

## Il punto di vista di alcune/i testimoni privilegiate/i

FRANCESCA BAROLO e VALERIA CAPPELLATO

Questo capitolo analizza le interviste in profondità effettuate a dieci testimoni privilegiati che operano nell'area Urban. Nello specifico si tratta di una volontaria del centro di ascolto parrocchiale, una infermiera presso il consultorio familiare, due insegnanti (una del Centro Territoriale Permanente "Alvaro Modiglioni" e una di una scuola materna), un farmacista, un medico di base, un poliziotto, una psichiatra, due assistenti sociali del servizio sociale di base. Delle dieci persone intervistate due sono uomini (il poliziotto e il farmacista) e otto donne. Le persone intervistate appartengono a una fascia di età compresa tra i 28 e i 67 anni. Solo tre testimoni risiedono in Urban (la volontaria del centro di ascolto, una insegnante e il farmacista), mentre gli altri frequentano il quartiere solo per lavoro. In tutti i casi si tratta dunque di persone che operano, nel settore pubblico o privato, al servizio delle persone residenti nel quartiere anche se la permanenza lavorativa in Urban varia dai 3 anni della psichiatra ai 34 del farmacista.

Le interviste alle/ai testimoni si sono rivelate utili ai fini di ricostruire le reti che esistono tra i vari servizi ed enti che operano in Urban e il tipo di utenza che si rivolge a ciascuna delle strutture esistenti sul territorio, e anche per conoscere la percezione del fenomeno che essi hanno e per individuare percorsi di soluzione e strategie di prevenzione.

### Utenza

Le/i testimoni intervistati, parlando di tipologie di utenti che loro si rivolgono, ci restituiscono un quadro composito e variegato. I casi più visibili "*fanno parte di una certa classe che in genere ha un livello di istruzione abbastanza basso*" (Psichiatra) e appartengono alle fasce più deboli, anche perché è in queste che i servizi territoriali possono penetrare più facilmente e percepire le situazioni di rischio. Ma è vero che, come sottolineato dalla psichiatra: "*gli altri [utenti di classi sociali alte] li vediamo meno frequentemente non perché non esista, ma perché è molto più coperto il fenomeno [della violenza]*".

Abbiamo raccolto testimonianze che parlano comunque di utenze composite, di popolazione sia giovanile che anziana, sia italiana che straniera.

Le richieste di sostegno che giungono ai servizi sono tra loro differenti pur essendo possibile riconoscere una certa uniformità se si analizza servizio per servizio. Alle insegnanti non sono mai giunte esplicite richieste di aiuto, ma nonostante questo un'insegnante (di scuola materna) racconta di una "*solitudine latente*" che affligge alcune mamme.

Ad operatori con competenze specifiche, quali la medico di base e la psichiatra, giungono richieste differenti a seconda del canale di provenienza dell'utente. La violenza risulta più evidente nelle donne che arrivano in pronto soccorso con segni visibili di abuso, ma ci sono altri casi in cui succede che le donne "*nel tempo della conoscenza terapeutica dicano poi che hanno avuto storie di questo genere*" (Psichiatra) o si rivolgano al medico di base per alcuni disturbi e poi nel corso della visita raccontino di essere o di essere state vittime di una qualche forma di maltrattamento.

Al consultorio vengono richiesti interventi rivolti alla contraccezione e interruzione di gravidanze, mentre al centro di ascolto si indirizzano donne che subiscono violenze o famiglie, italiane e straniere, in cerca di aiuti finanziari.

Le assistenti sociali riferiscono di ricevere richieste di aiuto da parte di donne per le strategie da mettere in atto quando iniziano ad insorgere i primi problemi coniugali, da parte di madri che chiedono l'inserimento in comunità per loro e per i figli, ma anche da parte di famiglie che vivono in case popolari con forti carenze logistiche (vedi assenza di ascensori, fatiscenza dei locali).

