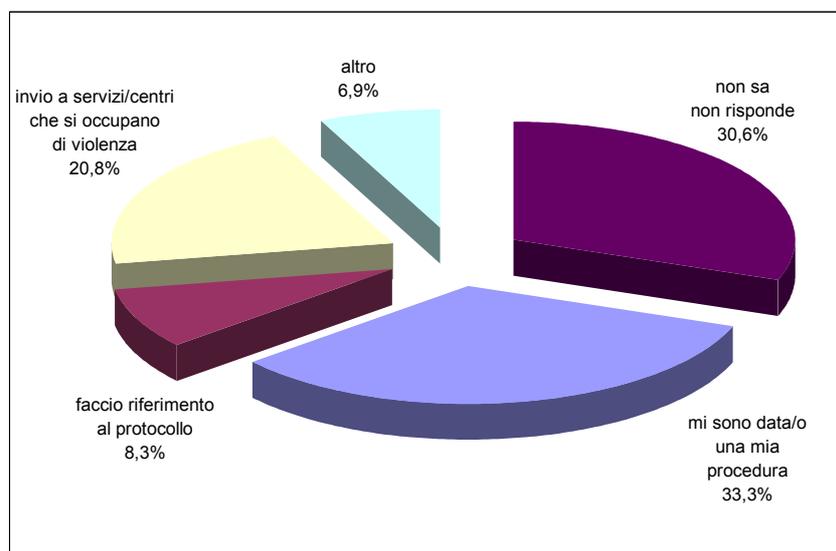
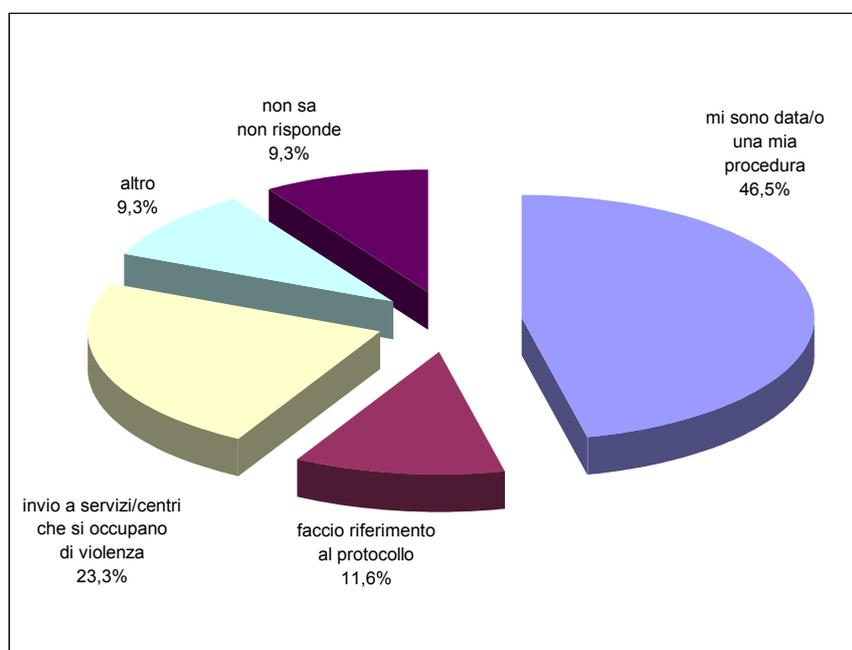
⁷ La fonte di questa informazione sono i responsabili dei servizi.

Non vi è quindi all'interno dei servizi da noi analizzati nessuna procedura formalizzata per accogliere e rispondere alla domanda delle donne.

