



ORDINE degli PSICOLOGI della TOSCANA

FA - RETE SALUTE DI GENERE

**Professionisti a Confronto per il Benessere nelle
Relazioni di Coppia**

Atti del Convegno

Ordine degli Psicologi della Toscana



INDICE

INDICE

PREFAZIONE	6
INTRODUZIONE	9
Il contrasto alla Violenza di Genere.....	10
La Violenza in un’Ottica di Salute e Medicina di Genere	12
L’Evoluzione Normativa in materia di Violenza di Genere	13
La Tutela della Salute e del Benessere di Bambini e Adolescenti in tema di Violenza	16
PARTE PRIMA: APPORTI PLURIDISCIPLINARI PER IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DOMESTICA	21
Psicologia e Salute di Genere	22
Violenza di Genere: Sfide della Convenzione di Istanbul.....	37
Normative Internazionali a Confronto in tema di Violenza di Genere	47
La Rilevazione della Violenza da parte dei Medici di Base	53
L’Esperienza del Pronto Soccorso	61
Tutti Vedono la Violenza del Fiume in Piena, Nessuno Vede la Violenza degli Argini che lo Costringono	65
Alcuni Dati sull’Esperienza con gli Autori di Violenza del Centro Ascolto Uomini Maltrattanti	74
Le Conoscenze, l’Assetto e gli Strumenti Necessari per la Rilevazione e l’Intervento nei Casi di Violenza	84
Bambini Vittime e Testimoni di Violenza: dalla Rilevazione alla Presa in Carico ...	101
PARTE SECONDA: PERCORSI PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLE RELAZIONI DI COPPIA.....	113
Stereotipi di Genere nei Mass Media e Responsabilità Genitoriale	114
Stereotipi di Genere nei Mass Media: uno Sguardo di Genere	123
Il Confine tra Conflitto e Violenza	132
La Mediazione di Genere	141
La Gestione del Baby-Clash: una Strategia per la Prevenzione della Conflittualità nel Percorso Nascita	149
Diventare Padri: Uomini a Confronto con le Proprie Emozioni per la Costruzione di un Nido Sicuro e di un Sano Equilibrio Familiare	158
CONCLUSIONI	168
Che Genere di Benessere. Considerazioni sulla Salute di Genere	169

PREFAZIONE

Fiorella Chiappi e Elisa Guidi

Gruppo di Lavoro "Psicologia & Salute di Genere"

Questo testo raccoglie gli scritti di relatrici e relatori al Convegno "FA – RETE SALUTE DI GENERE. Professionisti a confronto per il benessere nelle relazioni di coppia".

Il Convegno dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, col patrocinio della Regione Toscana (Firenze, 29 novembre 2014) e promosso dal Gruppo di Lavoro "Psicologia & Salute di Genere" dell'OPT¹, è stato un momento di scambio interistituzionale e interprofessionale sulla "salute di genere" all'interno della vita di coppia. In particolare si è voluto riflettere sui confini fra la violenza domestica e la conflittualità di coppia, presentando punti di vista e interventi relativi alla presa in carico di vittime e autori di violenza e ragionando su alcune possibili azioni per la prevenzione e la promozione della salute nelle relazioni di coppia. È stato un primo momento, a cui ne è seguito un altro a Livorno: "Professionisti a confronto per la protezione e la prevenzione delle vittime di violenza" (4 giugno 2015).

In entrambi i Convegni, quando il focus era sulla violenza, è stata posta l'attenzione sia sulla tipologia d'intervento che richiedono le vittime, sia su chi agisce la violenza, come indica l'attuale legislazione di riferimento e l'approccio di "salute di genere".

In un'ottica di promozione della salute, l'attenzione alle differenze di genere diviene, infatti, la prospettiva indispensabile per attuare interventi sempre più personalizzati e appropriati. Il tutto con il coinvolgimento di più voci professionali: avvocati, medici, infermieri, psicologi, ecc., provenienti da

¹ Il Convegno del 29 novembre 2014 è stato preparato con l'apporto di tutt* le/i participant* al gruppo. In questa occasione sono intervenut* con una relazione Fiorella Chiappi, la referente dell'OPT del GdL, Anna Rita Natale, la coordinatrice del GdL, e Rossano Bisciglia, Santa Teresa Bruno, Tommaso Fanzone, Mario De Maglie, Roberta Giommi, Elena Lenzi, Jacopo Piampiani, Fiorella Tonello.

più Istituzioni e Associazioni e con quel necessario spirito di rete che indica chiaramente la Convenzione di Istanbul, a cui si rifanno tutte le legislazioni europee in materia di violenza.

Il contrasto alla violenza esige, infatti, un impegno complessivo: reti di collaborazione e interscambio. *“Una collaborazione efficace tra tutti gli enti, le istituzioni e le organizzazioni pertinenti”* (Convenzione Istanbul, 2011).

In entrambi i Convegni ci siamo focalizzati sulle coppie composte da un uomo e da una donna, ma il gruppo si è ripromesso di attivare altri approfondimenti su coppie gay e lesbiche e su altri aspetti, fra cui la violenza in coppie adolescenziali.

È stata portata l'attenzione, inoltre, non solo sui necessari interventi che esigono gli atti di violenza, agiti o subiti, ma anche sui possibili percorsi di sensibilizzazione, prevenzione e promozione della salute. Per questo motivo alcune relatrici e relatori si sono occupati anche di quanto possa promuovere il benessere nelle relazioni di coppia e destrutturare alcuni stereotipi e modelli culturali che rafforzano i rapporti asimmetrici e insanamente conflittuali. Con una serie di interventi è stata portata l'attenzione sul ruolo della comunicazione nei mass media, sull'educazione al rapporto nelle nuove generazioni e sul supporto psicologico che può essere dato per mediare in modo costruttivo le differenze di genere nella coppia e per vivere nel modo migliore alcuni momenti come il percorso nascita, in cui vanno affrontati complessi cambiamenti.

Violenza domestica, conflittualità, mediazione di genere e promozione della salute di coppia sono alcune delle parole chiave su cui si sono concentrati i vari relatori e relatrici.

In sintesi, il testo raccoglie le seguenti parti:

- Introduzione

Viene focalizzata l'attenzione sul tema della violenza e su alcuni contributi alla promozione della salute da parte dei referenti istituzionali: gli Ordini coinvolti, la coordinatrice del Centro regionale di coordinamento della Salute e Medicina di Genere e la Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Toscana.

- 1° Parte: Apporti pluridisciplinari per il contrasto alla violenza domestica
Dopo un'introduzione sulla salute di genere e la Convenzione di Istanbul, è analizzata la violenza domestica da più punti di vista: la legislazione

di riferimento, la prospettiva di chi ne fa la rilevazione nell'ambito della medicina di base o s'impatta con le vittime al Codice Rosa o lavora come psicologa o psicologo con gli autori di violenza o con le vittime.

- 2° Parte: Percorsi per la promozione del benessere nelle relazioni di coppia

Dopo aver analizzato, con due approcci diversi, il ruolo dei mass media nei confronti della violenza e della sua attivazione nelle nuove generazioni, si passa a definire i confini fra violenza domestica e conflittualità di coppia. Seguono i contributi finalizzati alla promozione della salute nelle relazioni di coppia: lo strumento della mediazione di genere, la riflessione sulla prevenzione del *baby clash* nel percorso nascita e il supporto ai padri "gravidi".

La conclusione

Il testo termina con una riflessione su alcuni aspetti rilevanti, fra cui la salute di genere, il costrutto di genere, gli stereotipi, la mediazione di genere, la violenza, il reato che questa sua azione comporta e l'esigenza di ricerca per le/gli psicolog* coinvolti nel contrasto alla violenza.

