

SAGGI

Violenza di genere: quali effetti e quali risposte per la salute delle donne?

di Rita Biancheri*

Chiamare relazione il dominio della vita della partner, chiamare gelosia l'ansia del controllo perso e soprattutto chiamare amore il rifiuto violento di accettare la libertà dell'altra persona è un'insopportabile manipolazione del significato reale delle parole.

L. Lipperini, M. Murgia, «L'ho uccisa perché l'amavo». *Falso!* (2013)

The paper tackles the subject of gender-based violence from a lesser-known perspective, that is from within the health sector. It analyses the phenomenon of gender-based violence – which still today is “widespread and pervasive” – through a historical and sociological lens, revealing the origins of female subordination in patriarchy, and in the rules and asymmetry of power that discriminate against women in the public and private sectors.

Both a quantitative and qualitative analysis of the phenomenon was carried out. We examined the human and social costs entailed, in addition to focusing on its significant impact on health. We also assessed the plausible causes and any possible solutions to the problem.

Lastly, we looked at the gender-based approach in the health sector, in particular the “Codice Rosa” introduced in the Region of Tuscany. This “Pink Tag” is used in an advanced triage system for victims of abuse. The model implies a concrete integration of the social and health sectors and a multi-disciplinary interpretation.

Keywords: health; medicine; gender; violence; family; patriarchy.

Parole chiave: salute; medicina; genere; violenza; famiglia; patriarcato.

Premessa

I maltrattamenti all'interno della famiglia, rispetto all'immagine armonica del focolare, appaiono visibili se utilizziamo una prospettiva diacronica da cui emerge una diffusa “cultura della violenza” legata, come è noto, al potere correzionale esercitato dal marito, al delitto d'onore e allo stupro coniugale. Una preistoria legale, dunque, accettata e riconosciuta che tutto-

* Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa; rita.biancheri@unipi.it

ra mantiene saldi i suoi relitti in quel coacervo di sentimenti e conflitti, reciprocità e subordinazione, propri della sfera domestica (Biancheri, 2012d).

Senza questo approfondimento rischiamo di non vedere, sostiene Cavina (2011), gli incerti confini tra “crimine perseguito e diritto riconosciuto”, per cui nella densissima rincorsa di provvedimenti e misure, a fronte di un numero consistente di casi, non si possono trascurare “quadri sempre più circostanziati sulle radici di una fenomenologia dalle fortissime peculiarità”, che rischia di rimanere ancora a lungo negli anfratti della società, depositata nelle reliquie del patriarcato e recuperata nella riaffermazione del ruolo maschile¹.

La ricostruzione storica, infatti, ci consente di affrontare con più efficacia le questioni attuali, senza però trascurare altre difficoltà legate all’adeguatezza della strumentazione analitica, se l’obiettivo che ci poniamo è quello di “comprendere” tale fenomeno, definito da più parti: “intenso e pervasivo”².

Anche nel pensiero sociologico l’argomento rimane al confine degli studi sulla famiglia e dei rapporti coniugali, nonostante che una lettura sull’eziologia dell’aggressività maschile riguardi non solo le relazioni private, ma anche una prospettiva *macro* che coinvolge i funzionamenti societari. Altri significativi quadri teorici di riferimenti si possono trovare nel concetto di “microfisica del potere”, una forma di assoggettamento, di relazione di dominio che entra nelle identità dei soggetti come “dispositivi di normalizzazione”, per costruire una vera e propria “genealogia” dei sessi (Foucault, 1969).

Questi sono solo alcuni ambiti, e di conseguenza, i lavori prodotti in questo campo di studio, date le numerose sfaccettature, adottano varie chiavi di lettura, che possono essere storiche, giuridiche, sociali; tutte euristicamente rilevanti in quanto aggiungono elementi alla nostra conoscenza.

Partendo proprio dalla complessità del quadro teorico e dai risultati prodotti dalla ricerca empirica occorre però effettuare – all’interno dei confini di questo contributo – una scelta, rimandando per altri aspetti a percorsi

¹ Questo ruolo scrive l’A. «è incentrato proprio sulla storia – nella cultura e nell’immaginario collettivo – di quel modo di intendere, profondamente ancorato e ramificato in una concezione proprietaria del marito sulla moglie e sul corpo di lei» (Cavina, 2011, pp. XIII-XIV).

² Nel 1993 la Dichiarazione delle Nazioni Unite definisce la violenza: «qualunque atto in base al sesso, o la minaccia di tali atti, che produca o possa produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali, o psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata delle donne»; una violazione dei diritti umani inaccettabile, come sottolinea la Convenzione di Istanbul, radicata nelle disparità di potere e nella disuguaglianza strutturale esistente fra uomini e donne. Un fenomeno globale che si innesta sulle discriminazioni derivanti dalla subordinazione di un genere rispetto all’altro.

analizzati in scritti precedenti (Biancheri, 2012 a,b,c,d), per cui il filo rosso della nostra riflessione sarà la salute e le possibili risposte sanitarie; tenendo presente la categoria di genere e cercando di mettere in connessione elementi che hanno avuto finora una collocazione parallela, ma non convergente, anche nell'ambito della sociologia della salute e della medicina.

Di qui la decisione di operare due letture: una prima sul dato quantitativo e una seconda, qualitativa, per ricercare non solo il significato ma anche i costi umani e sociali, nascosti dietro maschere retoriche che rendono inefficace il dibattito. Prezzi così alti richiedono, invece, una valutazione a partire dall'adeguatezza delle risposte, forse ancora poco efficaci considerato l'elevato numero di casi che tuttora richiamano, per la gravità delle conseguenze individuali e collettive, la nostra attenzione. Si propone, quindi, un duplice piano di analisi per un'indagine che riguardi sia l'accaduto che il perché accade, il problema e la sua risposta.

In questa prospettiva *We World Intervita* ha promosso una ricerca dal titolo: *Quanto costa il silenzio?*³, e su tale domanda dobbiamo chiederci cosa fare per sostenere una visione diversa e a lungo termine, che offra una prospettiva più che la somma della spesa degli investimenti? Ne deriva la necessità di adottare strategie basate più sulla prevenzione che sull'intervento riparativo, di mettere in campo azioni sinergiche e coordinate, superando così le attuali misure episodiche e limitate nel tempo.

Certamente questo scopo si raggiunge modificando i modelli culturali, agendo sui processi di socializzazione, sulle immagini pubblicitarie – come più volte è stato scritto (cfr. Biancheri, 2012c; Capecchi, Ruspini, 2009) – sugli schemi narrativi che costituiscono le “trappole logiche e semantiche”

³ A seguito di questa indagine, che si inserisce in una letteratura internazionale consolidata sull'argomento, il danno economico e sociale è stato stimato di circa 17 miliardi, ripartito tra: costi sanitari 460,4 milioni, costi psicologici 158,7 milioni, costi per i farmaci 44,5 milioni, per l'ordine pubblico 237,5 milioni, costi giudiziari 421,3 milioni, costi per spese legali 289,9 milioni, costi dei servizi sociali dei comuni 154,6 milioni, costi dei Centri anti-violenza 7,8 milioni e costi per la mancata produttività 604, 1 milioni di Euro, oltre a quelli sommersi che investono tutto il funzionamento sociale. «Il Consiglio d'Europa stima che il costo medio annuale per persona della violenza domestica in Europa vada dai 20 ai 60 Euro pro-capite l'anno di costi diretti. Se ne deduce che un Paese come l'Italia, che ha oltre 60 milioni di abitanti, spende 2.4 miliardi l'anno per la violenza domestica. Questo stando ai soli costi diretti, quindi senza quantificare i costi umani ed emotivi; e stando ai costi sostenuti dalle sole agenzie che si occupano istituzionalmente della violenza di genere e delle sue conseguenze, con esclusione dunque del mondo del lavoro e della scuola» (Badalassi, Garuffa, Vingelli, 2013, p. 27). Nel Piano Nazionale Antiviolenza sono stati stanziati 16,4 milioni di euro, valutati nettamente insufficienti per effettuare azioni di contrasto e prevenzione efficaci rivolti a: monitorare il fenomeno, costruire indicatori adeguati, potenziare il lavoro di rete, aumentare la comunicazione sociale e la formazione degli operatori.

in cui siamo impigliati anche quando si vuole fare informazione (Lipperini, Murgia, 2013).

In questa sede, però, si ritiene prioritario prendere in considerazione un diverso modello di risposta istituzionale: l'esperienza innovativa del Codice Rosa, introdotta di recente in Toscana⁴; analizzandone modalità e ricadute, costi e benefici attraverso una ricerca qualitativa, tuttora in corso – rivolta ai coordinatori/coordinatrici e referenti aziendali del progetto – per valutare l'importanza e gli effetti positivi che si possono ottenere con un'efficace integrazione socio-sanitaria e un approccio multidisciplinare.