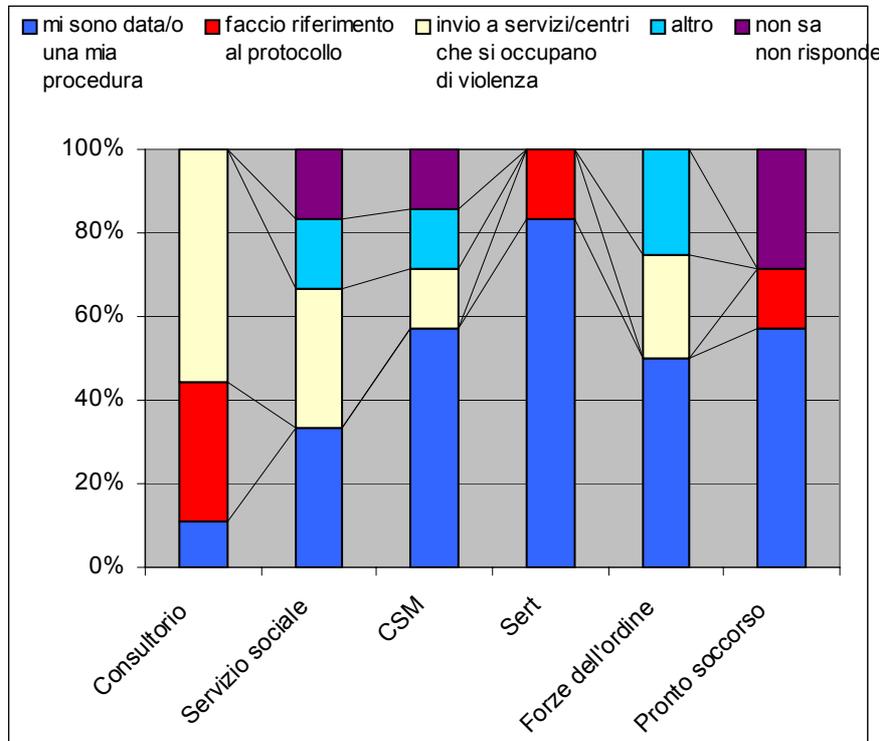
La modalità di intervento non è già definita da un protocollo e nella maggior parte dei casi si adottano procedure personali/individuali. Se prendiamo come riferimento l'intero campione (72 operatrici/ori), coloro che si sono dati una loro procedura di comportamento sono circa il 33%. Questa percentuale sale al 46,5% se si considerano solo le risposte di coloro che hanno trattato almeno un caso di violenza o maltrattamento nell'ultimo anno. Non considerando i rispondenti che non hanno incontrato casi nell'ultimo anno, la quota di coloro che non rispondono o non sanno come comportarsi scende dal 30,6% al 9,3%. Abbiamo considerato verosimile che le operatrici/ori che non hanno trattato nessun caso nell'ultimo anno, non abbiano sperimentato il lavoro con le vittime o, comunque, non al punto tale da ipotizzare una prassi di comportamento.

Tab. 11. – *Comportamento nei casi di violenza e maltrattamento per servizio*

	mi sono data/o una mia procedura	faccio riferimento al protocollo	invio a servizi/centri che si occupano di violenza	altro	non sa non risponde	Totale
Consultorio	1	3	5			9
%	11,1	33,3	55,6			100
Servizio sociale	2		5	1	2	10
%	20,0		50,0	10,0	20,0	100
CSM	5		1	1	6	13
%	38,5		7,7	7,7	46,2	100
Sert	5	1	1	1	4	12
%	41,7	8,3	8,3	8,3	33,3	100
Forze dell'ordine	4		2	2	1	9
%	44,4		22,2	22,2	11,1	100
Pronto soccorso	7	2	1		9	19
%	36,8	10,5	5,3		47,4	100
Totale	24	6	15	5	22	72
Percentuale	33,3	8,3	20,8	6,9	30,6	100

Graf. 6. – *Comportamento nei casi di violenza e maltrattamento (sull'intero campione)***Graf. 7.** – *Comportamento nei casi di violenza e maltrattamento (di coloro che hanno incontrato almeno un caso di violenza o maltrattamento nell'ultimo anno)*

Graf. 8. – Comportamento nei casi di violenza e maltrattamento per servizio



Si riferiscono ad una propria procedura soprattutto le operatrici/ori del servizio tossicodipendenza (per una quota del 80%), ed è comunque la modalità prevalente nei servizi come il centro di salute mentale, il pronto soccorso, le forze dell'ordine. Al contrario nel consultorio familiare e presso il servizio sociale, le modalità prevalenti sono quelle di inviare i casi ad altri servizi o centri che si occupano specificamente di violenza.