Abbiamo inserito anche due approfondimenti ulteriori rispetto al Convegno, elaborati da altre due colleghe del Gruppo "Psicologia & Salute di Genere". Il primo sulla Convenzione di Istanbul è di Elisa Guidi, una delle curatrici del testo. Il secondo è di Petra Filistrucchi, una delle relatrici del secondo Convegno (4 giugno a Livorno) che ci consente di aggiungere uno sguardo psicologico sui minori vittime di violenza assistita.

Nel testo, quando si riferiscono a soggetti femminili e maschili, onde evitare il ricorso al neutro "psicologo, medico, ecc", hanno scelto di usare l'asterisco (*) o la formula differenziata, come ad esempio "le psicologhe e gli psicologi".



ORDINE degli PSICOLOGI della TOSCANA

INTRODUZIONE

Il contrasto alla Violenza di Genere

Lauro Mengheri

Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana

Il tema della violenza è sempre stato oggetto di numerosi studi, che, alla recente *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* finalmente è stato affrontato in maniera strutturale e sistemica. Infatti tra gli obiettivi della cosiddetta Convenzione di Istanbul al punto a) troviamo: "proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica"; al punto e) "sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica".

La ratifica della Convenzione di Istanbul in vigore dal 1° agosto 2014, la legge n. 119/2013, conosciuta come "legge sul femminicidio", ha in sintesi costituito l'estensione del concetto di violenza sulle donne, includendo la violenza domestica e la violenza assistita. Detto ciò nasce la necessità di individuare nuovi strumenti e procedure di intervento sul tema.

Un argomento così delicato e importante va gestito necessariamente in un'ottica multidisciplinare, condividendo esperienze e buone prassi. Risulta fondamentale un'alta specializzazione e una forte sinergia delle professioni coinvolte nell'intervento pre e post l'evento traumatico.

Dal VII rapporto sulla violenza di genere in Toscana (2015) possiamo evincere che dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2015 si sono rivolte ai Centri Antiviolenza 13.461 donne. Dal 2006 al 2014 ci sono stati 77 casi di femminicidio con 26 bambini orfani di madre. In 24 casi l'omicida dopo aver ucciso la donna si è tolto la vita.

Sono oltre 6.000 i minori che hanno assistito a episodi di violenza negli ultimi 4 anni.

Numeri impressionanti!

L'Ordine degli Psicologi della Toscana da sempre è al fianco delle donne vittime di violenza così com'è attento ai percorsi rivolti agli autori di maltrattamenti, con l'obiettivo di promuovere la salute e il benessere anche in questo ambito. Fiorella Chiappi è presente come referente dell'OPT fin dal 2011 nella Commissione "Salute e Medicina di Genere" del Consiglio Sanitario Regionale, anche con un contributo alle due pubblicazioni promosse dalla Commissione stessa, e partecipa dal 2013 come referente al Tavolo delle Buone Pratiche sulla Violenza di Genere.

Inoltre dal 2014 il Consiglio dell'OPT ha promosso e approvato l'attivazione di un gruppo di lavoro "Psicologia & Salute di Genere", all'interno del quale il sottogruppo "Violenza di genere" si sta interfacciando in maniera importante con le altre Istituzioni e Associazioni che in maniera sempre più cruciale si occupano del tema. Alcuni colleghi degli altri sottogruppi approfondiscono altri aspetti della salute di genere, portando il loro contributo per la prevenzione della violenza e per la promozione della salute nella coppia.

Ci tengo a ringraziare tutti i partecipanti al Gruppo di Lavoro che dedicano con passione e competenza il proprio prezioso tempo a una tematica di fondamentale importanza che riguarda a pieno titolo la tutela dei Diritti Umani.

Il ruolo che la psicologia, le psicologhe e gli psicologi tutti possono e devono svolgere per prevenire e gestire la violenza di genere sono molteplici: dalla prevenzione, all'individuazione della presenza di violenza quandonche non verbalizzata, alla formazione degli operatori che si vogliono occupare della materia.

È necessario un cambiamento culturale che è appena iniziato. Laddove c'è cambiamento possono e devono stare le psicologhe e gli psicologi.

Un sentito ringraziamento va a tutte le donne e gli uomini che quotidianamente lottano per far rispettare la parità dei Diritti.

La Violenza in un'Ottica di Salute e Medicina di Genere

Anna Maria Celesti

*Centro regionale di coordinamento della Salute e Medicina di Genere,
Regione Toscana*

Per troppo tempo le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche del solo sesso maschile, sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne. La *medicina di genere* è chiamata a limitare disuguaglianze di studio, attenzione e trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne. Non costruendo una medicina al femminile e una al maschile, ma applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Per questo la medicina di genere non deve essere una specialità a se stante, ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche, affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere, non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure. Pertanto la medicina di genere è ormai un'esigenza del Servizio sanitario e occorre quindi pensare ad alcuni aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere. A tal fine la Regione Toscana ha costituito, all'interno dell'Assessorato al Diritto alla Salute, un Centro di coordinamento regionale della Salute e Medicina di genere che costituisce il necessario strumento di raccordo e integrazione delle azioni e delle iniziative, poste in essere dalle strutture aziendali e da tutti gli altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata e articolata per programmi individuali nelle aree in cui la salute delle donne è particolarmente a rischio, con un approccio di percorso sia diagnostico che terapeutico integrato di cure.

L'Evoluzione Normativa in materia di Violenza di Genere

Susanna Della Felice

Consigliera Ordine degli Avvocati di Firenze

La situazione relativa alle violenze sulle donne e al femminicidio in Italia è allarmante perché purtroppo ancora oggi nel nostro paese *"di genere si muore"*.

Secondo quanto riportato dagli ultimi dati ufficiali, viene uccisa all'incirca una donna ogni tre giorni e spesso questi omicidi sono collegati proprio al fatto stesso di essere perpetrati contro una donna in quanto tale e sempre più spesso all'interno di legami sentimentali.

Si tratta di un fenomeno trasversale, che prescinde dal livello di scolarizzazione, dalla collocazione sociale o dall'ubicazione geografica (la metà dei femminicidi registrati negli ultimi 10 anni è avvenuto nel nord Italia, il 30,7% nel centro e il restante 19% nel sud).

Sicuramente le radici di questo problema sono di tipo culturale, ascrivibili a quell'archetipo antichissimo che ha posto la donna, procreatrice di vita, *"angelo del focolare"*, come un oggetto di potere. Ed è proprio questo potere che talvolta finisce con il tradursi in forme di violenza psicologica e/o fisica.

Nel 1993, Kofi Annan, l'allora Segretario Generale delle Nazioni Unite, definiva la violenza contro le donne come la più vergognosa delle violazioni dei diritti umani, che *"non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza"*. Da allora sono passati 21 anni, ma il fenomeno della violenza sulle donne rimane ancora un problema irrisolto, nonostante i mutamenti sociali, i diritti acquisiti e le leggi varate in questi anni.

Sebbene ci sia ancora un enorme lavoro da fare, non si possono dimenticare i progressi fatti fino ad ora grazie a una serie di interventi normativi, intenzionalmente diretti a garantire una tutela sempre più reale ed efficace alle vittime della violenza di genere.

Fino agli anni '60, infatti, il fenomeno della violenza veniva collocato nella categoria della patologia: da una parte, gli uomini violenti erano visti come

dei devianti, dall'altra, la donna come corresponsabile della violenza e quindi in qualche modo colpevole. Solo con il movimento femminista viene proposta una nuova definizione di violenza, abbinandola al genere, legandola cioè al modo in cui si strutturano le relazioni tra uomini e donne.

In Italia, è solo con l'approvazione del diritto di famiglia nel 1975 che viene abolita l'autorità maritale, cioè la liceità, da parte del coniuge, di far uso di "mezzi di correzione e disciplina" nei confronti della propria moglie. Solo nel 1981 scompare dal nostro codice il delitto d'onore.