Il poliziotto riferisce di non aver ricevuto mai richieste esplicite di soccorso in caso di violenza e che gli interventi fatti nella zona di Mirafiori Nord sono stati più che altro richiesti per casi di rapine.

### **Network<sup>1</sup>**

Non è possibile asserire che non esista una sorta di rete tra le/i professionisti che operano in Urban, ma da quanto traspare dalle interviste i rapporti attuali si basano più su consulenze occasionali che su interventi gestiti a quattro o più mani e si limitano a rapporti non formalizzati. La maggior parte delle/gli intervistati dichiarano infatti di mantenere rapporti, seppure saltuari, con colleghi o comunque con persone che svolgono attività simili alle loro. Le collaborazioni possono assumere la forma più varia che va dalla partecipazione e socializzazione durante i corsi di formazione (Volontaria centro di ascolto), ai servizi di consulenza (Psichiatra) a vere e proprie collaborazioni "*occasional*" (Infermiera, Medico di base, Insegnante<sup>1</sup>, Assistenti sociali). I contatti avvengono per lo più quando il singolo professionista od operatore non si ritiene sufficientemente competente a gestire un caso specifico e lo rinvia quindi a un'altra/altro operatore o quando altri enti ri-

---

<sup>1</sup> Il termine verrà meglio esplicitato nel capitolo *Azioni di rete*.

chiedono interventi mirati che necessitano il contributo di figure ad alta professionalità. Osservando più attentamente quali strutture sono inserite all'interno di rapporti di rete, si rintracciano collaborazioni e reazioni molto diverse.

I servizi sociali vengono identificati come struttura di riferimento con cui si instaura il maggior numero di contatti (Volontaria centro di ascolto, Insegnante CTP, Infermiera, Poliziotto).

La psichiatra ha ricostruito una rete articolata di collaborazioni e consulenze. I medici del Centro di Salute Mentale collaborano, infatti, con l'ospedale Martini presso il pronto soccorso e il reparto di psichiatria è all'interno di questa micro-rete: “[noi medici psichiatri] *utilizziamo il reparto come luogo di ricovero dei pazienti che seguiamo e collaboriamo con i colleghi che lavorano in reparto, e noi invece siamo utilizzati come consulenti sul pronto soccorso e anche sul reparto in caso di assenza, festivi e notti, quando sono assenti i nostri colleghi*”. Al Centro di Salute Mentale possono poi giungere segnalazioni di casi da parte di colleghi e, siccome il medico intervistato si occupa dell'equipe di maltrattamento e abuso sull'infanzia, “*si è [anche] scelto che le situazioni del tribunale dei minori, in cui vanno presi in carico anche i genitori, arrivassero direttamente da noi [Centro di salute mentale]*”.

Diversi intervistati identificano nei medici psichiatri e nelle strutture di neuropsichiatria infantile figure competenti ad intervenire nei casi di violenza contro le donne e ad essi fanno riferimento in caso di necessità (Centro di ascolto, Insegnanti, Medico di base).

L'assenza di una rete di collaborazione e confronto, da quanto emerge dalle interviste, sembra essere correlata alla mancanza di fiducia reciproca cui più di una/un testimone fa riferimento. Utilizzando le parole della psichiatra si comprende che “*il problema è la conoscenza, il collegamento, la fiducia reciproca, perché poi si tratta di lavorare insieme su una serie di situazioni, però in teoria possono essere utilizzati, sì, poi nei nostri servizi c'è proprio una scarsa conoscenza di questi fenomeni...*”. Anche la medico di base avverte il bisogno di una verifica dei servizi presenti sul territorio e delle loro competenze, prima dell'invio a questi di casi critici.

Non tutte/tutti i testimoni intervistati appaiono comunque pessimisti sulla rete di collaborazione tra operatori e servizi. L'infermiera del consultorio si dice infatti soddisfatta della realtà esistente e avverte un miglioramento della conoscenza dei servizi presenti sul territorio, rispetto a qualche anno fa. Una assistente sociale ci ha detto inoltre di credere molto “*nel lavoro di rete in cui gli operatori si dicono tutto e cercano di lavorare insieme per le persone e che in questo quartiere questo riesca molto bene*” (Assistente sociale 2).