Tra gli indicatori soggettivi delle diseguaglianze di salute, oggetto di rapporti sull'equità in sanità, compare tra i determinanti il genere (cfr. Costa, Bassi, 2014); ma ancora la violenza contro le donne non è presa sufficientemente in considerazione come fattore di rischio. Una “voce nosologica” assente, che evidenzia le storture di una mancata interconnessione tra le cause delle malattie e le questioni che riguardano le tradizionali e consolidate asimmetrie nella sfera privata; disparità che uno sguardo non condizionato deve invece assumere come categorie analitiche rilevanti. Appare, quindi, netta la divisione che ancora caratterizza l'argomento e lo confina in una letteratura, seppur ampia, certamente specialistica, sociale più che sanitaria. In questo lavoro, di conseguenza, si intendono porre le basi per il superamento di un confine che ancora una volta mostra i limiti di un'osservazione “neutra” e settoriale, quando invece occorre una capacità di vedere oltre le parole per agire, poiché di fronte abbiamo la sofferenza delle persone. Non basta medicalizzare il disturbo, sostiene Good (1994), ma analizzare l'ordine temporale di una storia di vita è importante, in quanto la malattia non è solo radicata nel corpo, ma è presente nei ricordi dolorosi, come viene sottolineato dalle nostre intervistate (cfr par. 5).

⁴ Il Codice Rosa è un percorso di accoglienza e protezione che si attiva nell'accesso al Pronto Soccorso ed è dedicato a chi subisce violenza, abusi e discriminazioni sessuali; siano esse donne e uomini, bambini e anziani vulnerabili; oltre alle cure mediche è previsto un sostegno psicologico, in una stanza dedicata, e gli operatori sono formati per riconoscere subito i segni, spesso negati, dei maltrattamenti subiti. La cartella clinica viene arricchita con informazioni e documentazione che possono risultare utili all'autorità giudiziaria, elementi ritenuti importanti ma trascurati o non considerati in precedenza nell'iter standard di accettazione. L'intervento prevede la messa in rete e il coordinamento di tutti i soggetti pubblici e di Terzo settore che possono fornire, ciascuno con le proprie competenze e con procedure condivise, risposte adeguate. È attivo dal 2014 in tutte le Aziende Ospedaliere della Toscana e nasce nel 2010 da un progetto pilota della ASL di Grosseto, poi diventato progetto regionale (cfr. <http://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa> e OSR, 2014).

1. Una diversa prospettiva

Tra i fattori sociali che più incidono sulla salute ad ampio spettro, certamente le diverse forme di violenza, da quelle psicologiche a quelle fisiche, ricoprono uno spazio rilevante nella riflessione sugli effetti delle disuguaglianze di genere nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie⁵. Discriminazioni che, proprio in queste dinamiche acutamente conflittuali, restituiscono la misura palese di un persistente squilibrio di potere, di un'ampia asimmetria nell'accesso alle risorse e ai servizi, di un diritto di cittadinanza ancora debole per le donne e connotato sulla base di privilegi maschili, non del tutto residuali.

Su questo terreno, come è noto, persistono nodi teorici derivanti dal corretto uso del termine genere in medicina e dalle conseguenze di tale interpretazione riduttiva (Biancheri, 2014), che rimandano anche ad una rinnovata dialettica sul piano epistemologico tra le discipline. In particolare, occorre una riconsiderazione condivisa sia delle categorie e dei linguaggi, che possono schiudere a possibili osmosi tra scienza medica e scienze umane, sia uno scambio euristico di metodi e strumenti utilizzati nella ricerca, costruita proprio in un'ottica multidisciplinare, al fine di migliorare la comprensione dei processi di salute.

Inoltre, un'attenzione particolare va rivolta alle difficoltà di realizzare un sistema integrato socio-sanitario che possa operare sinergicamente, a cui si aggiunge la mancanza di una valutazione delle pratiche messe in atto per contrastare le molteplici forme di abuso sulle donne in tutti gli ambienti, da quelle attuate nei luoghi di lavoro a quelle compiute dentro le mura domestiche.

Una diversa prospettiva che implica il superamento dell'indagine clinica – basata essenzialmente sui fattori biologici, genetici, ormonali – per allargare lo sguardo ai determinanti culturali e sociali; a quella complessa interazione – a cui si fa riferimento in direttive, piani d'azione, politiche e strategie nazionali e internazionali⁶ – che trova però ostacoli nel passaggio dai principi alla loro declinazione nell'esperienza quotidiana.

Resistenze ascrivibili all'ontologia stessa del sapere scientifico che mol-

⁵ Nella tesi di laurea di Maria Fischmann, laureatasi in medicina a Pisa nel 1893, ripubblicata in Peretti (2010), si legge: «lo stato depresso nel quale la donna si trova nella società di oggi (...) essendo maritata e trovandosi sotto il dominio del marito, ella è sempre in uno stato di inferiorità che la opprime, ella non può difendersi, lottare (...) le leggi come gli usi sociali le prescrivono di patire e di tacere (...). L'influenza della disposizione d'animo sul funzionamento dell'intestino non è un'utopia» (p.63).

⁶ Riferimenti importanti sono la costituzione dell'*Office of Research on Women's Health*, il *Department of gender, women and Health* dell'OMS, il *Gender Summit Forum* etc.

ta letteratura, a partire dalle critiche femministe, ha messo in luce. Di conseguenza si tratta di capire con quale validità gnoseologica la complessità delle questioni, derivanti dalla categoria di genere, vengono trattate all'interno di una pratica medica, quale l'attuale Codice Rosa (cfr. par. 5), che intende operare in una concezione di salute più vicina all'ascolto e all'umanizzazione delle cure. Ne deriva un possibile modello che supera le differenze anatomiche e fisiologiche tra i sessi, legate ad un *modus operandi* che certamente ha avuto un'efficacia diagnostica e terapeutica; ma, rimanendo all'interno di un quadro strettamente bio-medico, ha eluso gli aspetti sociali e le diverse letture che da questi scaturiscono.

Nella prospettiva qui utilizzata, tenendo presente il grado di variabilità negli approcci, indagheremo le risposte attivate per contrastare il fenomeno della violenza attraverso il focus sull'esperienza toscana, e il suo funzionamento nelle diverse strutture e centri di servizio che si occupano di supportare le vittime⁷; un focus importante che permette di valutare lo stato dell'arte in un contesto dove il *vulnus discriminatorio* risulta evidente a partire dagli stessi dati quantitativi. Ma oltre alle specificità del progetto, si ritiene importante che questo venga inserito in una più ampia prospettiva, anche da parte dei futuri medici, dando importanza alla relazionalità e alla fiducia che si scambia in tali contesti; un aspetto non marginale ma strategico per tutti gli operatori sanitari che potranno svolgere un ruolo importante di riconoscimento e denuncia, sostenendo un'azione diffusa su tutto il territorio nazionale.

2. Medicina e salute di genere

Una verifica di quanto è stato fatto nel nostro paese per la sensibilizzazione e diffusione di un simile oggetto di studio nella formazione universitaria e nella ricerca è un ulteriore approfondimento del progetto europeo TRIGGER⁸ che coordino per l'Università di Pisa e a cui rimando (Biancheri, 2015a; Biancheri, 2015b).

⁷ Sul territorio toscano sono presenti circa 300 strutture e 8 case rifugio. Di conseguenza «sono certamente cresciute capacità di riconoscimento del fenomeno, volontà e possibilità di far emergere le situazioni di violenza, grazie anche al forte impegno in prevenzione e sensibilizzazione, ma il fenomeno non è certo in via di esaurimento e anzi fa sentire ancora forte la sua presenza» (OSR, 2016, p.117).

⁸ Per ulteriori approfondimenti su TRIGGER (*Transforming institutions by gendering contents and gaining equality in research*) si rimanda a: <http://triggerproject.eu> e per l'Università di Pisa link progetto TRIGGER su home page di Scienze Politiche www.sp.unipi.it.

Ad oggi si può dire che sicuramente sono ancora pochi i corsi di laurea che hanno inserito la medicina di genere o come materia specifica o trasversalmente nelle diverse discipline e, di conseguenza, c'è ancora molto lavoro da fare in questa direzione, se riteniamo che tale prospettiva ampli gli spazi di cura, l'appropriatezza e l'efficacia della diagnosi.

Riferendoci ora ai dati di una ricerca longitudinale che ogni anno dal 2013 svolgiamo sugli/lle studenti/esse al VI° anno di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo, seppur è riscontrabile nelle percentuali un miglioramento nei livelli di conoscenza, gli esiti ci confermano comunque un ritardo nella assunzione della dimensione multifattoriale del genere e nella consapevolezza della sua rilevanza nelle diverse patologie.

Gli ultimi anni hanno registrato un crescente interesse da parte dell'aggiornamento professionale per questa chiave di lettura che è stata inserita, forse troppo marginalmente, nei corsi di formazione; si sono moltiplicati convegni e seminari ma se analizziamo i contenuti dei programmi è facilmente riscontrabile che sono ancora pochi quelli che favoriscono una contaminazione tra i saperi, in un'ottica non prevalentemente sanitaria.