Viene abolito anche il matrimonio riparatore che consentiva a chi avesse commesso uno stupro di vedere estinto il proprio reato, qualora avesse contratto matrimonio con la propria vittima.

Con la nascita dei Centri antiviolenza e delle Case di accoglienza cambia anche la concezione della donna, che da "vittima" passa a "soggetto" credibile, forte, capace di fronteggiare la situazione per proteggere se stessa e i propri figli.

Recentemente grosse novità sono state introdotte a livello normativo.

Lo stalking è entrato a far parte del nostro ordinamento con il decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11 (convertito in Legge 23 aprile 2009, n. 38), che ha introdotto all'art. 612 bis c.p. il reato di "atti persecutori", che fa riferimento a quelle condotte persecutorie e di interferenza nella vita privata di una persona, tali da ingenerare un grave stato d'ansia e di paura nella vittima.

Un ulteriore passo in avanti dal punto di vista legislativo è stato fatto grazie all'adozione della legge 119 del 2013 che introduce importanti modifiche sia di natura sostanziale che processuale. Aspetto certamente rilevante è l'attenzione che viene rivolta alle relazioni affettive (a prescindere da convivenza o vincolo matrimoniale), la cui sussistenza assume le vesti di circostanza aggravante nel reato di stalking.

Un altro passo importantissimo è stato fatto grazie alla Convenzione di Istanbul che costituisce uno strumento di protezione internazionale dei diritti umani a carattere regionale. Uno dei punti di forza di questo trattato è che per la prima volta nella storia del diritto internazionale, all'interno della Convenzione, viene data una definizione di genere.

Ciò è molto importante perché in questo modo si riempie di significato anche la definizione di violenza contro le donne (art. 3.a). Con questa si intende

una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, ovvero:

- tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica,
- le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata.

L'Italia ha ratificato tale Convenzione il 1° agosto 2013, senza apporvi riserva alcuna. Ciò è sicuramente un segno incoraggiante, ma per arrivare a un effettivo rispetto della stessa ci vogliono provvedimenti, leggi e risorse economiche, possibilmente all'interno di un quadro coerente e non di carattere settoriale e dunque frammentato, affinché le donne possano davvero sentirsi al sicuro.

Sfogliando la Convenzione, verrebbe da pensare che le donne saranno meno a rischio di subire violenza; quelle che sono già vittime saranno più tutelate; la giustizia sarà più certa e più rapida nel trattare questi casi; i bambini e le bambine saranno più consapevoli dei rischi che s'insidiano in relazioni dispari e misogine e i maltrattanti, gli stalker e gli stupratori finalmente si faranno aiutare e smetteranno di violentare e uccidere noi donne.

Ma la violenza di genere non è un nemico facile da sconfiggere, da secoli esiste e persiste; non è mai stata risolta con l'entrata in vigore di una norma o con l'introduzione di politiche di contrasto e di prevenzione, che si sono rivelate solo in parte efficaci, anche se lungimiranti e provenienti da organismi internazionali.

Concludo, dunque, ricordando tutti gli aspetti positivi e le conquiste fatte sino a questo momento come punto da cui ripartire, auspicando che venga individuato quanto prima il modo più efficace per affrontare complessivamente il fenomeno della violenza di genere.

Sitografia

ONU (1993). *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*, New York. Reperito online 18/01/2015 www.un.org

ONU (2014). Fonti online www.un.org

Parlamento italiano (2014). Fonte online www.parlamento.it

UE (2014). Fonte online www.europa.eu

La Tutela della Salute e del Benessere di Bambini e Adolescenti in tema di Violenza

Grazia Sestini

Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Toscana

Il diritto alla salute è espressamente riconosciuto e garantito dalla *Convenzione Universale sui Diritti dell'Infanzia di New York* del 1989 (CRC - ratificata in Italia con la *Legge del 27 Maggio 1991, n. 171*) e, pertanto, la promozione e la tutela della salute dei minori deve rappresentare l'obiettivo primario degli interventi a livello internazionale, nazionale e locale. *"La vera misura dello sviluppo di un Paese è l'efficacia con cui provvede ai propri bambini: alla loro salute e incolumità, alla loro sicurezza materiale, alla loro istruzione e socializzazione, al loro senso di essere amati, stimati e integrati nelle famiglie e nelle società in cui sono nati"* (UNICEF, 2007).

Secondo l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (WHO, 1948) *"la salute non è solo assenza di malattia o infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale"*, ovvero uno stato di *benessere complessivo*, una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo, integrato nell'ambiente familiare e sociale.

Per assicurare salute e benessere, inteso come *"qualità della vita di bambini e adolescenti"*, è dunque indispensabile creare ambienti di vita nei quali essi possano sviluppare comportamenti, attitudini e stili di vita congrui e funzionali all'esplicazione della loro personalità e al loro sano ed equilibrato sviluppo fisico, psichico, morale e sociale (Belotti e Moretti, 2011; Bianchi, 2014). In quest'ottica, bambini e adolescenti hanno anzitutto diritto ad avere una rappresentazione positiva di se stessi ed un'identità sociale rispettata, avere relazioni positive con il gruppo dei familiari e dei pari, vivere in luoghi e ambienti domestici sicuri.

Un fattore di rischio per la salute dei minori è la violenza subita e/o assistita. Le istituzioni, di conseguenza, devono garantire ai minori un'efficace tutela dalla "violenza", intesa in senso ampio, come *"ogni forma di cattiva salute*

fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere" (WHO, 2002).

La violenza costituisce un attacco destabilizzante alla personalità dei minori e ne mette a rischio la salute e lo sviluppo psico-sociale, costituendo una grave violazione del diritto al benessere del minore che sia stato vittima di bullismo a scuola, di violenza domestica, di violenza assistita o di gravi forme di maltrattamento o abuso sessuale. Naturalmente, non tutti i traumi lasciano cicatrici visibili, ma il risultato della violenza può avere comunque gravi conseguenze, causare "disagio", ovvero difficoltà che investono diversi ambiti della vita a livello affettivo, familiare, scolastico, con conseguente perdita di autostima, depressione, comportamenti violenti o autolesionistici, commissione di reati, abuso di sostanze stupefacenti o alcool, instaurazione di relazioni di abuso e maltrattamento.

Nel corso degli ultimi anni, si assiste a una costante crescita di attenzione rispetto al fenomeno della violenza a danno dei minori, attraverso l'implementazione di sistemi di prevenzione e contrasto, nonché delle forme di tutela di bambini e adolescenti vittime di detti crimini².

² A livello nazionale, in materia di maltrattamenti, violenza e abuso all'infanzia, oltre alle previsioni del codice penale (art. 571 c.p - abuso dei mezzi di correzione; art. 572 c.p. - maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli), occorre ricordare le disposizioni che nell'ultimo ventennio hanno arricchito il nostro sistema di tutela, attraverso: la Legge 66/1996 "Norme contro la violenza sessuale"; la Legge 269/1998 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù"; la n.7/2006 recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"; la Legge n.38/2006 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet"; la Legge n. 38/2009 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 23 febbraio 2009 n. 11, recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori"; la Legge 172/2012 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno"; la Legge 77/2013 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la

Il contesto giuridico è volto a imporre agli Stati un approccio “*child-oriented*”, multidisciplinare e inter-istituzionale: a tal fine, la tutela di bambini e adolescenti deve essere assicurata da tutti gli attori appartenenti ai diversi settori professionali e istituzionali, attraverso interventi adeguati, efficaci e tempestivi, coordinando l’azione giudiziaria e repressiva con l’azione di protezione e di supporto alle vittime (Gruppo, C.R.C., 2014).

Se ciò è vero, occorre però evidenziare che la tematica della violenza, soprattutto in riferimento a bambini e adolescenti, impone di realizzare idonee azioni anzitutto in un’ottica di prevenzione. La questione, prima di essere ripartita o giudiziaria, deve essere affrontata a livello educativo, poiché soltanto in tal modo è possibile approntare per i minori una reale forma di tutela globale rispetto non solo agli altri ma anche a se stessi.