Nonostante l'esistenza di questi rapporti occasionali, come sottolinea la psichiatra, le strutture esistenti non solo “*non sono conosciute da parte dell'utenza ma neanche tanto da parte degli operatori. Nel senso che gli operatori sanno che ci sono ma non hanno un contatto diretto, una conoscenza diretta [...]. Ognu-*

*no di noi ha la sua esperienza clinica non c'è ancora una cultura del servizio condivisa, condivisa interservizi e con altre agenzie ecco questo manca ancora un po'..."*.

Ricorrendo ancora una volta alle parole della psichiatra il pensiero dominante che traspare dalle interviste raccolte rimane che *"bisognerebbe sforzarsi di più di coinvolgere queste varie iniziative con il lavoro dei servizi, perché potrebbe essere utile"*.

Solo la volontaria del centro di ascolto ci ha parlato di incontri formativi con operatori dei servizi del territorio. Le persone attive in associazioni di volontariato come questa, d'altra parte, raramente posseggono quel minimo bagaglio formativo necessario ad affrontare casi di disagio sociale e sono probabilmente più consapevoli della necessità di un'adeguata formazione. Solo una insegnante ha raccontato di essersi messa in contatto spontaneamente con il centro studi Hansel e Gretel, che si occupa di violenza sui minori, perché sospettava di avere un bambino oggetto di violenza da parte della famiglia, per chiedere il loro intervento e per collaborare con loro (Insegnante c/o CTP). L'altra insegnante ha detto invece che non saprebbe verso quali servizi indirizzarsi in caso di bisogno di consulenze o di persone che le chiedono aiuto.

In generale si avverte tra le/gli intervistati *"un bisogno di formazione specifica, di sensibilizzazione rispetto a questo tema perché [...] non c'è una cultura"* (Psichiatra).

### **Diffusione e visibilità**

Le/i testimoni in generale percepiscono la violenza contro le donne come fenomeno diffuso e che coinvolge tutti i ceti sociali. È piuttosto il manifestarsi del fenomeno che varia in relazione al tipo di violenza e alle modalità di emersione della stessa.

Se infatti la violenza extra familiare è considerata un fenomeno presente ma non a tal punto da considerarsi allarmante, la violenza agita nell'ambito familiare preoccupa maggiormente le/i nostri intervistati che la ritengono oltre che diffusa, sommersa e difficile da percepire.

A favorire l'emersione del fenomeno, secondo alcune testimoni, potrebbe però concorrere la mutata sensibilità che le/gli operatori e le/i cittadini hanno maturato verso il problema. A questo proposito la psichiatra afferma: *"essendo, dal mio punto di vista, cresciuta la disapprovazione è probabile che... la violenza fisica scatti più difficilmente"*. Anche una delle due assistenti sociali intervistate ritiene che la sensibilità degli operatori, e non solo, sia cresciuta sfociando in una maggiore consapevolezza e migliore disponibilità a parlare del problema.

In generale tutte/i gli operatori rilevano poi la diffusione e importanza del complesso fenomeno della violenza psicologica spesso, ma non necessariamente, legato a quella fisica.

## Le condizioni di rischio

Alcune/i operatori mettono in relazione la persistenza, e per alcune la crescita, della violenza intrafamiliare con il recente mutare dei rapporti uomo/donna. Se da una parte, infatti, emerge una nuova figura di donna consapevole delle proprie capacità e dei propri diritti, indipendente a livello sia economico sia psicologico dal coniuge e quindi maggiormente capace di emanciparsi da una relazione di coppia oppressiva, dall'altra questo stesso quadro sembra essere una delle cause che determina lo scaturire della violenza da parte di uomini che si sentono minacciati dalla accresciuta intraprendenza e autonomia della compagna.