Seppur tardivamente, questo tema è entrato a far parte per lo meno del linguaggio, ma con risultati difformi e, spesso, tale approccio non è stato sufficientemente articolato nei suoi aspetti psico-sociali⁹. Una prospettiva molte volte dichiarata ma ancora lontana dalla pratica, dove il paradigma anatomico e fisiologico dell'appartenenza sessuale diventa dominante, fino al punto che anche la prevenzione riguarda solo le differenze riproduttive e non si estende a quelle disuguaglianze prodotte dalla storica subordinazione delle donne. Quel rapporto tra alterità e riconoscimento, tra trascendenza e immanenza, come lo ha definito de Beauvoir (2002), che attraverso la prescrittività dei compiti domestici e di cura e le diverse attività performative hanno determinato le disuguaglianze tra soggetto e assoggettamento, tra libertà di scelta e destino sociale. In altri termini, tutto ciò che ha reso invisibili le specificità femminili, nascoste dal principio di oggettività della scienza costruita sul maschile, che ha compreso in sé l'intera umanità.

Su questa base del neutro inclusivo si sono costruiti i saperi e, se per le scienze umane il genere ha aperto percorsi di ricerca che hanno superato visioni "sitate", nel caso della medicina, pur essendo una scienza della vita, le forti basi positivistiche e le abilità tecniche richieste hanno ostacolato la corretta declinazione di questa categoria.

⁹ Il tema dell'approccio di genere alla salute è stato più volte trattato in mie pubblicazioni precedenti a cui rimando: Biancheri, Dell'Osso (2007); Biancheri, Carducci, Foddis, Ninici (2013); Biancheri (2014); Biancheri, Tomio (2015a); Biancheri, Ruspini (2015b).

A partire da tale esclusione, e dalla consapevolezza di una mancanza di equità anche nel diritto alla salute, negli anni Ottanta a livello internazionale e poi ultimamente nel nostro paese, sono sorti osservatori nazionali sulla salute della donna (O.N.Da) e presso l'Istituto Superiore di Sanità.

In Toscana, a cui facciamo riferimento nella nostra indagine, si è costituito nel 2014, in seguito anche alla legge 16/2009 sulla Cittadinanza di genere¹⁰, il *Centro di Coordinamento Regionale sulla salute e la medicina di genere* che fa propria, nell'uso dei due termini, la complessità di tali categorie di riferimento e le loro possibili declinazioni¹¹.

Diverse proposte di legge sono state depositate¹², con l'obiettivo di superare questo gap, assieme alla crescita degli studi statistici e delle ricerche, all'inserimento trasversale della prospettiva di genere nella formazione medica e nelle professioni sanitarie, per estendersi anche all'erogazione dei servizi nelle strutture sanitarie e nella pratica medica.

Nonostante le varie iniziative, ancora non sufficientemente coordinate e spesso non continuative, sono sempre numerosi gli ambiti rimasti scoperti, dove si fanno sentire, significativamente, le difformità nelle risposte territoriali e le lacune di una macchina tuttora non funzionante in tutti i suoi ingranaggi.

Fra questi limiti risulta importante richiamare la riflessione relativa alle conseguenze sulla salute della violenza di genere, sia a livello fisico che psicologico, in altri termini una valutazione dei rischi che sia in grado di mettere in atto efficaci misure di contrasto, non solo repressive ma preventive, idonee a rispondere con appropriatezza ai diversi bisogni. Gli esiti della ricerca qualitativa confermano una simile prospettiva e sostanziano l'ipotesi di ricerca che pone l'attenzione sulla salute, gli effetti e le possibili risposte.

¹⁰ Nell'art. 18 la legge prende in considerazione l'aspetto sanitario facendo riferimento all'integrazione attiva delle diverse fasi della vita delle donne per le politiche della salute e promuovendo, inoltre, la ricerca scientifica e la formazione del personale, con particolare attenzione al riconoscimento di casi di violenza, assumendo "le differenze fra donna e uomo in relazione alla protezione della loro salute, in particolar modo per quanto riguarda l'accessibilità e l'attività diagnostica e terapeutica, sia nell'ambito degli studi clinici che in quello assistenziale".

¹¹ Entro la fine dell'anno, presso l'ospedale Palagi di Firenze, sarà inoltre attivo – come anche confermato nel corso di una delle interviste in profondità raccolte per la ricerca sul Codice Rosa (cfr. par. 5) – un percorso denominato: "Salute Donna", uno spazio specificamente dedicato all'interno del quale più specialisti forniranno servizi integrati.

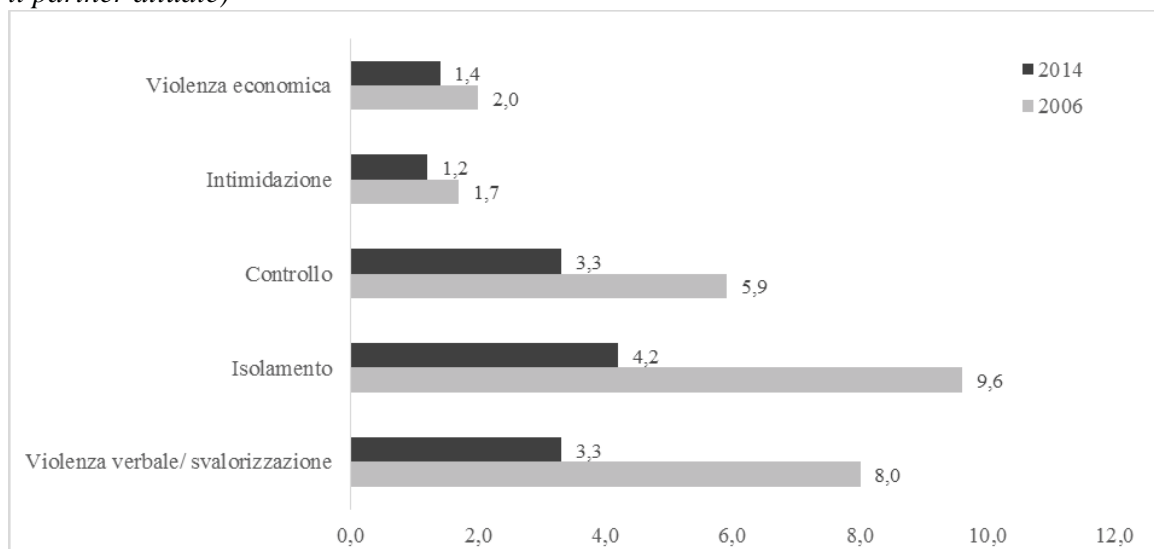
¹² Una prima legge del 5 agosto 2013, primo firmatario l'On. Vargiu, l'ultima più recente del 12 febbraio 2016, prima firmataria Paola Boldrini "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere".

3. La violenza di genere

L'importanza di riconoscere l'origine della violenza, nella relazione conflittuale con il partner, risulta evidente dall'alta percentuale degli episodi di maltrattamento, spesso ripetuti e durevoli, che avvengono all'interno della sfera privata. Una visione patriarcale che conserva, rafforzata dalla normativa e da credi religiosi, il possesso del corpo femminile; un'oppressione storica trasformata in dovere coniugale, in rapporti che possono essere pretesi con la forza in quanto diritti, dove la volontà della vittima è assoggettata alle esigenze maschili. Un lungo cammino che solo nel 1975 con il nuovo diritto di famiglia ha stabilito, almeno sulla carta, la parità tra i coniugi (cfr. Cocchiara, 2014; Biancheri, 2012c; Biancheri, 2012d). Sono le stesse parole coniate per rappresentare significativamente la morte violenta delle donne: femminicidio, femmicidio o uxoricidio che rimandano alla responsabilità sociale di queste forme di violenza.

Gli abusi, come evidenzia la Fig. 1, non sono solo quelli iscritti nella carne, ma anche quelli che si ripercuotono sulla capacità di agire, che risulteranno indelebili nella mente, i più subdoli che portano all'isolamento della vittima e rappresentano la parte sommersa; infatti si stima che il 93% dei casi non vengano denunciati.

Fig. 1 – Donne da 16 a 70 anni che hanno subito sempre o spesso violenza psicologica dal partner attuale, per tipologia di violenza psicologica. Anno 2006 e 2014 (per 100 donne con il partner attuale)



Fonte: ISTAT, 2015

Tale situazione di disagio e paura si protrae per molto tempo prima che venga presa la decisione di lasciare definitivamente il compagno; i motivi di questa prolungata sofferenza derivano dal lungo processo che si innesca

nella psicologia e nei comportamenti delle donne, che va dall'auto-colpevolizzazione alla paura per i figli e all'insicurezza economica: elementi complessi e intrecciati sottilmente in una dinamica patologica e distruttiva che trattengono le vittime accanto al loro carnefice.