Poiché a questa domanda era possibile fornire una sola risposta, è chiaro che le operatrici/ori ci informano sul loro comportamento prevalente. D'altra parte l'adozione di una propria procedura non esclude che, nel corso dell'intervento, si indirizzino le persone anche ad altri servizi o centri specifici che si occupano della violenza contro le donne (presenti in città anche se non sul territorio Urban-Mirafiori Nord). Questo è quanto è emerso nel corso di alcune interviste in cui le operatrici hanno sottolineato che comunque il loro comportamento dipendeva dalla specificità del singolo caso. È interessante analizzare le risposte alla domanda codificata come "altro": vediamo allora che alcuni operatori fanno riferimento a un "lavoro di équipe" (per esempio: "confronto con responsabile e altri operatori e decisione presa in équipe" e "esposizione del caso in riunione d'équipe presso

il centro di salute mentale”) che in effetti sappiamo essere una delle metodologie di lavoro nei servizi, come abbiamo potuto rilevare durante gli incontri diretti alla costruzione dei nodi di rete.

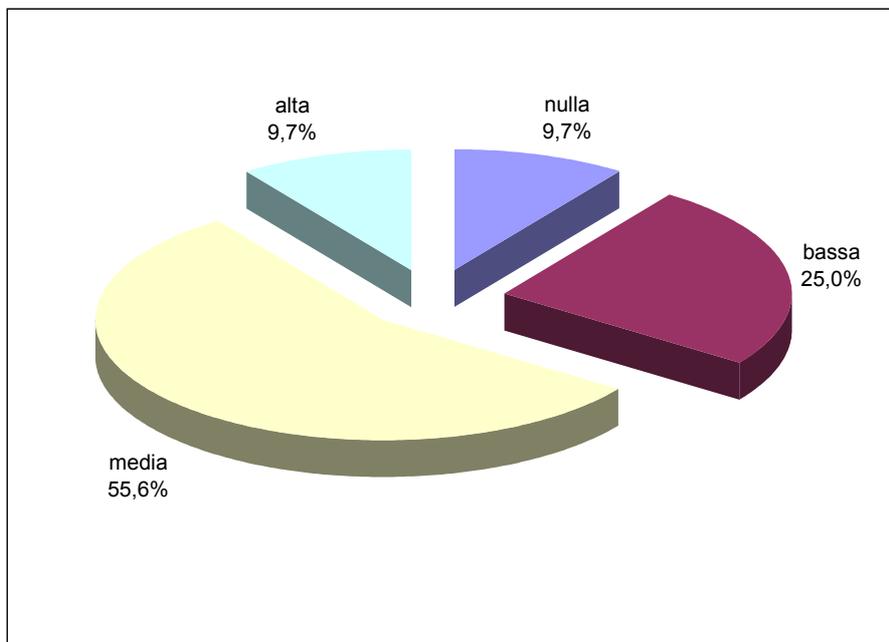
Riconoscere la violenza all'interno dei servizi

Indagare la percezione, gli atteggiamenti, le opinioni, le azioni e le risposte che danno le operatrici/ori nel momento in cui vengono a contatto con la violenza può essere utile per analizzare il punto di vista delle istituzioni (Adami, 2002, p. 74). Per verificare quale sia la capacità da parte dei servizi di riconoscere e affrontare il problema abbiamo cercato di costruire un indicatore di sensibilità dell'operatrice/ore sulla base delle indicazioni contenute nell'analisi di Adami e Basaglia (Progetto Urban, 2002, p. 84). Sono state considerate le risposte ad alcune domande del questionario che riguardavano atteggiamenti degli operatori nei confronti delle vittime di violenza e maltrattamenti⁸. In particolare abbiamo fatto riferimento alle seguenti domande.

- Negli ultimi tre anni ha seguito corsi di formazione specifici sul comportamento da seguire e sulla gestione dei casi di violenza (stupro, maltrattamento, altre forme di violenza anche non fisica) che si potrebbero presentare al suo servizio?
- In base alla sua esperienza ritiene sia opportuna una maggiore formazione degli operatori di questo servizio sul trattamento dei casi di violenza?
- Come si comporta nel trattamento di tali casi? (riferito a casi di violenza sessuale e maltrattamento).

Questo indicatore non rappresenta tanto il grado di riconoscibilità della violenza quanto più in generale il grado di sensibilità nel comportamento e nell'atteggiamento delle operatrici/ori.

⁸ Le domande che sono state prese in considerazione sono 3 (numero 10, 11, 18). A ogni risposta è stato assegnato un punteggio di 0 o 1 e ad ogni operatore complessivamente tra 0 (riconoscibilità bassa) e 3 (riconoscibilità alta).