Le misure di prevenzione primaria hanno infatti un ruolo essenziale nella lotta contro la violenza. Occorre educare a:

- rispettare se stessi per rispettare l’altro;
- giudicare l’ostentazione del corpo delle donne e tutte le altre situazioni degradanti;
- avere rispetto del proprio corpo;
- gestire le conflittualità prima che degenerino in violenza;
- riconoscere l’inizio di un comportamento persecutorio o irrispettoso e segnalarlo.

Le politiche di tutela devono dunque garantire un supporto appropriato a genitori, ma anche porsi quale obiettivo primario quello di diffondere in tutti i contesti, in cui si svolge la socializzazione di bambini e adolescenti (ad esempio scuole, associazioni sportive, ecc.), una nuova cultura di contrasto alla violenza.

In questo senso, si esprime anche la *Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza*

violenza domestica, fatta a Istanbul l’11 maggio 2011”; la Legge 119/2013 “Conversione in legge, con modificazioni, del [decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93](#), recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”; il D. lgs. 24/2014 “Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, che sostituisce la decisione quadro 2002/629/GAI”; il D. lgs. N. 39/2014 “Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, che sostituisce la decisione quadro 2004/68/GAI”.

domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011 - ratificata in Italia con la *Legge 27 giugno 2013, n. 77* - che valorizza l'azione di prevenzione e sensibilizzazione, soprattutto in ambito educativo, richiedendo agli Stati di intraprendere le azioni necessarie per includere nei programmi scolastici materiali didattici sui temi quali:

- la parità tra i sessi;
- il reciproco rispetto;
- la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali;
- la violenza contro le donne basata sul genere;
- il diritto all'integrità personale.

La nostra Regione si trova anch'essa ad affrontare dette problematiche e deve farvi fronte con adeguate politiche, anzitutto di tipo educativo, al fine di assicurare quel benessere che rappresenta un diritto intangibile di bambini e adolescenti.

Alcuni dati sulla condizione dei minori in Toscana:

1. negli ultimi 10 anni, il rapporto maschi/femmine è passato da 1,04 a 1,07, in linea con la media nazionale e quella europea;
2. ancora più alto è poi il rapporto sui nati pretermine (sotto le 37 settimane), che risulta tra 1,13 e 1,21.

Secondo quanto risulta presso il Centro Regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza/Istituto degli Innocenti, in materia di violenze e maltrattamenti (con bambini o adolescenti in carico ai servizi sociali) per l'anno 2013, risultano 1345 minori *maltrattati* (di cui 664 femmine) e 164 minori vittime di *abusi sessuali* (di cui 119 femmine).

I comportamenti a rischio sono più caratteristici dei maschi anche se l'impressione è che il gap si sia accorciato. Così, ad esempio, si rileva che il c.d. bullismo (grave fenomeno sociale, purtroppo in costante aumento e amplificato dall'utilizzo dei social network) riguarda sia maschi che femmine come autori e vittime, con la differenza che i maschi tendono a colpire sia maschi che femmine mentre le femmine se la prendono principalmente con altre femmine.

Bibliografia

Belotti, V., & Moretti, E. (2011). *L'Italia "minore". Mappe di indicatori sulle condizioni e le disuguaglianze nel benessere dei bambini e dei ragazzi*. Firenze: Istituto degli Innocenti.

- Bianchi, D. (2014). *Primi esiti della ricerca sul benessere e sugli stili di vita di preadolescenti e adolescenti*. Contributo non pubblicato presentato alla Prima Conferenza Regionale sull'infanzia e l'adolescenza. La Toscana dei bambini e dei ragazzi: accoglienza, educazione, opportunità, Firenze. Reperito online 18/01/15 www.minoritoscana.it
- Gruppo, C.R.C. (2014). I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2013-2014. Reperito online 18/01/15 www.gruppocrc.net
- UNICEF (2007). *Child Poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card #7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- WHO (1948). World Health Organization Constitution. In: *Basic Documents*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *Guide to United Nations resources and activities for the prevention of interpersonal violence*. Geneva: World Health Organization.



Apporti Pluridisciplinari per il
Contrasto alla Violenza Domestica

PRIMA PARTE

Psicologia e Salute di Genere

Fiorella Chiappi

Psicologa, Psicoterapeuta, Consigliera OPT referente del GdL
"Psicologia & Salute di Genere"

Introduzione

La Salute di Genere è quell'approccio alla salute che, nella diagnosi, terapia e prevenzione, tiene conto del "sesso" e del "genere", cioè non soltanto delle variabili biologiche ma anche di quelle ambientali, culturali e socio-economiche che determinano le differenze tra uomini e donne.

Se con il termine "sesso" ci si riferisce prevalentemente alle specificità maschili e femminili dal punto di vista biologico - genetico, anatomico, endocrino - con quello di "genere" si "*va oltre il dato biologico, per interpretare le origini delle differenze sessuali nei processi socio-culturali, storici e politico-ideologici legati al fatto di avere ed appartenere ad un sesso piuttosto che ad un altro*" (Signani, 2013; pag. 12). In quest'accezione il genere diviene un costrutto e, in quanto tale, soggetto alla sua continua evoluzione.

Tener conto delle differenze, fra cui quelle di genere, è uno degli obiettivi dell'OMS che coinvolge tutte le professioni sanitarie fra cui la medicina e la psicologia, indotte necessariamente a una rivisitazione di alcune presunte evidenze e all'analisi di *gender bias*³, possibili sia per la sottovalutazione delle differenze di genere, sia per la presenza di stereotipi, pregiudizi legati al genere, con inevitabili, anche se inconsapevoli, comportamenti discriminanti (fig. 1).



Fig 1. Pregiudizi di genere e gender bias

³ Per la definizione di *gender bias* si rimanda al glossario della Biblioteca Medica virtuale, <http://www.bmv.bz.it/j/>

Il costrutto di genere e l'evoluzione della Salute di Genere

Il costrutto di genere è stato introdotto negli anni '60 dallo psichiatra Robert Stoller, studioso di transessualità, per distinguere il sesso anatomico dai suoi orientamenti psico-sessuali e assunto dai movimenti femministi statunitensi per indicare il persistere della profonda asimmetria e squilibrio fra i ruoli sessuali. Sempre in quegli anni nacquero nel mondo accademico statunitense ed europeo i *Women's Studies* (storia, letteratura, antropologia, ecc.) centrati sul mostrare la condizione delle donne nella cultura occidentale, cui ben presto seguirono i *Men's Studies* sul genere maschile.

Negli anni '70 il costrutto di genere è stato acquisito da alcune discipline scientifiche: la sociologia, la pedagogia e la psicologia, cui sono seguite altre, come la medicina di genere negli anni '90. I vari approcci disciplinari *gender oriented*, pur nelle differenze, condividono la critica all'innatismo e al binarismo sessuale, cioè all'idea che i sessi siano ben definiti e che l'identità di genere debba essere chiaramente distinta, con precisi e diversi atteggiamenti e comportamenti.

Il costrutto di genere è stato, quindi, fatto proprio dagli Organismi internazionali, dall'OMS, dalla Comunità Europea e, a cascata, dai paesi membri.

Nel 2002 "*The Department of Gender and Women's Health*" (GHW) ha riconosciuto l'esistenza di differenze nei fattori che determinano la salute e il carico di malattia tra uomini e donne: sesso, dati biologici, genere, ruoli socio-culturali. Di seguito la Commissione Europea ha promosso una politica in difesa della salute, che tenga conto delle diversità di genere e il Consiglio dell'Unione Europea ha sollecitato la formazione degli operatori sanitari per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure. I vari Stati, inclusa l'Italia⁴, hanno portato avanti azioni specifiche, soprattutto in alcune regioni, fra cui la Toscana.