Fra i molti studi su questo fenomeno emerge lo scarso carattere predittivo delle caratteristiche individuali e sociali che portano a compiere abusi fisici e psicologici. L'OMS, però, nella seguente tabella riassuntiva ne ha evidenziato alcuni che ci sono sembrati particolarmente importanti per la riflessione in corso, fra cui emerge il primato di aver assistito a episodi di violenza o aver subito in giovane età stupri e traumi. Infatti, da non trascurare certamente sono i fattori riferibili al modello culturale e agli elementi relazionali:

Tab. 1 – Caratteristiche individuali e sociali che portano a compiere abusi fisici e psicologici

<i>Fattori individuali</i>	<i>Fattori relazionali</i>	<i>Fattori relativi alla comunità</i>	<i>Fattori relativi alla società</i>
- Giovane età	- Conflitto coniugale	- Sanzioni comunitarie deboli contro la violenza domestica	- Norme tradizionali legate al genere
- Eccessivo ricorso al bere	- Instabilità coniugale	- Povertà	- Norme sociali che giustificano la violenza
- Depressione	- Dominio maschile in famiglia	- Basso capitale sociale	
- Disturbi della personalità	- Stress economico		
- Basso livello di scolarità	- Scarso funzionamento della famiglia		
- Basso reddito			
- Aver assistito a una violenza o averla subita da bambino			

Fonte: OMS, 2002

I risultati sono evidenti: la mancanza di autostima, l'incapacità di vivere una propria vita autonomamente, depressione, ansia, tentativi di suicidio; ma ancora più gravi sono quelli a lungo termine sulla salute, in quanto aumenta esponenzialmente il rischio di insorgenza di numerose patologie che affliggono queste donne maltrattate per tutta la loro vita, spesso con effetti cumulativi. Dalle lesioni fisiche, al dolore cronico fino ai numerosi decessi (femminicidi o femmicidi), di cui le cronache ci riportano quotidianamente anche l'efferatezza del delitto commesso contro la propria compagna.

L'OMS, infatti, individua tra le prime dieci cause di morte e di invalidità per le donne adulte il movente dell'aggressività maschile, i cui esiti importanti devono diventare una priorità per la salute pubblica¹³. Se alle di-

¹³ Nel primo Rapporto su violenza e salute mondiale del 2002 si legge: «L'approccio di salute pubblica a qualsiasi problema è interdisciplinare e scientifico. Si basa sulle conoscenze specifiche di diverse discipline – medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, crimi-

verse fenomenologie di violenza agite da partner maltrattanti le donne sottovalutano il problema tentando di rispondere con meccanismi di adattamento, questi inevitabilmente produrranno dei veri e propri blocchi psichici accompagnati da malattie fortemente debilitanti.

Nella definizione di violenza non c'è solo l'utilizzo intenzionale della forza fisica contro una persona, ma anche si fa riferimento esplicitamente all'esercizio del potere, allargandone i confini al "dominio maschile" (Bourdieu, 1998). Condizionamenti multipli che determinano il comportamento di alcuni uomini all'interno di una relazione di coppia costrittiva e gerarchica, che porta all'esplosione della violenza giustificata in termini di possesso. Su questo terreno dove norme, valori, regole implicite determinano modelli culturali fortemente legati alla subordinazione storica della donna non bastano le leggi, ma è necessario un cambiamento nei processi di costruzione dell'identità e, di conseguenza, un'educazione improntata al riconoscimento e al rispetto reciproco (Biancheri, 2012a; Biancheri, 2012b).

Nell'armatura millenaria egemonica con cui la nostra cultura ha costruito miti, categorie, simboli, immagini e narrazioni, fondando così i principi del patriarcato e della gerarchia, troviamo, come abbiamo voluto ribadire all'inizio, le radici dei rapporti tra i sessi. Una doppia morale istituzionalizzata, basata sulla soggezione e l'inferiorità, che proprio nel controllo della sessualità femminile giustifica l'abuso maschile (Graziosi, 2000).

Proprio per questa microfisica del potere, che determina i rapporti e le regole delle nostre formazioni sociali¹⁴, è più inerente al problema e alla sua interpretazione usare il termine *violenza di genere* e rimandare alla complessità dell'approccio, brevemente descritto, per costruire percorsi di salute che rispondano efficacemente sia all'emersione del problema che al suo contenimento o risoluzione.

Dal 1995, anno della Conferenza di Pechino, alla Convenzione di Istanbul del 2011 sono state definite strategie, misure e strumenti per contrastare questa piaga che in diverse percentuali riguarda tutti i paesi, ma tuttora i numeri testimoniano le molteplici difficoltà nel mettere in pratica azioni preventive efficaci, mancando quelle sinergie necessarie per attivare risposte sistemiche e pervasive, per rompere quei gangli generativi dei sentimen-

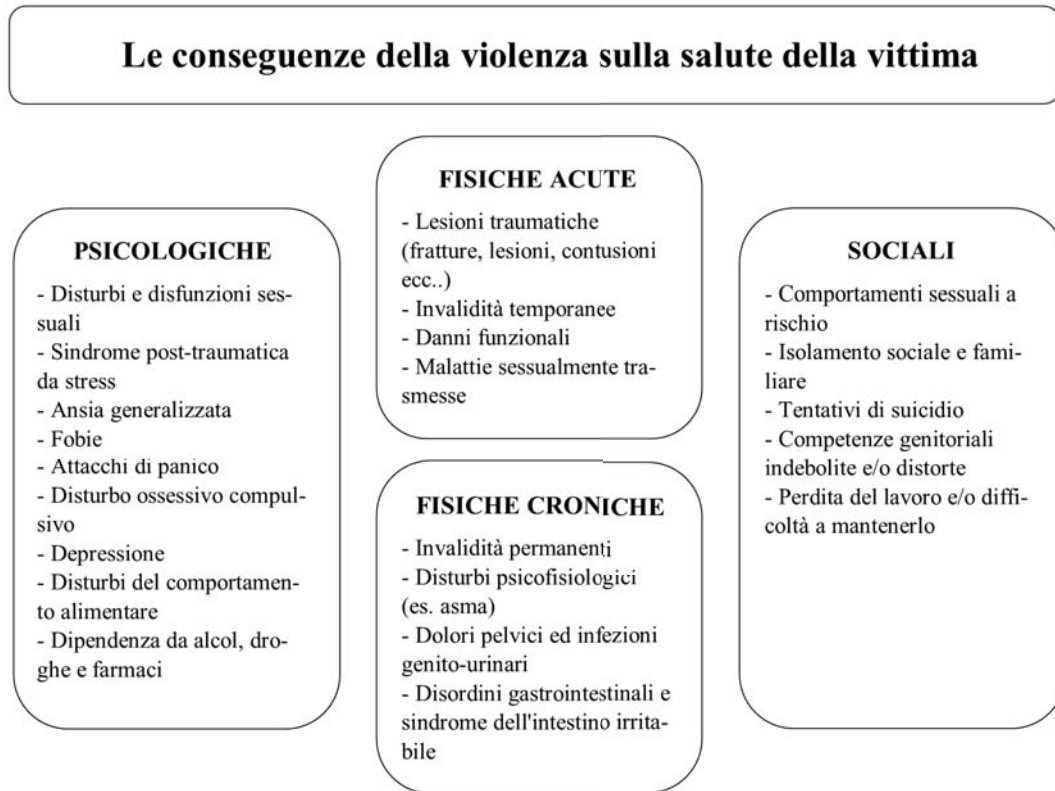
nologia, educazione ed economia. Ciò ha permesso che il campo della salute pubblica fosse innovativo e rappresentasse una valida risposta a un'ampia gamma di malattie, patologie e infortuni in tutto il mondo» (p. 20).

¹⁴ Per Muraro (2012) la nostra civiltà ha un debito nei confronti delle donne in quanto sono state depredate «delle loro ricchezze simboliche e materiali a vantaggio degli uomini in un sistema di dominio che si è chiamato patriarcato» (p. 54).

ti di comando e di possesso derivanti dall'abuso di potere che continuano ad esercitare gli uomini sulle donne.

Inoltre, nonostante si siano evidenziati i prezzi da pagare, anche economici, di questo ritardo e quanto le cifre della spesa annuale siano rilevanti nel bilancio dei singoli stati in termini di costi per il sistema sanitario, come abbiamo ribadito, si continua a sottovalutarne gli effetti tra retoriche e scarso impegno nella conoscenza del problema.

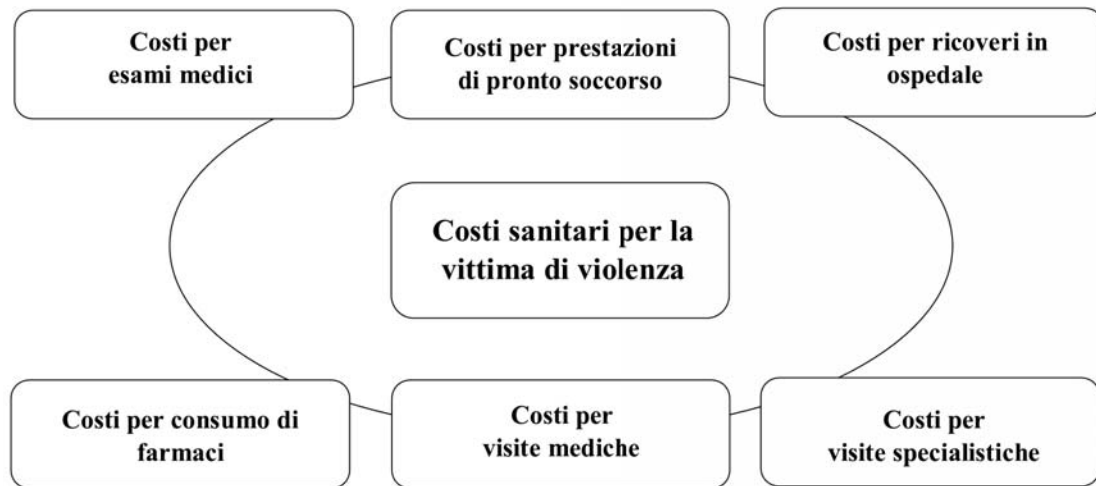
Fig. 2 – Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne (Nostra elaborazione)



Cause profondamente radicate nella struttura sociale dove le differenze diventano diseguaglianze, causando non solo una riduzione dei diritti e della libertà ma anche sofferenza e dolore, malattie e disabilità permanenti.