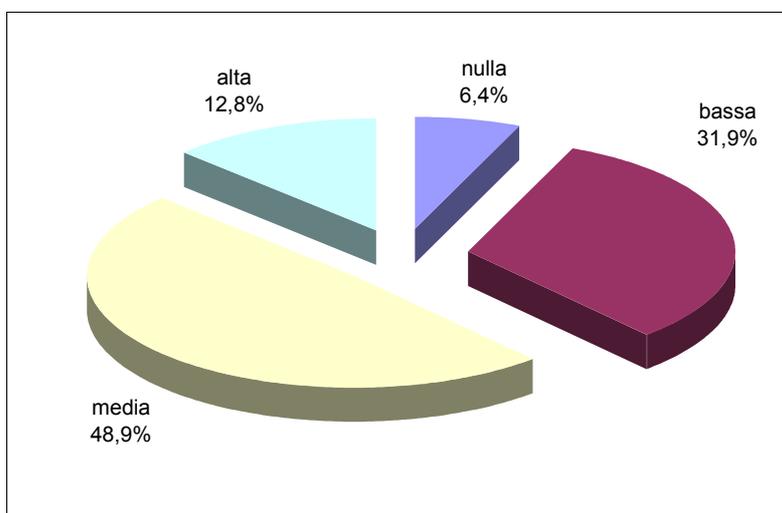
Graf. 9. – Sensibilità alla problematica della violenza

Come si vede dal grafico più della metà delle intervistate/i si collocano in un atteggiamento di media sensibilità. Mentre gli estremi, nulla e alte sensibilità, comprendono una percentuale uguale e inferiore al 10%, è invece relativamente alta la percentuale di bassa sensibilità.

Analizzando la distribuzione dell'indice di sensibilità per genere, possiamo osservare che il grado alta sensibilità è prevalentemente femminile (12,8% donne e 4% uomini).

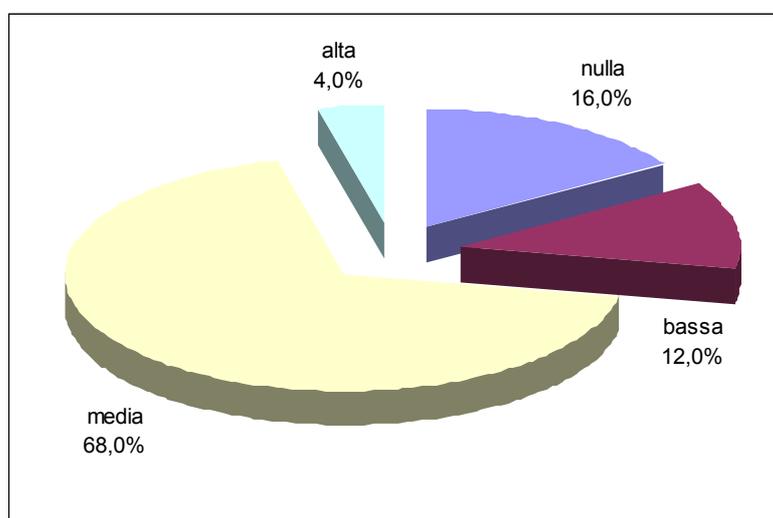
Graf. 10. – Sensibilità alla problematica della violenza

Donne



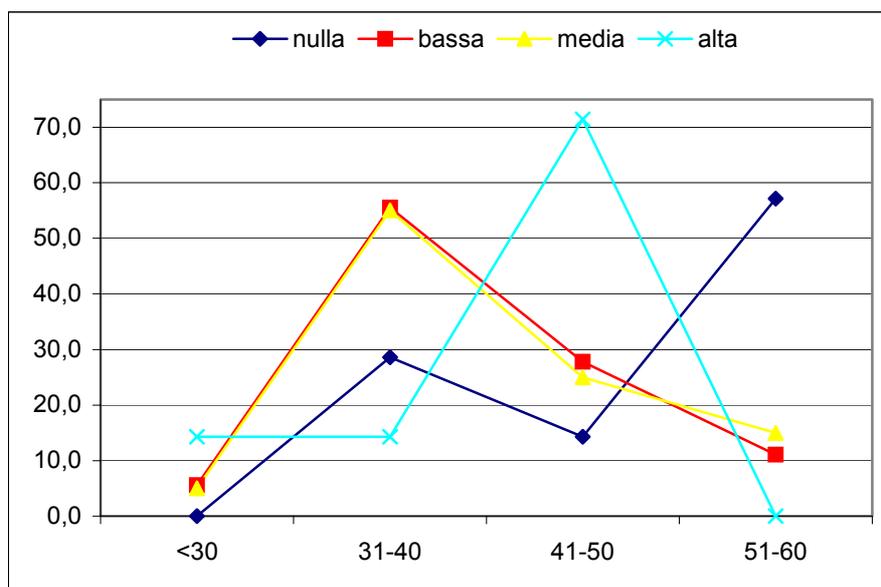
Graf. 11. – Sensibilità alla problematica della violenza