Riguardo a questa nuova realtà, la psichiatra afferma: *“le donne che lavorano sono viste in maniera più... più competitiva, come più pericolose dai loro compagni”* e l'insegnante del CTP dichiara: *“secondo me [la violenza] sta crescendo verso le donne, proprio nella misura in cui queste cercano di essere più libere”*, e ancora fa riferimento alla *“grande insicurezza degli uomini... grande paura che hanno di perdere il potere”*. Anche la medico individua nel *“mancato riconoscimento del ruolo”* maschile da parte della donna, nel mancato riconoscimento del *“potere”*, uno degli elementi che favoriscono la violenza. Nello stesso tempo le/i testimoni sono concordi nel ritenere la dipendenza economica dal marito un freno per la donna che vuole uscire dalla situazione violenta.

Le/gli intervistati forniscono poi un quadro di altre condizioni che a loro parere costituiscono un quadro di rischio dello scatenarsi della violenza. Le indicazioni risultano essere eterogenee e condizionate dall'esperienza, professionale e non, di ciascun testimone. L'operatrice del centro di ascolto ritiene, per esempio, che la convivenza e la mancanza di stabilità connessa a tale rapporto rappresenti per la donna un elemento di fragilità e costituisca di per sé un fattore di rischio. Alcune/i operatori citano tra le condizioni di rischio l'uso di alcool e di sostanze stupefacenti, il livello culturale basso, le difficoltà finanziarie, il disagio psichico, l'aver una storia di violenza subita nella famiglia di origine. Emerge poi la difficoltà di alcune operatrici a gestire le violenze intrafamiliari quando queste avvengono tra soggetti extra comunitari che *“hanno una cultura diversa”* (Volontaria Centro Ascolto Parrocchia).

Tutte/i gli intervistati concordano inoltre nel riconoscere una tendenza da parte delle donne che subiscono violenza, a minimizzare i maltrattamenti, a nascondersi per paura. Quella paura che la psichiatra interpreta come paura di *“fare, di uscire, di essere una persona normalmente inserita in una vita sociale”*, una delle conseguenze psicologiche più devastanti per la vita delle donne maltrattate.

Le operatrici più a contatto con la violenza sulle donne riconoscono che un altro fattore di rischio per quanto riguarda la violenza agita in ambito familiare è la sua tendenza a ripetersi facilmente nel tempo e a diventare quasi un modo di vivere, tanto che una assistente sociale ipotizza che *“per loro [le donne vittime*

di violenza] è talmente normale essere trattate in questo modo che forse neanche se ne accorgono”. La psichiatra, in merito, dice che “il fatto di essere privi di strumenti, non tanto culturali, quanto emotivi, per far fronte a delle situazioni di prevaricazione, questo è qualche cosa che permette la reiterazione, la cronicizzazione di queste situazioni”. E le donne sono disposte ad accettare le situazioni tanto a lungo che talvolta solo “l’idea di potere essere utili a altre persone” le spinge a sporgere la denuncia.

### I casi segnalati

Le risposte delle/degli intervistati risultano eterogenee quando si chiede loro di riferire, in qualità di professionisti operanti sul territorio Urban, episodi di violenza contro le donne di cui sono venuti a conoscenza in modo diretto.

La psichiatra, grazie al ruolo che ricopre all’interno del Centro di Salute Mentale e per la collaborazione che offre al Pronto Soccorso presso l’Ospedale Martini, risulta senz’altro una testimone più privilegiata di altre per la sua conoscenza diretta del fenomeno. Distingue due tipologie di eventi/interventi: “in ambulatorio [del Centro di Salute Mentale] sostanzialmente la cosa più probabile è che si presentino persone che hanno subito violenza nel passato”, aggiungendo: “i casi più frequenti con cui vengo a contatto [in ambulatorio] sono casi di persone che hanno subito violenza in famiglia nel passato e vengono qui in terapia e ad un certo punto rivelano questa violenza che... molto spesso è un abuso sessuale da parte dei familiari”. D’altra parte è al Pronto Soccorso che l’intervento è richiesto per casi di violenza agita da poco tempo. La collaborazione con il Tribunale dei minori risulta essere un’altra fonte di “arrivi”: accanto alla violenza agita nei confronti dei minori, infatti, è probabile si accompagni una violenza contro le donne della famiglia e viceversa “una violenza nei confronti della compagna è anche solo a livello psicologico un grosso terrore e insicurezza inferto ai bambini che ne sono testimoni”.