Nel primo Rapporto dell'OMS su *Violenza e salute nel mondo* del 2002 emerge chiaramente la natura poliedrica del problema e la necessità di utilizzare molteplici fonti di dati, relativi anche ai costi dei trattamenti sanitari e sociali, mettendoli in correlazione ai possibili risparmi legati a programmi di prevenzione. Le evidenze dimostrano che chi ha subito episodi di violenza ha un maggior numero di problemi di salute e necessita, di conseguenza, di ricoveri, visite e analisi più frequenti e fa un consumo superiore di farmaci.

Fig. 3 – Tipologia di costi sanitari



Fonte: “Quanto costa il silenzio” (2013)

Come è noto sono certamente stime inferiori che rimangono troppo spesso dentro le mura domestiche da cui è difficile farle emergere, ostacoli di fronte ai quali sono necessari approfondimenti qualitativi che vadano oltre i dati statistici e colgano gli elementi che concorrono a mantenere questa piaga in percentuali così elevate anche nelle democrazie occidentali.

Mancano inoltre dati sistemici e comparabili in quanto, per esempio, nelle cartelle mediche si riportano gli esiti fisici, si specifica la diagnosi ma scarse sono le informazioni sulle circostanze sociali dell’episodio violento, sulle dinamiche famigliari.

Non c’è dubbio che nell’oppressione storica delle donne trovi terreno fertile il desiderio di controllo maschile, una subordinazione che è profondamente radicata nella cultura che per molti secoli ha alimentato ideologie e pregiudizi, stereotipi sulla presunta inferiorità della donna che hanno condizionato chiavi di lettura delle malattie anche nella stessa scienza medica (Biancheri, Ruspini, 2015).

L’identità femminile è immersa nella natura fuori dalla costruzione della ragione ed è con questa distinzione, rileva Fraisse (1996), che si è gettato il discredito sulle donne attraverso un’operazione indiretta per cui «è necessario che venga dedotta senza che qualcuno se ne accorga»¹⁵.

Proprio perché data per scontata, occorre “disseppellire il rimosso”, discutere su quel potere coercitivo, quel controllo del corpo femminile per cui

¹⁵ Continua Fraisse, un’esclusione delle donne dal politico assieme alla «svalutazione della loro attività intellettuale; per non parlare della loro mancanza di libertà sociale» (p.62) In questo testo, analizzando la riflessione sulla differenze tra i sessi, diversa dalla differenza sessuale, l’A. sostiene che l’argomento è stato considerato per molto tempo un ambito al di fuori del pensiero scientifico, una rivendicazione femminista per l’uguaglianza dei diritti, più o meno giusta, appartenente più alla *coscienza* che alla *conoscenza*.

i maltrattamenti familiari sono giustificati fino ad essere quasi percepiti come sentimenti, dimostrazioni di amore. Dalle immagini al linguaggio tutto concorre a testimoniare le asimmetrie di potere, il perdurare di discriminazioni a scapito di diritti negati o rimasti a lungo sulla carta (Giusti, Regazzoni, 2009).

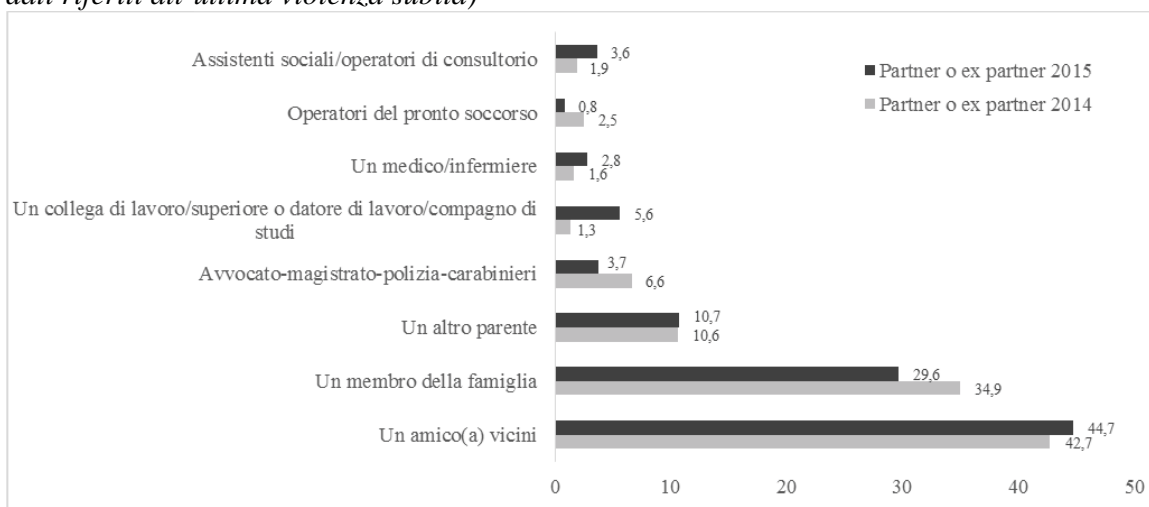
4. Dalla sfera privata a problema sociale

Esaminare il tema della violenza di genere nei diversi aspetti multifattoriali che la producono, per il portato empatico dei suoi effetti fisici sul corpo delle donne fino al dramma della morte, induce a trascurare e, soprattutto non valutare/sottovalutare le conseguenze sulla salute, non facendole rientrare fra le numerose diseguaglianze di genere. Molto si è riflettuto sulla necessità di prevenire il fenomeno, di attuare risposte sistemiche e non episodiche attuando politiche sociali integrate, ma emerge, sia in letteratura che nelle pratiche sanitarie, una latenza nell'affrontare il problema attraverso prospettive più inclusive che non trascurino gli esiti sul benessere e sull'equilibrio bio-psico-sociale di chi subisce violenza nelle sue diverse forme. Inoltre, ricorrente in molte pubblicazioni di settore è la necessità di ampliare la raccolta dei dati e mettere in relazione le diverse fonti «per avere una storia sociosanitaria della vittima e rendere più efficace e efficiente il percorso di uscita dalla violenza» (OSR, 2012, p. 14); tematica che viene ribadita anche dalle nostre intervistate come punto di forza (cfr. par. 5).

Se riteniamo corretta la visione che individua tra le principali cause, da parte maschile, dell'insorgere di un conflitto e poi di episodi aggressivi in seguito a manifestazioni di un desiderio di maggiore autonomia e libertà rispetto ai vincoli imposti dalla relazione di coppia, questa interpretazione non può che ricondurci alla visione pregiudiziale delle donne, ritenute figure fragili ed emotive.

Dalla prima legge emanata nel 1966, legge n. 66 *Norme sulla violenza sessuale*, ad oggi, con la legge n. 119 del 2013, si è progredito molto nelle misure di contrasto ma, come ben sappiamo, l'intervento normativo non è assolutamente sufficiente. Infatti emerge chiaramente la necessità di politiche socio-assistenziali e di percorsi formativi sia nelle scuole che rivolti agli operatori che sono chiamati a rispondere al bisogno di protezione e sicurezza, spesso celato da messaggi indiretti. Come risulta dalla Fig.4, le vittime si rivolgono prevalentemente alle proprie reti relazionali, ma cresce il ricorso alle forze dell'ordine e al pronto soccorso, una riprova significativa del lavoro svolto, che incoraggia a proseguire in questa direzione.

Fig. 4 – Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza negli ultimi 5 anni da un partner per persone con cui parlano della violenza subita – Anno 2014 (composizione percentuale – dati riferiti all’ultima violenza subita)



Fonte: ISTAT, 2015

Certamente gli interventi sociali sono strumenti importantissimi per il reinserimento lavorativo, la relazionalità e la crescita dell’autostima ma, fin dall’inizio, vanno considerati i possibili danni sulla salute e il necessario recupero dalle malattie insorte in seguito ai soprusi ed abusi subiti, prima della cronicizzazione. Patologie che si sono sviluppate e che hanno esiti ad ampio spettro, non solo a breve termine ma anche a lungo termine, dai disturbi d’ansia fino alle conseguenze più gravi con insorgenza di tumori.

Se l’agenda politica è sempre più attenta ai costi, non può sfuggire che intervenire efficacemente su queste situazioni comporta un risparmio anche sul piano sanitario, oltre all’importanza di migliorare la qualità della vita e trasmettere valori di equità all’intera comunità, riducendo così l’incidenza di questa vergognosa violazione dei diritti umani.

5. Il Codice Rosa della Regione Toscana

Il *Piano Sanitario e Sociale della Regione Toscana* include dal 2013 il Codice Rosa e prevede la sua diffusione nelle strutture di Pronto Soccorso di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del territorio. Tale strumento si sta diffondendo, con un “effetto domino”, anche ad altre Regioni a seguito delle criticità rilevate da più parti nelle risposte per il contrasto alla violenza di genere.