Uomini



La maggioranza degli uomini si colloca ad un livello di media sensibilità e, se si considerano anche coloro che hanno un grado di sensibilità alta, si osserva che quasi tre quarti del campione presenta un grado medio-alto (72%). Tuttavia il grado di “sensibilità nulla” si distribuisce con un peso maggiore tra gli uomini (16% uomini, 6,4% donne).

Graf. 12. – Sensibilità alla problematica della violenza per classi d'età



La sensibilità alla violenza è correlata alla classe d'età⁹. Il grado nullo è zero nella classe di età più giovane e cresce al crescere dell'età. La media e la bassa sensibilità hanno un andamento quasi del tutto coincidente; raggiungono il massimo nella classe d'età 31-40 anni, diminuendo nelle classi successive. L'alta sensibilità ha un picco nella classe d'età 41-50, ma assume valori bassi nelle classi d'età precedenti ed è addirittura nulla nella classe 51-60.

La distribuzione della sensibilità nella tabella 12 mostra che ogni figura professionale in prevalenza ha un atteggiamento di media sensibilità. Anche i medici hanno per più della metà un sensibilità media (53,8%), tuttavia sono la categoria che presenta il livello relativamente più basso di sensibilità rispetto alle altre professioni (42,9%).

⁹ Il grafico è stato costruito con le percentuali della sensibilità per ogni classe d'età.

Tab. 12. – Sensibilità alla problematica della violenza per figura professionale

	medici	psichiatri psicologi	infermieri	assistenti sociali	educatori	poliziotti	totale
nessuna	3	1	1	1	1		7
%	42,9	14,3	14,3	14,3	14,3		100,0
%	23,1	14,3	5,3	5,6	20,0		9,7
bassa	3	1	5	4	3	2	18
%	16,7	5,6	27,8	22,2	16,7	11,1	100,0
%	23,1	14,3	26,3	22,2	60,0	20,0	25,0
media	7	4	12	8	1	8	40
%	17,5	10,0	30,0	20,0	2,5	20,0	100,0
%	53,8	57,1	63,2	44,4	20,0	80,0	55,6
alta		1	1	5			7
%		14,3	14,3	71,4			100,0
%		14,3	5,3	27,8			9,7
totale	13	7	19	18	5	10	72
%	18,1	9,7	26,4	25,0	6,9	13,9	100,0
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Gli educatori sono gli unici ad avere in maggioranza un livello di sensibilità basso. Tra tutte le figure professionali, quella che più delle altre presenta un grado alto di sensibilità (71,4%) è decisamente l'assistente sociale.

Il grado di sensibilità delle operatrici/ori è correlato al servizio di appartenenza (chisq 0,01).

Tab. 13. – Sensibilità alla problematica della violenza per servizio

	consultorio	servizio sociale	CSM	Sert	forze dell'ordine	pronto soccorso	
nulla			2	2		3	7
%			28,6	28,6		42,9	100,0
%			15,4	16,7		15,8	9,7
bassa		1	5	2	1	9	18
%		5,6	27,8	11,1	5,6	50,0	100,0
%		10,0	38,5	16,7	11,1	47,4	25,0
media	9	6	4	6	8	7	40
%	22,5	15,0	10,0	15,0	20,0	17,5	100,0
%	100,0	60,0	30,8	50,0	88,9	36,8	55,6
alta		3	2	2			7
%		42,9	28,6	28,6			100,0
%		30,0	15,4	16,7			9,7
totale	9	10	13	12	9	19	72
%	12,5	13,9	18,1	16,7	12,5	26,4	100,0
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Il servizio che si dimostra più sensibile nel riconoscere la violenza è il servizio sociale (42,9%), in cui peraltro il numero maggiore di operatrici/ori ha una sensibilità medio-alta. Il pronto soccorso al contrario si colloca ai livelli più bassi di sensibilità (42,9% e 50% rispetto agli altri servizi per grado di sensibilità nullo e basso). La maggioranza delle operatrici/ori di quasi tutti i servizi si collocano nella classe di sensibilità media, ad eccezione del centro di salute mentale e del pronto soccorso che presentano una maggiore incidenza nel livello basso (rispettivamente 38,5 e 47,4%).