La medico di base racconta di episodi in cui “la persona è venuta da me ovviamente anche con altre problematiche e poi dopo, nel colloquio, è uscito fuori ...”.

Così come una delle due operatrici del Consultorio intervistate dice: “durante i colloqui, nei casi che si conoscono, vengono fuori le situazioni di maltrattamento, di cui non sempre c’è consapevolezza da parte delle donne ...”.

Così come la psichiatra, quindi, anche la medico e una delle assistenti sociali raccontano episodi di violenza intrafamiliare di cui vengono a conoscenza quasi per caso, solo grazie a un colloquio che verte su “altro” a sottolineare la difficoltà con cui tali eventi sono esplicitati e/o denunciati.

Il farmacista, invece, che vive e lavora nella zona Urban da 34 anni e che per la professione che esercita ha una relazione molto intensa con il quartiere, non ricorda episodi di cui abbia avuto conoscenza diretta negli ultimi anni e aggiun-

ge *“prima ne venivamo a conoscenza perché la gente ne parlava... la gente lo diceva in giro”*. Un tempo, secondo questo testimone, i vicini di casa condividevano tra loro le esperienze del quotidiano domestico mentre ora egli nota una maggiore divisione tra la sfera pubblica e la sfera privata sottolineando come oggi sia *“tutto più nascosto”*.

Il poliziotto alla domanda sulla conoscenza diretta di episodi di violenza parla di segnalazioni o interventi in casi di violenza extra familiare legata frequentemente al perpetrarsi di altri reati, come la rapina o lo scippo. Nel corso dell'intervista, però, il testimone ricorda anche interventi in casi di violenza intrafamiliare e in merito così si esprime: *“uno può essere chiamato, ed è successo, lite in famiglia al numero 14 di Via tal dei tali... allora uno va, sale e constata se c'è stata effettivamente una lite, una violenza, oppure se semplicemente c'è stata una discussione come spesso accade”*.

Dalle sue parole emerge una certa difficoltà a definire tali eventi come violenti e la tendenza a minimizzarli riconducendoli a semplici *“discussioni familiari”*.

Le insegnanti ricordano entrambe episodi di violenza agita sui bambini iscritti alla scuola presso cui svolgono servizio, ma sono concordi nell'affermare che questi eventi non sembravano accompagnarsi a una violenza agita dal marito sulla coniuge.

Si svelano quindi situazioni, racconti e modalità di conoscenza degli eventi differenti che possono ricondursi alle diverse professioni svolte dalle/dai testimoni intervistati, i quali comunque sembrano, almeno per una parte, concordi nell'affermare quanto sia difficile venire a conoscenza di episodi di violenza agita tra le mura domestiche.

Ad esemplificare le diverse tipologie di donne vittime di maltrattamento ci sembra utile fare riferimento alle parole della psichiatra che ci racconta di donne già pazienti del Centro di Salute Mentale e di *“utenti abituali”* del Pronto Soccorso, di donne che hanno un livello di istruzione basso così come di professioniste affermate.