Tra queste la mancanza di coordinamento, visibile anche nella raccolta stessa dei dati, ha portato alla creazione di un network e all’assegnazione

alle strutture sanitarie di un compito essenziale, riconosciuto dalla legge regionale 59/2007¹⁶.

Con tal percorso, che mette in rete le varie istituzioni per agire sullo stesso problema e con competenze diverse, si vuole dare una risposta efficace alle vittime di violenza già all'arrivo al pronto soccorso, anche attraverso una maggiore efficacia diagnostica e terapeutica, consentendo nello stesso tempo la massima privacy e incolumità (cfr. Osservatorio sociale Regionale, 2012; 2014).

Come è noto, è questa la fase più delicata in quanto chi si reca al Pronto Soccorso non ha ancora deciso se denunciare il suo aggressore; sono utenze diverse rispetto ai Centri antiviolenza, è quindi importante uno scambio circolare tra i diversi nodi della rete, diversificati per funzioni e contenuti.

Un lavoro di squadra, tra i diversi operatori, definito di "sincretismo e contaminazione", da cui deriva un continuo confronto sia teorico, attraverso la formazione, che pratico sui casi da risolvere; un supporto ad andare avanti sostenendo e condividendo le motivazioni, nella convinzione di fare qualcosa di giusto, come sottolineano gli operatori.

I Punti di forza che emergono dalle interviste possono essere così riassunti: *essere riusciti a ridare fiducia alle vittime; aver reso la popolazione più consapevole e informata; aver restituito fiducia nelle istituzioni, fare formazione nelle scuole; essere in rete con gli altri soggetti che si occupano di violenza; aver creato delle procedure nate dal basso e sul campo; aver fatto tesoro degli insegnamenti del Centro antiviolenza; essere un gruppo coeso e dalle norme e regole condivise.*

I dati Istat sulle violenze subite in Italia da donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni nel corso della vita ricordano come per l'anno 2014 sono 6 milioni e 788 mila le donne che hanno subito violenza fisica o sessuale; 4 milioni 400 mila quelle che hanno subito violenza psicologica dal partner attuale; 3 milioni 466 le vittime di *stalking*.

Nell'arco di 8 anni, dunque, il bilancio a livello nazionale evidenzia una diminuzione dei casi di violenza fisica e sessuale e un aumento delle denunce e delle richieste di intervento dei servizi e/o appoggio ai centri specializzati. Nonostante questa lenta ma importante trasformazione del fenomeno e delle conseguenti possibili reazioni ad esso, resta alto il numero di

¹⁶ «Quando si recavano al Pronto Soccorso non dicevano di essere vittime di violenza, ma magari lo facevano capire, forse speravano che qualcuno lo chiedesse. Quindi occorre un'accoglienza adeguata da parte degli operatori sanitari, ma anche da parte delle forze dell'ordine, o da parte di chiunque possa venire a contatto con una vittima di violenza. Avere degli occhi diversi e saper ascoltare i silenzi è fondamentale. Effettivamente questa è stata un po' la svolta: riuscire a far emergere la violenza» (Osservatorio sociale Regionale, 2012, p. 104).

casi gravi, aumentano gli episodi di violenza perpetrata in presenza di minori e, ancora nel 2014, solo un terzo delle donne che avevano subito violenza era consapevole di essere vittima di un reato (Istat, 2015).

Guardando alla sola Regione Toscana, nel periodo 2010-2014 le donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza¹⁷ sono state oltre 11.200, 2.515 nel solo 2014 (OSR, 2016)¹⁸.

Passando alle informazioni raccolte dai Pronto Soccorso di tutte le aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana, un primo numero è di 9.195; questa la cifra complessiva raccolta dal *Settimo rapporto sulla violenza di genere*, sempre a cura dell'Osservatorio Sociale Regionale, relativa a tutti gli accessi segnalati come Codice Rosa¹⁹ tra gennaio 2012 e giugno 2015. Di questi, 8.043 casi sono riferiti ad adulti: uomini e donne, giovani e anziani; 1.152 casi, pari al 14,3% del totale, a minori (OSR, 2015).

Su un arco di tempo più limitato (imposto dalla disponibilità degli stessi dati) è poi possibile scendere più nel dettaglio e considerare le sole utenze

¹⁷ Attualmente i centri antiviolenza segnalati dai Sistemi Informativi Georeferenziati della Regione Toscana (http://mappe.rete.toscana.it/beta/mappe.html?area=contro_violenze) sono 46 (più propriamente 21, cui si aggiungono i 25 centri di ascolto ad essi collegati). A questi si affianca l'attività del Centro di Ascolto Uomini (CAM) di Firenze, primo centro in Italia che si occupa dal 2009 della presa in carico di uomini maltrattanti.

¹⁸ Delle segnalazioni pervenute al *Sistema Informativo Regionale sulla Violenza di Genere* (VGRT), nel periodo 1 luglio 2014 - 30 giugno 2015, il 54% degli inserimenti nel database regionale proviene per la maggior parte dai centri antiviolenza: Artemisia di Firenze, Casa della Donna di Pisa, La Nara di Prato e Associazione "Pronto Donna" di Arezzo, che attualmente si confermano i più attivi e offrono un'ampia gamma di servizi di ascolto, consulenza e sostegno (OSR, 2015). Considerando l'incidenza del fenomeno sulla popolazione femminile della regione, si rileva una richiesta di aiuto ai centri antiviolenza ogni 152 donne residenti con età maggiore di 15 anni: ovvero 6,6 casi ogni 1.000 residenti (OSR, 2016).

¹⁹ Nell'aprile 2010 a Grosseto viene firmato il Protocollo d'Intesa Codice Rosa per la costituzione di una task force interistituzionale tra azienda sanitaria e procura, tesa alla promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli. Negli anni successivi, gli assessorati della Regione Toscana competenti sui temi e il Procuratore Generale della Repubblica confermano la validità della prima esperienza e la riconoscono come progetto regionale, ne promuovono la diffusione tramite una più ampia sperimentazione che nel 2012 prende avvio nelle Aziende sanitarie di Arezzo, Lucca, Prato, Viareggio e Grosseto. A inizio 2013 il progetto viene esteso alle Aziende sanitarie di Pisa, Livorno, Empoli e alle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer. Nel 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l'ingresso delle AUSL di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e delle Aziende ospedaliere Pisana e Senese. A settembre 2015, con un'iniziativa promossa dalla Federazione di Asl e ospedali (FIASO), è stato poi dato avvio all'operazione Codice Rosa Bianca coinvolgendo 20 Asl su territorio nazionale e un relativo bacino di circa 8 milioni di utenti. Le task force vedono la partecipazione – secondo il già collaudato modello toscano – di Aziende sanitarie, Procure e Forze dell'Ordine unite nella difficile attività di presa in carico e tutela delle vittime di violenza e abusi.

femminili per singole aziende sanitarie, in buona parte corrispondenti alla tradizionale ripartizione del territorio in province (cfr. Tab. 2).

Tab. 2 - Numero di accessi Codice Rosa di donne adulte per ASL/AOU dal 1° gennaio 2013 al 30 giugno 2015 – Rielaborazione da OSR, 2015

	<i>I sem.</i> 2013	<i>II sem.</i> 2013	<i>I sem.</i> 2014	<i>II sem.</i> 2014	<i>I sem.</i> 2015	<i>Totale</i>
<i>ASL 1 Massa Carrara</i>	-	-	79	57	89	225
<i>ASL 2 Lucca</i>	130	164	157	167	128	746
<i>ASL 3 Pistoia</i>	-	-	94	114	138	346
<i>ASL 4 Prato</i>	102	124	149	118	138	631
<i>ASL 5 Pisa</i>	23	41	41	37	20	162
<i>ASL 6 Livorno</i>	35	101	106	133	102	477
<i>ASL 7 Siena</i>	-	-	38	44	60	142
<i>ASL 8 Arezzo</i>	67	70	74	73	57	341
<i>ASL 9 Grosseto</i>	144	148	119	109	106	626
<i>ASL 10 Firenze</i>	-	-	-	10	11	21
<i>ASL 11 Empoli</i>	6	43	27	38	44	158
<i>ASL 12 Viareggio</i>	60	69	50	44	61	284
<i>AOU Careggi</i>	246	244	158	152	132	932
<i>AOU Pisana</i>	-	-	53	41	20	114
<i>AOU Senese</i>	-	-	9	10	4	23
<i>Totale</i>	813	1.004	1.154	1.147	1.110	5.228

Se dunque le informazioni sul fenomeno della violenza – grazie al lavoro capillare e allo sforzo di coordinamento per l’omogeneizzazione, la raccolta e la gestione dei dati – cominciano ad essere via via più ricche e complete, la loro analisi non permette di trovare una risposta sistematica a molti degli interrogativi relativi al problema della violenza e della sua persistenza.

La ricerca – avviata a febbraio 2016 e ancora in corso²⁰ – si pone l’obiettivo di acquisire nuovi elementi, criticità e punti di forza, attraverso il punto di vista degli operatori sanitari, coinvolti nell’esperienza del Codice Rosa.