La salute di genere riguarda le donne e gli uomini, le bambine e i bambini, ma spesso vede azioni a vantaggio del genere femminile per un principio di

⁴ In Italia, nel 2003, un'equipe di specialisti è stata incaricata dal Ministero della Salute di formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche che tengano conto della variabile uomo-donna. Nel 2008 il Comitato Nazionale di Bioetica ha approvato il parere su *La sperimentazione farmacologica sulle donne*, affermando il principio dell'equa considerazione della donna nella sperimentazione. Dal 2010 alcune Regioni (Puglia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche) hanno inserito la salute e la medicina di genere nel Piano Socio Sanitario. Nel 2013 all'Università di Padova è stata istituita la cattedra di Medicina di Genere, la seconda in Europa dopo Vienna.

“equità”, perché i determinanti di salute, indicati dall’OMS, evidenziano uno svantaggio femminile rispetto alla salute. Per questo motivo L’8 Giugno 2007 è stata insediata la Commissione “Salute delle donne” con la ministra Livia Turco. *“Le disuguaglianze nella salute sono legate all’appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all’età, ma da tutti questi punti di vista le donne sono le più sfavorite. Studiare e capire le differenze di genere quindi è elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere [...] Questi indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati”⁵.*



Fig. 2. I principi della Salute di Genere

Con il suo approccio olistico e necessariamente multidisciplinare e multiprofessionale, la salute di genere rappresenta un esempio di terza cultura, un ponte tra le culture sanitarie (medicina, psicologia, ecc.) e quelle che permettono di cogliere i vari aspetti del sistema socio-economico in cui le persone vivono (economia, sociologia, antropologia, ecc). Con quest’attenzione alle possibili differenze, agli specifici bisogni e rischi, così come alle somiglianze, la salute di genere tende verso una promozione della salute, connotata dai principi di “equità”, “personalizzazione” e “appropriatezza” (fig. 2).

⁵ *Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo Rapporto sui lavori della Commissione “Salute delle Donne”* (Ministero della Salute, marzo 2008).

La medicina di Genere

La prima volta, in cui si menzionò la “questione femminile” in medicina, fu nel 1991 quando Bernardine Healy, direttrice dell’Istituto Nazionale di Salute Pubblica, sulla rivista *New England Journal of Medicine* parlò di “*Yentl Syndrome*”. Healy fece “una revisione sistematica di ricerche nel campo della cardiologia, mettendo a confronto dati di diagnosi, modalità di ricovero e cura di donne e uomini per cardiopatie. Analizzava in particolare due tipi di studio: uno, con il quale si dimostrava come le donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto, avessero maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini; l’altro, in cui si metteva in evidenza come, nonostante la diagnosi di disturbo coronarico severo, le pazienti di sesso femminile venissero sottoposte, meno dei maschi, ai pur necessari interventi di by-pass e angioplastica. Healy in questo suo famoso lavoro utilizzò una metafora letteraria parlando della sindrome di Yentl, dal nome della protagonista di un libro di Isaac B. Singer, poi divenuto famoso film con Barbra Streisand [...] L’articolo della Healy ebbe vasta eco poiché rappresentò la prima vera denuncia del comportamento dei cardiologi, che, sottovalutando le differenze biologiche fra uomo e donna, attivano concreti comportamenti discriminanti nei confronti delle donne stesse.” (Signani, 2013; pag. 138)

Bisognò attendere, però, più di dieci anni perché fosse avviata una sperimentazione riservata alle donne. Solo nel 2002 presso la Columbia University di New York è stato istituito il primo corso di medicina di genere, “*A new approach to health care based on insights into biological differences between women and men*”, per lo studio di tutte quelle patologie che riguardano entrambi i sessi. In seguito la Columbia University ha fondato anche una rivista intitolata *Gender Medicine*. Contemporaneamente fu superata la *bikini medicine*, vale a dire la visione medica secondo cui le differenze femminili riguardavano solo l’apparato riproduttivo. “*Tra la fine degli anni Ottanta e l’inizio degli anni Novanta i ricercatori hanno iniziato a rendersi conto che, oltre al sistema riproduttivo, tra il genere maschile e quello femminile vi sono molte altre differenze che danno origine ad un’ampia gamma di patologie, con un decorso completamente diverso tra i sessi, o che possono determinare una risposta dissimile del corpo ai farmaci.*” (Merzagora F. in *La Salute della Donna*, 2010; pag. 11).

Un crescente numero di studi nelle varie specialità mediche ha permesso di acquisire una progressiva consapevolezza in merito a una pluralità di differenze.

“Gli uomini e le donne, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposte ai trattamenti molto diversi tra loro. Ciò è dovuto non solo a differenze biologiche, nel sistema riproduttivo e nel sistema ormonale, ma anche a tutte quelle variabili determinate dall’ambiente, dal tipo di società, dall’educazione, dalla cultura e dalla psicologia dell’individuo. Le malattie cardiovascolari, il diabete, l’obesità, il carcinoma del polmone, l’osteoporosi, le malattie infettive, i disturbi dell’umore e del sistema immunitario sono le aree in cui si annoverano le maggiori differenze. La ricerca scientifica in passato ha trascurato l’influenza del genere sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie umane. Solo di recente la medicina sta investigando quali siano i meccanismi sottostanti a queste differenze e come la diagnosi e il trattamento delle malattie possano variare in funzione del genere” (Melchiorri D. in Farmacologia di Genere, 2010, pag. 9).

La medicina di genere, affermando l’interazione fra sesso e genere e il concetto biosociale della salute, pone l’esigenza di nuovi modelli teorici di riferimento. *“Fausto-Sterling (1992, 2005) ha elegantemente evidenziato che fenomeni eminentemente corporei come la dimensione corporea, l’osteoporosi possono influenzare gli stili di vita e che differenze biologiche possono essere modificate dal genere o, se preferite, dall’ambiente e dalla società in cui una persona vive suggerendo che tra sesso e genere esistono interazioni complesse e costanti, tanto che non è più possibile distinguere il ruolo dell’uno e dell’altro suggerendo che è opportuno associare i due concetti* (Franconi, 2010). *Ciò porta all’adesione al concetto biosociale della salute e della medicina obbligandoci ad aderire a nuovi paradigmi sperimentali* (Franconi, Sassu, Zuppirolli, 2012) *che necessariamente devono essere intersettoriali. Quindi la medicina di genere non si limita alle donne ma crea nuovi prototipi di salute anche per l’uomo incorporando gli aspetti biologici con quelli sociali, dando valore alle differenze e riconoscendo le somiglianze fra donne e uomo per arrivare all’equità di cura”* (Franconi in La Salute di Genere in Toscana, 2013; pag. 35).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) ha inserito il tema della medicina di genere nel suo *Equity Act* e vari paesi, fra cui l’Italia, hanno promosso azioni per la formazione dei medici a quest’approccio. In Toscana sono state fatte varie iniziative per lo sviluppo della salute e medicina di genere⁶.

⁶ In Toscana, il 13 settembre 2011 il CSR istituisce la Commissione Salute e Medicina di Genere. Ne fanno parte referenti della Medicina Toscana, dell’Ordine

Psicologia e Genere

La psicologia della differenza di genere, da molti anni presente nelle università statunitensi ed europee, incluse quelle italiane⁷, presenta una vasta gamma di studi di diverso approccio teorico - psicoanalisi, psicologia evolutivista, neuropsicologia, ecc. - che attraversano vari settori professionali: dalla psicologia della salute a quella del lavoro, dalla psicologia dello sviluppo a quella sociale, ecc.