*“Ricordo il caso di una nostra paziente che conoscevamo e seguivamo, che a un certo punto è arrivata accompagnata in ambulatorio perché era stata trovata in un parco e aveva subito lì una violenza da parte di personaggi non identificati [...], ma anche lì la situazione è stata molto difficile da ricostruire, si era accompagnata la sera precedente, avevano bevuto, avevano utilizzato anche sostanze, cose di questo genere, è arrivata proprio direttamente, l'abbiamo accompagnata noi fisicamente in pronto soccorso... Dopo quella situazione lì poi non ci sono stati seguiti, nel senso che la denuncia è stata fatta verso ignoti, non sono stati identificati e d'altronde non era nemmeno tanto in grado di farlo”*. Ma *“sono frequentissime [anche] le situazioni di persone che arrivano al pronto soccorso che sono cadute dalle scale... poi la terza volta che uno cade*

*dalle scale ci si comincia a domandare come mai questa persona continua a sostenere di essere caduta [...]. Un recente caso di una professionista molto affermata che non riesce ad uscire da questa relazione che possiamo chiamare di dipendenza. L'ultima volta ha detto è vero, le cose sono successe. Adesso stiamo pensando di agire attraverso l'autorità giudiziaria perché sta facendosi spennare di tutto quello che ha... Secondo noi è possibile agire indicandola come persona circonvenibile e che mette a rischio tutto ciò che ha... in una condizione di inferiorità psicologica in quello specifico rapporto”.*

### **Le risposte possibili**

Dalle interviste traspare la sensazione, comune a più testimoni, di non sentirsi abbastanza pronti e preparati ad affrontare e gestire i casi con i quali vengono a contatto. Molti delle/degli intervistati hanno il desiderio di essere di aiuto alle donne che si rivolgono loro, ma sentono anche un senso di impotenza: la *“frustrazione [...] non potere essere utili nell'immediatezza... il fatto di constatare che c'è stata una violenza e non poterci fare nulla lì, sul posto, se non le normali procedure che però non cancellano quello che è stato fatto”* (Poliziotto).

La maggior parte delle/dei testimoni identificano come mezzo più immediato di intervento e supporto per le donne vittime di violenza l'ascolto. Quasi tutti esprimono ciò che, nelle parole della psichiatra, è il bisogno di *“coniugare la capacità di essere accoglienti rispetto a quello che è successo”*.

Alcune testimonie che non si ritengono “competenti” o sufficientemente preparati a gestire casi di violenza, fungono da *trait d'union* con altri servizi, e cioè indirizzano la donna verso strutture più adeguate che possono darle, oltre che un supporto morale ed emotivo, anche sostegno tecnico-legale su come affrontare ed eventualmente uscire dalla violenza (Volontaria centro di ascolto, Medico di base).

I servizi sociali tra tutti sono riconosciuti come i più attrezzati per affrontare casi di maltrattamento nei confronti delle donne e per questo sono anche identificati come primo punto di riferimento cui rivolgersi. La volontaria del centro di ascolto li identifica come i più adatti ad essere chiamati nei casi di difficoltà: *“siccome noi non è che possiamo intervenire, [diciamo] di rivolgersi sempre alle assistenti sociali [sperando] di riuscire a risolvere la situazione”*. Il poliziotto descrive poi le/gli operatori dei servizi sociali come *“persone preposte a occuparsi di queste situazioni particolarmente critiche e che è molto più facile contattarle di quanto sembra, e comunque i numeri degli enti sociali, sono a disposizione presso tutti i commissariati, i posti di polizia, carabinieri... nel senso che comunque se uno si rivolge a noi, in una qualsiasi giornata, dentro un qualsiasi ufficio e dice io subisco violenza da parte di un mio familiare... non solo si procede a riguardo... dal punto di vista legale, ma anche dal punto di vista so-*



*ziale, perché comunque li si mette in contatto, o, li si mette in possibilità di mettersi in contatto... con i servizi preposti che comunque ci sono” (Poliziotto).*

La centralità dei servizi sociali, riconosciuta da molti delle/dei testimoni privilegiati, è un dato di particolare interesse che non emerge nei rapporti di ricerca redatti dalle altre città della Rete Urban.

Ma le donne vengono indirizzate anche verso professionisti privati o altri tipi di servizi quali centri per la violenza, psicologi, Caritas, associazioni di avvocati.