Aspetti specifici legati al servizio

Il questionario prevedeva una parte specifica per ogni servizio, ad eccezione del servizio sociale. Vediamo di seguito i risultati dell'analisi relativa a questi dati.

Pronto Soccorso

Nella percezione delle operatrici/ori del pronto soccorso l'incidenza del fenomeno di violenza nascosta da incidenti domestici è medio-alta¹⁰ per il 61,1%. Il restante 38,9% ritiene che questa incidenza sia inferiore al 19%. Quasi tutte le

¹⁰ La media incidenza è compresa tra il 20% e il 49%; l'alta è superiore o uguale al 50%.

donne (8 su 10) stimano alto il livello di questo tipo di occultamento della violenza, mentre gli uomini prevalentemente (5 su 8) ritengono l'incidenza bassa.

Ad avere comunque incontrato almeno uno di questi casi sono stati solo tre uomini (due infermieri e un medico) e una donna (infermiera). Tutti hanno dichiarato di aver avuto dei sospetti e di averli poi approfonditi tramite un colloquio.

L'intervento delle operatrici/ori di fronte a una donna che durante il colloquio al servizio, pur presentando segni di violenza li neghi, sarebbe per la maggior parte (10 su 17 rispondenti) quello di informare la donna dei centri antiviolenza o altri servizi cui rivolgersi per avere aiuto.

Non farebbero nulla solo una infermiera e un infermiere "*perché la donna è maggiorenne*" e una operatrice tecnica addetta all'assistenza e un medico "*perché la donna avrà i suoi motivi per negare*". Informerebbero subito la polizia (qualora la violenza rientrasse nei termini della procedibilità di ufficio) una assistente sociale e due infermiere/i, una donna e un uomo; le altre infermiere/i, i medici e le assistenti sociali invierebbero la donna a un servizio o centro specializzato.

Rispetto all'importanza del referto medico con cui viene descritta la violenza, 14 operatrici/ori su 18 hanno risposto di valutare il referto molto importante. Nessuno ha risposto che non abbia importanza, ma in 4 hanno dichiarato di non avere un'idea in merito. Sono un medico e tre infermiere/i, due donne e un uomo. Le altre operatrici/ori che ritengono importante il referto in prevalenza si riferiscono al suo utilizzo nella denuncia. Solo un'operatrice tecnica addetta all'assistenza e un medico ritengono il referto importante ai fini di dare visibilità al fenomeno.

Consultorio familiare

La prima domanda rivolta specificamente alle operatrici/ori del consultorio familiare era: "Le è capitato nel rapporto con una donna con problemi psicologici di rintracciare nella sua storia recente o passata un episodio di violenza o di maltrattamenti?" Hanno risposto affermativamente 7 operatrici/ori su 9. Solo due infermiere hanno risposto in maniera negativa, per quanto lavorino nel servizio da più di cinque anni una e addirittura da più di quindici l'altra. Le rispondenti riferiscono che l'autore faceva sempre parte della sfera familiare delle vittime, il partner o comunque un parente convivente.

Tutte le operatrici/ori del consultorio familiare sono concordi non solo nell'affermare che i figli di una madre vittima di violenze da parte del marito/partner possono riportare danni psicologici, ma anche che alcuni disturbi di tipo fisico o psicologico che riguardano specificatamente la sfera sessuale possono essere collegati a eventi di violenza o maltrattamenti subiti.

Le conseguenze su cui concordano quasi tutte le operatrici/ori del consultorio sono i problemi economici e familiari.

Tab. 14. – *Possibili conseguenze per una donna vittima di violenza o maltrattamenti*

	si	no	totale
perdita di lavoro	5	4	9
perdita casa	6	3	9
problemi economici	9		9
problemi familiari	8	1	9
nessuna conseguenza		9	9

Solo una parte ritiene che le conseguenze possano essere la perdita di lavoro e della casa.