Il progetto, con un approfondimento qualitativo, prevede di raccogliere le esperienze dei referenti aziendali di tutte le USL e le Aziende Ospedaliere della regione, dei principali attori rappresentanti delle altre istituzioni

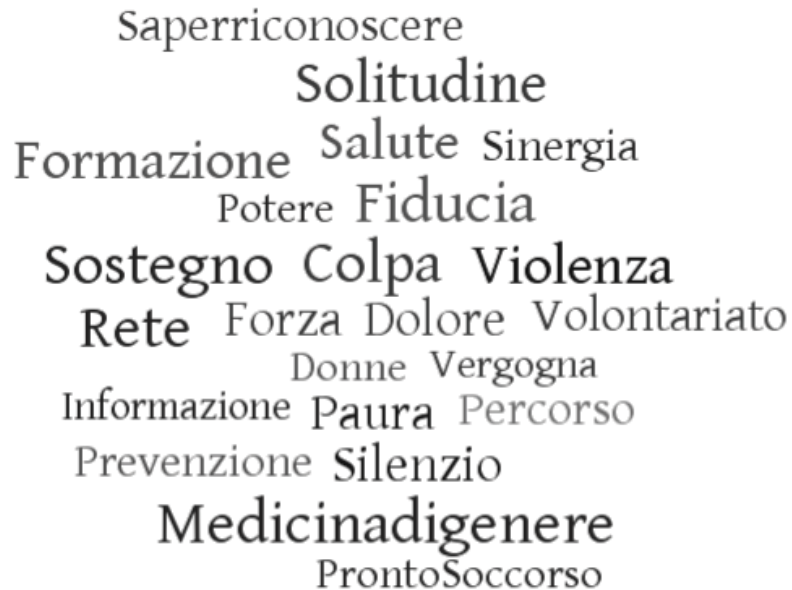
²⁰ Al momento della stesura di questo articolo, erano state già raccolte e analizzate 9 interviste effettuate a Firenze, Grosseto, Massa e Carrara, Lucca, Pisa, Prato, e al referente metodologico del progetto per la Regione Toscana. Nella sua prima fase di ricognizione della letteratura sul tema e di analisi secondaria dei dati, si sono presi in esame i report e i documenti raccolti a partire dal 2009 dall’Osservatorio Sociale Regionale della Toscana sul fenomeno della violenza materiale e immateriale, fisica, sessuale, psicologica, sulla sua distribuzione e sulle strutture e azioni di contrasto già in campo sul territorio regionale.

coinvolte (procure, forze dell'ordine, servizi sociali), e di alcuni testimoni privilegiati attivi nei principali centri antiviolenza e nei consultori²¹.

Queste interviste hanno permesso di ottenere informazioni dettagliate e approfondite sul tema della ricerca, consentendo altresì di cogliere la prospettiva degli stessi testimoni privilegiati, le loro interpretazioni del problema, le relative valutazioni e i possibili scenari futuri.

Una primissima restituzione ci è offerta dalle parole chiave emerse dai colloqui, riportate nella *word cloud* che segue.

Fig. 5 – Parole rappresentative derivanti dalle interviste



Per concludere, dalle nostre interviste emergono quattro nodi individuati quali elementi più rilevanti che confermano il nostro percorso teorico: 1) le conseguenze sulla salute delle vittime di abusi e violenze, 2) la dimensione sociale e culturale del problema, 3) le possibili risposte e 4) l'implementazione del progetto Codice rosa.

Innanzitutto quello dei costi della violenza in termini di salute:

La violenza ha conseguenza sulla salute anche a livello di depressione come disturbi post traumatici da stress e richieste di farmaci antidepressivi. L'alto

²¹ Lo strumento di rilevazione prescelto è stato l'intervista, condotta seguendo una traccia semi strutturata, articolata in quattro punti principali: a) capire quando e su quali input si è dato avvio al progetto Codice Rosa; b) valutare le problematiche, le difficoltà e i punti di forza che hanno portato alla sua definizione e attuazione; c) raccogliere un bilancio degli ostacoli nella formazione delle équipe (dai meccanismi attivati più o meno efficaci alla congruità di risorse attualmente in campo per la formazione); d) valutare gli esiti delle criticità e i possibili miglioramenti per le prospettive future.

consumo di farmaci è dovuto al fatto che esse tentano di tenere a bada un malessere che ha altre origini. Questo spesso avviene in donne che non riescono a uscire da situazioni che creano malessere. Perché la scelta comunque è un cambiamento di vita che è difficile, impegnativo da molti punti di vista ma che comunque ti può liberare. Il permanere in una situazione familiare di questo tipo, dove la violenza domestica è quotidiana e non c'è speranza di uscire anche a causa di motivazioni economiche, causa un malessere fisico e psicologico continuo. Questa condizione molto pesante ha effetti sulla salute. (TP_1)

Conseguenze: sia da un punto di vista fisico e quelle sono più quantificabili, su quelle si può [subito] lavorare. È stato visto secondo studi americani che nell'anno successivo le donne che avevano subito violenza aumentavano l'accesso al pronto soccorso decisamente: questo denota delle conseguenze fisiche senza parlare poi di tutto l'aspetto psicologico legato ai traumi. E c'è da distinguere la conseguenza psichica di un trauma singolo quale può essere quello della violenza sessuale che necessariamente e logicamente è diverso rispetto a quello di una violenza continuativa. (TP_2)

[In termini di spesa sanitaria] la violenza è uno dei costi più alti: tra disagi psicologici, depressione, malattie immaginarie e vere, la sindrome post traumatica da stress [...] Un approccio di medicina di genere potrebbe aiutare nella formazione: da donna a donna devo mettermi nei tuoi panni per capire cosa è successo e come avvicinarmi a te... [...] La medicina di genere può dare dignità a certe esigenze delle vittime. (RA_07)

La sindrome da stress post-traumatico è la prima: donne che tendono ad avere problemi più di natura psicologica, psichiatrica. Spesso hanno problemi di genitorializzazione: mi sono trovata con madri che erano come figlie dei figli [...], donne fragili, incongruenti, incoerenti, il comportamento non è mai chiaro nemmeno nei confronti dei maltrattanti. [...] Si può intervenire con la formazione e l'informazione: a partire dal medico curante, chiedere ad una donna in gravidanza se ci sono stati casi di maltrattamento in famiglia. La prevenzione. E là dove c'è una violenza conclamata [offrire] un supporto vero, psicologico, psichiatrico dove è necessario, agire sia sul prima che sul dopo. (RA_03)

Un secondo nodo riguarda le resistenze e l'attuazione di un diverso approccio, in particolare il dibattito sulle modalità di fare informazione:

Spesso c'è molta retorica poi ci sono questi resoconti giornalistici, questo programma che in realtà non so quanto produca dal punto di vista della sensibilizzazione, forse bisognerebbe fare altre cose anche rispetto a quello che fa il servizio pubblico, programma che è quasi più spettacolo che sensibilizzazione e spreco di risorse. C'è anche una deontologia della stampa che de-

ve usare certi titoli che richiamano l'attenzione che però non viene rispettato. (TP_2)

Basta avere occhi e attenzione nei confronti delle vittime per dar modo loro di sentirsi protetti. E oltre le donne, ci sono anche uomini, e anziani. C'è sempre stata un'attenzione alla violenza di genere, però questa attenzione è stata poi rivolta a tutti, quindi non solo alle donne ma anche a figure in condizioni di marginalità, chiamate fasce deboli o fasce vulnerabili: questo termine spesso ha creato delle criticità, delle reazioni nei confronti di chi voleva evitare stigmatizzazioni: ma queste di fatto non lo sono, sono solo attenzioni verso una condizione di debolezza. (TP_1)

Il problema delle vittime di violenza domestica è prendere coscienza. E quando te ne accorgi, se la soluzione è denunciare quello che ti mantiene, ci pensi due volte! E ci pensi due volte anche se l'autore della violenza, dopo la denuncia, torna a picchiarti. Prima devi costruirti una solidità morale e non solo economica. (RA_07)

Una terza questione riguarda la formazione come strumento da un lato per riconoscere il problema sia nelle sue forme acute che croniche, dall'altro per alimentare la sinergia dei gruppi interoperativi:

L'elemento fondamentale di questa sinergia di azioni tra gli enti e le istituzioni è necessariamente la formazione, è un po' il collante anche perché la tipologia di formazione alla quale abbiamo pensato era quella di farla condivisa con gli altri operatori degli altri enti e delle altre istituzioni così non solo cominciamo a parlare lo stesso linguaggio che era fondamentale per capirsi, ma era un modo per cercare di capire quali fossero le necessità, le esigenze dell'altro operatore perché altrimenti questa modalità di lavoro condiviso è impossibile farlo soprattutto se poi si parla di enti e istituzioni diverse, quindi quella sicuramente è stata la base di questa sinergia. (TP_2)

Ci siamo molto impegnati sulla formazione su due livelli: al livello regionale, con corsi per mantenere vivo l'interesse sulle tematiche rilevanti e per condividere un'uniformità di approccio. Anche a livello aziendale è stata fatta formazione con modalità organizzative molto fruibili e molto veloci, con micro corsi di poche ore da inserire nei turni. Quindi la formazione è stata curata con molta attenzione. (TP_1)

Dovremmo pensare ad ampliare le figure di riferimento, stiamo lavorando molto sulla formazione di livello un po' più elevata perché più persone sono formate nei vari servizi e più il ruolo di sentinella si va ad identificare in loro. (RA_06)

Infine si delineano le criticità importanti per gli stessi operatori, ancora principalmente riconducibili alla rilevazione del fenomeno, alle successive

complicazioni burocratiche, al problema dei finanziamenti disponibili, dei vincoli imposti dalla privacy. Ma anche le sfide per portare avanti e migliorare il progetto.