*“Non saprei molto... come agire... cioè sentirei un po’ la situazione poi comunque cercherei di indirizzarla, verso figure professionali che abbiano una maggior competenza di quanta ne possa avere io” (Medico di base).*

*“Contatterei comunque la psicologa e la invierei comunque contattando il centro per la violenza, a meno che questa donna non abbia avuto gravi violenze fisiche, quindi segni fisici, allora la invierei al pronto soccorso” (Infermiera professionale).*

*“Suggerire di rivolgersi a centri di ascolto per le donne e... questi gruppi di avvocati che... curano proprio separazioni di donne in difficoltà anche economiche, quindi forme di volontariato, queste associazioni che ci sono...” (Insegnante).*

La lettura delle interviste sembra comunque rimandare, in generale, un senso di inadeguatezza cui le/i testimoni fanno fronte rivolgendosi direttamente, o inviando l’utenza, ai Servizi sociali che sembrano diventare l’unico servizio capace di fornire delle risposte adeguate.

Le/i testimoni si mostrano infine propositivi nel parlare di prevenzione, considerata come uno dei possibili mezzi per combattere la violenza contro le donne.

*“Prevenzione, tutto andrebbe prevenuto... anche queste cose qui, il rapporto uomo-donna, che non è... sembra sempre siano dei conflitti, conflittuali, ma... non so fino a che punto siano conflittuali [...] educare i maschi a comportarsi in un certo modo e la donna a [...] tutto sta a vedere quando si rapportano poi come si comportano... ecco... è una questione proprio di educazione” (Farmacista).*

*“[La scuola] come prevenzione, e poi un’attenzione secondo me particolare adesso all’enorme problema che avremo di fronte di qui a qualche anno... del rapporto di chi arriva in Italia da culture diverse” (Insegnante c/o CTP).*

Ma esistono anche posizioni scettiche sull’efficacia della prevenzione:

*“Prevenzione in questo caso, a livello di violenza familiare, io penso che se ne possa fare ben poca. Non credo che si possa fare molta prevenzione in questo senso [...] perché... uno l’episodio di violenza non se lo immagina, almeno*

*credo... a meno che non l'abbia visto nei confronti di un altro familiare, allora sì, ma è già avvenuto e si tratta poi di repressione"* (Poliziotto).

È da notare che nessuno degli intervistati, con l'eccezione del poliziotto, individuano nella denuncia dell'aggressore un possibile aiuto per la donna.

Ragionando sull'utilità dei centri specializzati di prevenzione e assistenza nei casi di violenza, le/gli intervistati concordano sulla validità dei loro possibili interventi. Altre volte i testimoni ritengono che le donne vi facciano poco riferimento, a causa di una scarsa informazione sulla presenza e diffusione di questi servizi sul territorio.

*"Se si rivolgessero sarebbero validi, perché probabilmente riescono a fare qualcosa"* (Volontaria centro di ascolto).

*"Sicuramente secondo me c'è qualche cosa, ma secondo me bisognerebbe potenziarli, specialmente le case che danno alle donne che hanno subito violenza in famiglia, e quelle che vogliono separarsi, anche se non hanno subito violenza, quelle che vogliono, ma gli viene impedito... o viene impedito oppure non possono per motivi economici... perché poi le donne che non lavorano, non hanno possibilità inizialmente di... cominciare una vita autonoma, hanno bisogno di un supporto... perché non sempre la famiglia è vicina, nei casi più fortunati lo è..."* (Insegnante CTP).

D. *"Quanto crede siano valide e potenzialmente utili le iniziative ed i servizi di prevenzione ed aiuto per i casi di violenza?"* R.: *"Molto valide perché almeno c'è un punto in cui le donne si possono rivolgere, perché prima, povere, non sapevano neanche dove andare e che comunque loro lì sono accolte da tutti i punti di vista sia dal punto di vista dei problemi fisici che per superare il trauma"* (Infermiera).