Molti studi hanno aperto nuove prospettive, fornito interessanti stimoli critici e permesso di individuare stereotipi di genere e rischi di *gender bias* negli stessi ricercatori; ciò nonostante sono ancora poco divulgati nel nostro paese, connotato da un prevalente approccio psicologico "neutro", che sottovaluta le differenze e le problematiche ad esse connesse.

Ad esempio, nella diagnosi delle depressioni femminili non sempre viene presa in considerazione l'incidenza del maltrattamento che *"costituisce dal punto di vista statistico, una causa molto frequente di depressione; le donne ne sono vittime nel corso della vita ed anche nel periodo della gravidanza e del post parto; il maltrattamento va quindi sempre tenuto presente come possibile causa o con-causa in una depressione femminile, anche di quella apparentemente sine causa"* (Reale, 2009; pag. 107).

Anche nel valutare lo stress lavoro correlato e progettare conseguenti misure di miglioramento, non sempre è adeguatamente focalizzata l'attenzione sulle

Regionale degli Psicologi, delle Ostetriche, dell'IPASVI. La commissione dal 2011 al 2013 ha lavorato divisa per gruppi tematici e ha promosso la pubblicazione di un testo su *"La salute di genere in Toscana"* a cura dell'ARS Toscana (n° 74 Novembre 2013), a cui è seguito il testo in inglese *"Gender-related Health in Tuscany"* (ARS, Giugno 2015). I testi contengono precisi riferimenti anche alla violenza di genere in Toscana. Effetti dell'azione della Commissione sono stati: l'inserimento da parte del Consiglio Sanitario di un capitolo dedicato alla salute e alla medicina di genere nel *"Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale"*, l'attivazione di un Centro di Coordinamento che, in integrazione e coerenza con le Aziende Sanitarie, sviluppi una serie di azioni nell'ambito della Salute di Genere e Istituisca i Centri di Coordinamento Aziendale con la relativa nomina di partecipanti e coordinatori.

⁷ In Italia la psicologia della differenza di genere è comparsa come disciplina universitaria su iniziativa della ministra Laura Balbo (Governo D'Alema - 1998/2000) e per l'azione congiunta del Ministero delle Pari Opportunità e dell'Università e della Ricerca. In quegli anni sono nati gli insegnamenti di psicologia della differenza di genere e Dipartimenti in varie università italiane: Napoli, Lecce, ecc.

differenze di genere, come peraltro indica lo stesso decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e l'Agencia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (Accordo del 2004). Le aziende, ad esempio, pur non essendo tenute a occuparsi dello stress in famiglia, se non fanno azioni a favore del *work/life balance*, penalizzano tutt*, in particolare le donne che nel nostro paese sono quelle che per motivi socio-culturali hanno ancora il peso maggiore del carico familiare (Chiappi, 2014; 2015) e su cui grava in buona parte la mancanza di un adeguato welfare (Biancheri, 2014).

C'è da rilevare, peraltro, che, proprio per la sua trasversalità e complessità la psicologia della differenza di genere difetta ancora, oltre che di una sua divulgazione diffusa, di una sistematizzazione teorica. In particolare, secondo Bianca Gelli (2009), per i seguenti motivi:

- l'oggetto/soggetto di studio, ha la specificità di rifarsi, appunto, a una doppia dimensione: biologica (*sex*) e culturale (*gender*);

- la psicologia delle differenze di genere contiene studi e ricerche provenienti da modelli teorici diversi (psicoanalisi, psicologia evoluzionistica, ecc), connotati talvolta da forti distinzioni, se non inconciliabilità epistemologiche, pur se ridotte negli ultimi anni;

- l'interesse per le differenze in alcuni modelli psicologici è nato da pochi anni, per cui manca ancora la necessaria revisione/formulazione dell'impianto teorico;

- gli studi *gender oriented* sono necessariamente correlati con i cambiamenti socio-culturali e con le evoluzioni di movimenti, fra cui quelli femministi, spesso diversificati se non in contrapposizione fra loro.

Con la complessità e il dinamismo delle attuali evoluzioni sociali alcuni costrutti - sesso/genere, uguaglianza/differenza, identità/identificazione, soggettività/agency - sono stati soggetti a un continuo lavoro di costruzione/decostruzione da parte anche di una stessa studiosa o studioso.

C'è da aggiungere che la psicologia della differenza di genere, se ha avuto per molti anni un focus più rivolto alle specificità femminili, è da intendersi attualmente, come per la medicina di genere, un approccio attento a rilevare le caratteristiche specifiche di donne e uomini.

Lo stereotipo dell'inferiorità femminile

Gli studi psicologici *gender oriented* sono ricchi di contributi che analizzano criticamente alcuni stereotipi culturali, fra cui quelli su cui si radica la visione del genere femminile diverso e inferiore rispetto a quello maschile e che ha

portato a ritenere nei secoli che le donne dovessero essere soggette a "tutela", se non a quel "potere-controllo" su cui si fonda, ancora oggi, la legittimità di tanti autori di violenza domestica.

Nella cultura psicoanalitica c'è stato un lungo dibattito sull'inferiorità o meno dell'identità di genere femminile. Sigmund Freud - come ben spiega Silvia Vegetti Finzi nella sua "*Storia della psicoanalisi*" (1986) - parlando del complesso di Edipo, affermò che i bambini, a tre anni, quando si rendono conto della differenza sessuale, si sentono parte integrante del loro genere e cominciano il loro processo d'identificazione. Le bambine, al contrario, quando scoprono la mancanza del pene, reagiscono aggressivamente nei confronti della madre e cercano i favori del padre, attivando così quel processo che le porterà a essere sempre alla ricerca di consenso paterno così come dei suoi successivi simboli e divenendo, di conseguenza, inaffidabili a livello sociale.

Al termine delle sue congetture, Freud, però, si pose la domanda se era vero quello che aveva pensato a proposito dell'identità femminile o se si era limitato a forgiarla sul modello maschile. Spinto da questo dubbio, si rivolse alle psicoanaliste proponendo loro di interrogarsi sull'identità di genere femminile.

Fra i primi studi ci sono stati quelli di Melanie Klein che hanno visto l'importante ruolo della madre prima dei tre anni. In seguito particolarmente innovativo è stato l'apporto di Karen Horney, che ha affermato che l'intima insicurezza femminile dipende dal fatto che le donne vivono in una "società maschile", come già aveva detto George Simmel, un filosofo cui lei faceva riferimento, e che la differenza di genere dipende soprattutto dalla cultura e non dalla natura. Negli anni '60, quando Lacan rinnovò l'invito alle psicoanaliste a occuparsi dell'identità di genere femminile, Luce Irigaray dette un ulteriore e fondamentale contributo, affermando che la grande difficoltà del pensiero occidentale a pensare la diversità nasce nella polis greca, in cui si radicò l'idea che l'altro da sé - in primo luogo l'altra - non può essere, se non nella forma della sottrazione e della mancanza.

È nell'Atene classica, infatti, che si assiste a un ruolo femminile subalterno superiore a quello della precedente società micenea e di quella successiva ellenistica. Gli Ateniesi fondarono la democrazia, ma per il solo gruppo degli uomini liberi. Secondo il principio dell'uguaglianza politica nonostante la diversità sociale (isonomia), potevano partecipare tutti gli uomini liberi, anche se diversi per censo, origini e cultura, ma le donne ne erano completamente escluse e non solo gli stranieri e gli schiavi. L'azione politica (politeia) acquisì un valore

primario, gerarchicamente superiore a qualsiasi altra forma di lavoro e divenne l'attività che, secondo la filosofa Hanna Arendt (2012), impegnò ossessivamente il tempo e le capacità degli uomini liberi. Le mansioni inferiori vennero delegate alle donne, agli schiavi, agli stranieri, completamente esclusi da ogni pratica politica. Anche se la lingua ateniese prevedeva il termine *politis* (cittadina) come corrispettivo del maschile *polites* (cittadino), di fatto le Ateniesi non avevano spazio nella vita civile, culturale e politica della città e la legislazione si esprimeva nei loro confronti solo in termini di esclusione. Molti filosofi dettero forza a questa operazione politica, teorizzando l'inferiorità delle donne rispetto agli uomini. Aristotele, come spiega la giurista e storica Eva Cantarella (1985), *"identificando la donna con la "materia" (in contrapposizione all'uomo "spirito" e "forma"), e, di conseguenza, escludendola dal Logos, dominio della "ragione", fornì la giustificazione teorica della incapacità delle donne sul terreno politico e su quello del diritto privato."*

Storici della grandezza di Erodoto e Tuciddide, come afferma sempre Eva Cantarella (1985), fecero loro quest'idea dell'inferiorità di un genere rispetto all'altro e raccontarono la storia con un'impostazione storiografica androcentrica, centrata cioè solo sul mondo maschile, la sua vita, il suo modo di vedere e di rappresentare la realtà (Cantarella, 1981).