Nessuno nel corso dell'ultimo anno ha seguito casi di separazione o divorzio conseguenti a episodi di violenze e nessuna ginecologa/o ha riscontrato minacce di aborto in seguito a violenze o maltrattamenti fisici.

Viceversa tutte le ginecologhe/i nel corso dell'ultimo anno hanno avuto richieste di interruzione di gravidanza in seguito a violenze per un totale di 8 casi.

Forze dell'ordine

Sono state intervistate una vigilessa e una poliziotta, due vigili, due poliziotti e tre carabinieri. Nella sezione della polizia municipale le denunce vengono raccolte indifferentemente da una vigilessa o da un vigile, mentre è un ispettore nel caso dei carabinieri e della polizia. Per quest'ultima può essere, anche se non necessariamente, un'ispettrice.

Le denunce vengono raccolte generalmente in una stanza ad un uso esclusivo (carabinieri e 2 poliziotti su 3), anche se possono essere ricevute anche in un locale ad uso plurimo (vigili e un poliziotto).

Sia ai carabinieri sia alla polizia sia alla sezione dei vigili urbani (1 su 3) sono capitate richieste di intervento da parte di donne che hanno subito minacce, violenze o maltrattamenti, nel corso dell'ultimo anno. I tre carabinieri riferiscono in tutto di 27 casi; della polizia solo uno ha indicato il numero di 7 denunce e l'unico vigile un solo caso.

Solo due poliziotti hanno avuto nel corso dell'ultimo anno richieste di intervento da parte di donne che si sentivano a rischio di vita, ma non sapevano indicare il numero esatto di casi.

Qual è la procedura di intervento in questi casi? Tre su sette hanno risposto che l'intervento si basa su procedure previste per legge; i tre carabinieri e il vigile hanno fatto riferimento all'importanza di essere di aiuto alla vittima.

“Si cerca di mettere a proprio agio la persona e che la stessa possa vedere in noi una persona alla quale porre fiducia e poi si fa parlare la stessa su ciò

che la impaurisce. Successivamente si cerca di risolvere il problema secondo il caso che si ha davanti”.

“Mettere a proprio agio la persona, saperla ascoltare e, se è il caso, ricevere formalmente la querela della persona, consigliandole anche di recarsi nei centri per le vittime di violenza istituite dal comune”.

“Avere un quadro completo della situazione per poter affrontare il discorso prima nell’ambito familiare e poi avviando alla strutture predisposte”.

Durante l’intervista un poliziotto ci spiega che presso ogni commissariato sono presenti gli elenchi di servizi sociali e centri antiviolenza e sono a disposizione di tutti. Inoltre sono loro stessi che segnalano casi al servizio sociale.

A richiedere più frequentemente l’intervento è la vittima stessa (6 su 7) e per un solo rispondente un parente. Nessuno ha ricevuto richieste da associazioni, amici, famiglie o vicini.

Tutti gli operatori delle forze dell’ordine che hanno trattato casi di violenza, sono concordi nel ritenere che intervenire in una lite familiare sia più difficile rispetto ad altri interventi. Le motivazioni sono principalmente tre: perché è un ambito troppo privato (5 su 7), perché è difficile capire le motivazioni della lite (1 su 7), perché si rischia di generare traumi nei figli (1 su 7). Riportiamo per esteso le considerazioni di tre carabinieri su questo tema.

“È più difficile perché oltre alla risoluzione della lite vi è sempre alla base un problema di fondo tra i coniugi, in più vi sono i problemi legati ai figli o alle proprietà comuni. In alcuni casi la donna non svolge un’attività lavorativa per cui non è indipendente”.

“Si entra in un ambiente molto intimo e se nello stesso vi sono disaccordi di fondo, sicuramente non sarà il nostro intervento a risolverlo, anche se nella maggior parte dei casi le persone si fidano molto dei consigli che diamo per risolvere i contrasti”.

Infine un carabiniere osserva *“utili sarebbero dei corsi formativi che potrebbero accrescere la nostra preparazione nello specifico settore”.*

Centro di salute mentale

Quasi tutte le operatrici/ori di questo servizio (12 su 13) riferiscono di aver rintracciato nella sua storia recente o passata di donne con problemi psichici, un episodio di violenza o di maltrattamenti; solo un’infermiera risponde in modo negativo. L’autore prevalente di questi casi è il partner, marito o fidanzato.