I dati che arrivano dai consultori, dai servizi sociali, dal pronto soccorso, già questi sono tra loro diversi; se ci si aggiungono quelli della parte giudiziaria che seguono un altro percorso, quelli dei centri antiviolenza che ne seguono un altro, i dati non ce li avrai mai corretti perché non sai quanto sono sovrapposti. [...] Il problema è la modalità con cui avviene la raccolta dei dati. (TP_2)

La criticità principale è la mancanza di riferimento su alcune figure come ad esempio assistenti sociali h24 [...], perché rispetto all'emersione del fenomeno qualche volta fra le risposte da dare c'è anche quella dell'allontanamento dal tetto familiare e questo noi riusciamo abbastanza a farlo [...] [Ma su alcune zone] non abbiamo punti di riferimento. Ora anche con la Procura abbiamo discusso la possibilità di un finanziamento in parte privato per avere la disponibilità di strutture disponibili qualora se ne crei la necessità. Stiamo lavorando anche con i Comuni, in particolare con la nord-ovest per avere strutture intermedie: non sempre c'è il bisogno di essere allontanato ma spesso si può avere bisogno di un momento intermedio, di accompagnamento ad una decisione per esempio. E ci stiamo lavorando con i Comuni perché anche questo richiede finanziamenti. (RA_06)

Questo progetto ha avuto pochi finanziamenti che sono stati soprattutto destinati ad allestire le stanze rosa e a prendere il materiale necessario. [...] Adesso il codice rosa vive il fatto che le risorse sono quelle dell'azienda [...] non ci sono fondi dedicati. (TP_1)

Le criticità sono quelle legate alla burocrazia vera, sono le mani legate. Abbiamo trovato tanti ostacoli legati al discorso della privacy: elemento che per certi versi garantisce ...ma troppo [...] la grossa difficoltà che abbiamo trovato e che troveremo su questi temi sarà quella della privacy. (TP_2)

Siamo in una fase di grande cambiamento, l'allocazione delle nuove aziende porterà a nuovi equilibri e dovremo lavorare molto su quello. L'idea dovrebbe essere quella di passare dal progetto regionale a una modalità diffusa di lavoro. Contribuire a creare un anello nel sistema di rete territoriale, che preveda il momento ospedaliero con l'arrivo in pronto soccorso. Da lì noi avremo da valorizzare la parte del 118, per completare la costruzione della rete che comprende ospedale, territorio e tutti i collegamenti dei servizi. Questo sarà il disegno, l'agenda... (TP_1).

Tornando a considerare il problema dalla prospettiva delle vittime di abusi e violenze, quanto si è cercato di far emergere porta ancora una volta

a riflettere su come l'uscita dal silenzio e la richiesta esplicita di aiuto rappresentino un nodo cruciale.

Su di esso giocano infatti sia elementi psicologici, condizioni culturali e socio-economiche personali, sia elementi sociali e caratteristiche del contesto locale. Poter contare su una rete istituzionale di sostegni e protezioni può offrire uno spiraglio importante e favorire se non l'eliminazione certamente il contenimento sostanziale del fenomeno.

Risulta chiaramente anche dall'analisi delle prime testimonianze raccolte, come la propensione alla denuncia sia l'esito di un percorso di consapevolezza e abbia bisogno dell'intervento di più attori e istituzioni dialoganti e cooperanti tra loro: dal Pronto Soccorso alle residenze protette, dalle forze dell'ordine agli assistenti sociali, dai volontari al personale sanitario. Un sostegno dunque che è più forte quando è l'intera comunità a rispondere, anche attraverso l'efficacia e l'efficienza dei servizi e delle misure attivate in un'ottica di concreta integrazione socio-sanitaria.

Bibliografia di riferimento

- Badalassi G., Gareffa F., Vingelli G., a cura di (2013). *Quanto costa il silenzio. Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne*. Milano: Intervita Onlus.
- Biancheri R., Dell'Osso L., a cura di (2007). *Da Esculapio a Igea un approccio di genere alla salute*. Pisa: Plus University Press.
- Biancheri R., a cura di (2012a). *A che ruolo giochiamo? Un percorso educativo nelle scuole elementari e dell'infanzia*. Pisa: ETS.
- Biancheri R., a cura di (2012b). *Educare alle differenze. Un percorso nelle scuole medie*. Pisa: ETS.
- Biancheri R., a cura di (2012c). *Ancora in viaggio verso la parità*. Pisa: Plus University Press.
- Biancheri R. (2012d). *Famiglia di ieri, famiglie di oggi. Affetti e legami nella vita intima*. Pisa: ETS.
- Biancheri R., Carducci A., Foddìs R., Ninci A., a cura di (2013). *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Rischi lavorativi un approccio multidisciplinare*. Rivista INAIL degli infortuni e delle malattie professionali, 4. Milano: Tipografia INAIL.
- Biancheri R., a cura di (2014). *Genere e salute tra prevenzione e cura*. Salute e Società, 1. Milano: FrancoAngeli.
- Biancheri R. (2015a). La prospettiva di genere nelle scienze e la valorizzazione delle carriere femminili. Il progetto TRIGGER dell'Università di Pisa. In: Biancheri R., Tomio P., a cura di, *Lavoro e carriere nell'Università*. Pisa: ETS.
- Biancheri R. (2015b). Studentesse e professioniste in medicina. Percorsi storici e nuove biografie. In: Biancheri R., Ruspini E., a cura di, *Interpretare il genere*.

- Nuove tecnologie, dinamiche di salute e professioni.* Pisa: Plus University Press.
- Bourdieu P. (1998). *Il dominio maschile.* Milano: Feltrinelli.
- Capecchi S., Ruspini E. (2009). *Media, corpi, sessualità. Dai corpi esibiti al cybersex.* Milano: Franco Angeli.
- Cavina M. (2011). *Nozze di sangue. Storia della violenza coniugale.* Roma-Bari: Laterza.
- Cipolla C., a cura di (2014). *Sociologia e salute di genere.* Milano: Franco Angeli.
- Cocchiara M.A., a cura di (2014). *Violenza di genere, politica e istituzioni.* Milano: Giuffrè.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N., a cura di (2014). *Equità nella salute in Italia. Secondo Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità.* Milano: Franco Angeli.
- De Beauvoir S. (2002). *Il secondo sesso.* Milano: Il Saggiatore (ed orig.: 1949).
- Foucault M. (1969). *Nascita della clinica.* Torino: Einaudi (ed orig. 1963).
- Fraisse G. (1996), *La differenza tra i sessi.* Torino: Bollati-Boringhieri.
- Graziosi M. (2000). *La donna e la storia. Identità di genere e identità collettiva nell'Italia liberale e fascista.* Napoli: Liguori.
- Giusti G., Regazzoni S., a cura di (2009). *Mi fai male.* Venezia: Cafoscarina.
- Goffman E. (2003), *Espressione e identità.* Bologna: Il Mulino.
- Good B. (1994). *Narrare La malattia.* Torino: Einaudi.
- Istat - Istituto nazionale di statistica (2015). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia.* Testo disponibile al sito:<http://www.istat.it/it/archivio/161716>
- Lerner G. (1986). *The creation of patriarchy.* New York-Oxford: Oxford University Press.
- Lipperini L., Murgia M. (2013). *“L’ho uccisa perché l’amavo” Falso!.* Roma-Bari: Laterza.
- Meucci G., a cura di (2013). *Codice Rosa. Il magico effetto domino.* Pisa: Pacini Editore.
- Muraro L. (2012). *Non è da tutti. L’indicibile fortuna di nascere donna,* Roma: Carocci.
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *Rapporto su violenza e salute mondiale,* Quaderni di sanità pubblica. Milano: CIS Editore.
- OSR - Osservatorio sociale Regionale (2012). *Quarto Rapporto sulla Violenza di genere in Toscana.* Firenze: Regione Toscana.
- OSR - Osservatorio sociale Regionale (2014). *Sesto Rapporto sulla Violenza di genere in Toscana.* Firenze: Regione Toscana.
- OSR - Osservatorio Sociale Regionale (2015). *Settimo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana.* Firenze: Regione Toscana.
- OSR - Osservatorio Sociale Regionale (2016). *Il profilo sociale regionale Anno 2015.* Firenze: Regione Toscana.
- Peretti A. (2010). *Donne non comuni. Le prime laureate della Facoltà di medicina.* Pisa: Plus University Press.
- We World Intervita (2014). *Rosa shocking, Violenza, stereotipi e altre questioni del genere.* Milano: Grafica Aelle S.n.c.