Questo "club degli uomini", come afferma la storica Nicole Loreaux (1991), mosso da una sorta di paura della confusione fra i sessi, non solo escluse le donne dalla vita politica, ma cercò di purificare l'identità maschile dai tratti femminili per raggiungere un ideale modello di virilità (anèr). Ossessionato dalla paura di confusione con l'altro genere, l'uomo ateniese tentò di espellere da sé ogni elemento della femminilità, recuperando così la precedente tradizione misogina di Esiodo e Semonide, ma allontanandosi dall'epopea omerica, in cui un uomo era tanto più virile quanto più era capace di accogliere in sé aspetti propri del femminile, quali la paura e la pietà.

Nonostante ci siano stati intellettuali come Aristofane che hanno contestato quell'idea di inferiorità femminile, la visione ateniese dell'identità di genere come diversa e asimmetrica prevalse storicamente nella nostra cultura occidentale arrivando allo stesso Freud, quando pensò l'identità femminile come mancanza rispetto a quella maschile.

Agli studi femminili sull'identità di genere femminile sono seguiti negli anni anche lavori maschili sull'identità di genere maschile. Ad esempio il poeta e psicoanalista Robert Bly, autore del noto *"Per diventare uomini"*(1992), ha

fondato negli USA un movimento di "autocoscienza maschile", a cui ne sono seguiti altri con vari orientamenti culturali. Anche in Italia ci sono associazioni e gruppi che s'incontrano sul significato attuale dell'essere uomini, mariti, padri. Fra questi "Maschile Plurale" che è stato il promotore dell'appello "*La violenza contro le donne ci riguarda*", firmato nel settembre del 2006 da un migliaio di uomini per chiedere un impegno attivo di ciascuno contro la violenza sulle donne.

La presunta inferiorità morale delle bambine rispetto ai bambini è un tema che compare anche in altri modelli teorici e che ha portato, ad esempio, Carol Gilligan a mettere in discussione alcune affermazioni sull'inferiorità femminile di Jean Piaget e Lawrence Kohlberg, oltre che di Sigmund Freud. In particolare Carol Gilligan in "*Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*" (1982) critica la ricerca del suo maestro Lawrence Kohlberg sullo sviluppo morale dei bambini, in cui sosteneva che le bambine non raggiungevano il livello morale dei loro coetanei. Con la sua indagine la Gilligan affermò che i risultati di Kohlberg erano distorti perché coloro che avevano condotto la ricerca, in prevalenza uomini, avevano usato un metodo di valutazione che privilegiava un ragionamento morale più diffuso fra i bambini e non teneva adeguatamente conto dell'argomentazione centrata sulla relazione, più diffusa fra le bambine. Kohlberg, riconosciute alcune ragioni addotte dalla Gilligan, fece una revisione dei metodi di calcolo dei punteggi con la conseguente nuova misurazione dei punteggi delle bambine e dei bambini.

"Lo stesso Piaget (1932), sottolinea Gilligan, allorché si occupa del formarsi del giudizio morale del bambino, sembra pressoché ignorare il genere femminile" (Gelli, 2009; pag.238).

La mistica della femminilità e gli stereotipi sulla paternità

In aree disciplinari diverse sono stati fatte ricerche sugli stereotipi legati alla "femminilità" e alla "virilità", al ruolo materno e paterno che hanno messo in discussione, non solo tradizionali ruoli, costumi sociali e legislazioni, ma anche prospettive scientifiche.

Grande rilevanza nella società statunitense, ad esempio, ha avuto la pubblicazione del saggio "*The Feminine Mystique*" (1963) della teorica femminista Betty Friedan, in cui fu da lei coniato il termine "la mistica della femminilità" per definire la posizione interna femminile centrata esclusivamente sulla vita casalinga e sulla maternità. Una rinuncia a qualsiasi altra forma

di autorealizzazione che ha predisposto, secondo l'autrice, molte donne americane all'infelicità e alla depressione e che è stata indotta da un pesante condizionamento culturale presente nella società americana post bellica e portato avanti dai direttori dei giornali, dagli educatori, da psicoanalisti e sociologi funzionalisti.

Secondo la Friedan "la mistica della femminilità" ha tratto vigore dalla volgarizzazione del pensiero freudiano, dall'incapacità di contestualizzarlo e di comprenderne in profondità le sue evoluzioni, ma soprattutto dai sociologi funzionalisti che, limitandosi a descrivere la realtà così com'era, hanno rafforzato il conformismo e i pregiudizi del passato.

Anche nel nostro paese è stata molto diffusa una concezione della femminilità fortemente centrata sulla maternità e sulle altre forme di *caregiver*. Questa visione, con le conseguenti aspettative, ha inciso sul disagio di molte donne italiane, quando si sono trovate a dovere e/o voler conciliare le loro istanze di maternità con quelle di autorealizzazione nel mondo del lavoro (Bombelli, 2009) e ha pesato sulla loro salute per lo stress da sovraccarico di lavoro (Maffei S. in Lo sviluppo di carriere femminili, 2014).

Nelle istituzioni a questa centratura sulla femminilità non ha corrisposto un'altra altrettanto forte sulla paternità. Per anni, ad esempio, abbiamo assistito a ricevimenti scolastici dei genitori in orari in cui potevano andare solo le madri e casalinghe. A lungo in ambito sanitario è stata focalizzata opportunamente l'attenzione sulle future madri, su alcuni aspetti del percorso nascita, sui rischi di depressione *post partum*, sul *baby blues*, ma non altrettanto sul sostegno psicologico a entrambi e sulla relazione di coppia in quel delicato momento in cui da due si passa a tre. Cambiamento complesso, in cui, se viene meno la comunicazione di coppia, si possono avere rischi di conflittualità, se non di violenza, e crisi coniugali con la conseguente incapacità di affrontare il nuovo ruolo genitoriale. Il così detto "*baby-clash*", a cui fa riferimento Bernard Geberowicz (2005). Eppure da anni il Consiglio d'Europa⁸ insiste col dire che la protezione dell'infanzia esige il supporto psicologico e non solo socio-economico ai genitori, in particolar modo durante il percorso nascita e nel rispetto dei bisogni legati alle differenze di genere.

⁸ Raccomandazione R (2006)19 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relativa alle politiche di sostegno alla genitorialità (Adottata dal Comitato dei Ministri il 13 Dicembre 2006 alla 983a riunione dei Delegati dei Ministri).

Nella progressiva consapevolezza che la promozione della salute presuppone anche una rilettura dei ruoli maschili e femminili sono fiorite nuove ricerche che hanno permesso di destrutturare molti stereotipi e di avere una nuova visione del rapporto di coppia. Louanne Brizendine (2010) riporta, ad esempio, una serie di studi focalizzati sulla figura del padre durante il percorso nascita, fra cui i seguenti:

- I cambiamenti dei padri in gravidanza

Si è scoperto che non solo la madre vive dei cambiamenti a livello corporeo, ma anche il padre. I futuri padri, infatti, quanto più condividono con la madre la gravidanza, la cura del futuro nido, tanto più mostrano quell'aumento di prolattina e diminuzione di testosterone che preparano al comportamento paterno (Exton et al. 2001; Gray 2006).