Tab. 15. – *Autore di violenza e maltrattamento su una donna con problemi psichici*

autore	numero operatori
partner/marito/fidanzato	5
parente convivente	1
parente non convivente	2
partner occasionale	1
conoscente	1
sconosciuto	2
Totale	12

Rispetto alla possibilità che i figli di una madre vittima di violenze da parte del partner possano riportare danni psicologici i pareri sono contrastanti: in 6 rispondono affermativamente, mentre altri 6 affermano che dipende dai casi¹¹, solo una psicologa lo esclude.

Tra i sintomi che possono essere conseguenza di una possibile violenza subita, in dieci riferiscono disturbi psichici.

Tab. 16. – *Possibili sintomi conseguenti a violenza o maltrattamento*

	si	no	totale
disturbi psichici (ansia, depressione, fobie...)	10	3	13
disadattamento sociale	5	8	13
abuso di sostanze	4	9	13
difficoltà di identificazione con il proprio sesso	7	6	13
aggressività verso il sesso opposto	7	6	13
autodistruttività	5	8	13
svalorizzazione del sé	9	4	13
altro	2	11	13

Il secondo sintomo più riconosciuto dalle intervistate/i è la svalorizzazione del sé.

Alla domanda “se una donna viene al suo servizio per una depressione cosa tende a considerare come prima cosa?”, in tre hanno risposto “gli eventi di vita negativi e traumatizzanti”. Un’infermiera considera “la predisposizione naturale e familiare” e altre tre operatrici/ori indicano la voce altro. Questi ultimi riferi-

¹¹ Hanno risposto affermativamente un’assistente sociale, due educatori, una psicologa, un medico e un’infermiera; hanno risposto che “dipende dai casi” un’assistente sociale, uno psichiatra, tre infermieri e un educatore. Non si rileva alcuna differenza di genere nelle risposte.

scono di considerare come prima cosa “*il racconto della paziente stessa*”, “*il resto del racconto*”, “*il contesto ambientale, familiare, sociale*”.

Ritengono che nelle patologie psichiche di una donna sia sempre necessario approfondire il suo contesto affettivo in sei, mentre quattro affermano che dipende dai casi.

Un’assistente sociale rimarca alla fine del questionario l’utilità di “*maggior informazione e approfondimenti sui temi trattati*”.

Servizio tossicodipendenze

La prima domanda rivolta specificamente alle operatrici/ori del Sert era: “Le è capitato nel rapporto con una donna con problemi di tossicodipendenza di rintracciare nella sua storia recente o passata un episodio di violenza o di maltrattamenti?” Hanno risposto affermativamente dieci su undici rispondenti. Si sono riferiti a casi in cui in prevalenza l’autore faceva parte della rete familiare della vittima.

Tab. 17. – *Autore di violenza e maltrattamento su una donna con problemi di tossicodipendenza*

autore	numero operatori
partner/marito/fidanzato	5
parente convivente	3
parente non convivente	1
partner occasionale	0
conoscente	0
sconosciuto	1
Totale	10

Solo in un caso l’autore era sconosciuto, mentre in 5 casi su 10 era il compagno della vittima.

Tutte le operatrici/ori sono concordi nel considerare che i figli di una madre vittima di violenze da parte del partner possono riportare danni psicologici. Individuano poi in maggioranza come possibile sintomo conseguente a violenza o maltrattamento la svalorizzazione del sé.

Tab. 18. – Possibili sintomi conseguenti a violenza o maltrattamento

	si	no	totale
disturbi psichici (ansia, depressione, fobie...)	9	3	12
disadattamento sociale	6	6	12
abuso di sostanze	6	6	12
difficoltà di identificazione con il proprio sesso	8	4	12
aggressività verso il sesso opposto	5	7	12
autodistruttività	9	3	12
svalorizzazione del sé	11	1	12
altro	1	11	12

Tra i sintomi che possono essere conseguenza di una possibile violenza subita nove operatrici/ori hanno indicato disturbi psichici e autodistruttività; otto difficoltà di identificazione col proprio sesso. L'unica psicologa che ha segnalato altri possibili sintomi ha fatto riferimento a “*disturbi sessuali e relazionali*”.

Sono in otto a ritenere che nei casi di una donna con problemi di tossicodipendenza sia sempre necessario approfondire il suo contesto affettivo, mentre quattro affermano che dipende dai casi.