In media i livelli di testosterone e di prolattina del padre cominciano a riequilibrarsi quando il/la piccol* raggiunge le sei settimane e ritornano ai livelli precedenti alla gravidanza, quando iniziano a camminare. In alcuni il cambiamento ormonale provoca "la sindrome della covata", una "gravidanza per simpatia"(Klein; 1991).

- L'istinto di cura in entrambi i genitori

Studi degli ultimi decenni hanno mostrato che l'istinto di cura è insito in tutti i cervelli umani, non solo in quelli materni, se non avviene qualcosa che ne ostacola l'attivazione. Dopo il parto i padri, che condividono con la madre la cura del/della piccol* e mantengono il contatto pelle a pelle e lo sguardo, attivano sostanze neurochimiche come la dopamina e l'ossitocina (Leckman, 2004).

Essere un padre presente nel primo periodo di vita di un/una bambin* rafforza i così detti ormoni della paternità – prolattina, ossitocina e vasopressina – e consolida il rapporto di coppia (Berg 2001; Kozorovitskiy, 2006).

Il pianto è l'invito universale alle cure, che stimola in entrambi i genitori l'esigenza di interromperlo, in modo più intenso nella madre (Bos, 2010; Fleming, 2002), ma ugualmente presente nel padre. Amigdala, corteccia cingolata anteriore – l'area della preoccupazione – e l'insula – l'area delle sensazioni viscerali – si attivano, appena il/la piccol* inizia a piangere (Swain, 2007; 2008).

- L'attaccamento al padre

Ulteriori studi mettono in evidenza il ruolo che viene ad avere il padre per lo sviluppo della sicurezza dei bambini e delle bambine. Ad esempio quanti giocano

con un padre giocoso, coinvolgente a livello fisico e protettivo acquisiscono maggiore sicurezza (Feldman, 2007; Fernald, 1989; Grossmann et al., 2002; O'Neil, 2001; Pancsofar, 2008; Pecheux 1994).

Queste nuove ricerche pongono l'esigenza di prevedere in ambito sanitario il supporto a entrambi, un maggior coinvolgimento della figura paterna e un'agevolazione della comunicazione di coppia. Utili, a tal fine, sono tutti gli studi che favoriscono la comprensione delle differenze – siano esse di natura biologica o culturale - e la capacità di mediare le divergenze, le conflittualità legate anche alle differenze di genere (Giommi, 2002).

Conclusioni

La salute di genere, proprio perché è un approccio volto a garantire principi di "personalizzazione", "appropriatezza" ed "equità", pone l'attenzione agli studi e ricerche che rilevano le differenze legate alla diversità genetica e ormonale e ai fattori che possono influire a livello culturale e socio-economico. Possiamo avere organi - cuore, fegato, ecc - che rispondono agli stimoli in modo diverso, ma abbiamo anche differenti ruoli dati e appresi, condizioni socio-economiche e opportunità o meno. Per questo motivo è fondamentale che le statistiche vengano sempre differenziate per genere.

La disaggregazione per genere dei dati sulle patologie prevalenti in Toscana, che mostra il testo dell'ARS "*La Salute di Genere in Toscana*" (2013), ci consente di vedere alcune somiglianze fra donne e uomini, ma anche delle significative differenze. Ad esempio, abbiamo la stessa incidenza patologica per le malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato respiratorio, ma diversa è la situazione per le depressioni, più presenti fra le donne, e per le cause accidentali, prevalenti fra gli uomini. E, come in tutte le ricerche italiane e straniere, risulta che nella vita domestica la violenza viene agita prevalentemente dagli uomini e subita dalle donne. Questa individuazione delle differenze e delle specificità è la premessa per ogni ulteriore azione di prevenzione e di promozione della salute.

La comprensione delle differenze ci rimanda necessariamente anche agli studi sugli stereotipi di genere, con i relativi rischi di pregiudizi e *gender bias*. Stereotipi, che possono essere presenti in chiunque, inclusi gli operatori e le operatrici della sanità. Come ovviare? Con un continuo lavoro di studio e ricerca,

aggiornamento e confronto critico sul loro ruolo nei vari momenti della propria pratica professionale e sul cosa e come fare per destrutturarli.

Bibliografia

- Arendt, H. (2012). *Vita activa: la condizione umana*. Bompiani.
- ARS (2013). n° 74. Toscana, Firenze.
- ARS (2015). *Gender-Related Health in Tuscany*. Toscana, Firenze.
- Bly, R. (1992). *Per diventare uomini*. Mondadori, Milano.
- Biancheri, R. (2014). "Conciliazione e politiche di welfare aziendale" in *L'evoluzione di carriere femminili*, a cura di Chiappi F. e Trapani M., www.lulu.com.
- Bombelli, M. C. (2009). *Alice in business land*. Guerini e Associati, Milano.
- Brizendine, L. (2010). *Il cervello dei maschi*. Rizzoli, Milano
- Cantarella, E. (1985). *L'ambiguo Malanno. Condizione e immagine della donna nell'antichità greca e romana*. Editori Riuniti, Roma.
- Chiappi, F. Trapani M. (2014). *Lo sviluppo di carriere Femminili*, www.lulu.com
- Chiappi, F. (2013). *I determinanti di salute del genere femminile nella prevenzione dello stress lavoro correlato*, in *La Salute di Genere in Toscana*, ARS Toscana, Firenze.
- Chiappi, F. (2015). *Female health determinants in the prevention of work-related stress in Gender-Related Health in Tuscany*, ARS Toscana, Firenze.
- Cozza, M. & Gennai, F. (2009). *Il Genere nelle Organizzazioni*. Le Bussole, Carocci Editore, Roma.
- Franconi, F., Montilla, S. & Vella, S. (2010). *Farmacologia di Genere*. SEEd, Società Italiana di Farmacologia, Torino.
- Franconi, F. (2010). *La Salute della Donna*, FrancoAngeli, Milano.
- Friedan, B. & Turozzi, C. (2012). *La mistica della femminilità*. Edizioni Castelvechi, Bologna.
- Geberowicz, B. & Barroux, C. (2005). "Baby shock! La coppia alla prova quando nasce un bambino". De Vecchi, Firenze.
- Gelli, B. (2009). *Psicologia della differenza di genere. Soggettività femminili tra vecchi pregiudizi e nuova cultura*. FrancoAngeli, Milano.
- Gilligan, C. (1987). *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Feltrinelli, Milano.

- Irigaray, L. (1989). *Speculum, l'altra donna*. Feltrinelli, Milano.
- Giommi, R. (2002). *La mediazione nei conflitti familiari*. Giunti editore, Firenze.
- Loreaux, N. (1991). *Il femminile e l'uomo greco*. Editore La Terza Roma-Bari.
- Maffei, S. (2014). La ricerca della medicina di genere sugli effetti dello stress in *L'evoluzione di carriere femminili* a cura di Chiappi F. e Trapani M. www.lulu.com.
- Melchiorri D. "Introduzione" in Franconi, F., Montilla, S. & Vella, S. (2010). *Farmacologia di Genere*. SEEd, Società Italiana di Farmacologia, Torino.
- Merzagora F. "Prefazione" in Franconi, F. (2010). *La Salute della Donna*, Franco Angeli, Milano.
- Reale, E. (2009). *Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne*. FrancoAngeli, Milano.
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol. 1 - La risposta dei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol. 2 - Criteri, metodi e strumenti dell'intervento clinico*, Franco Angeli, Milano.
- Signani F. *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*. (2013), Este Edition Srl, Ferrara.
- Vegetti Finzi, S. (1986). *Storia della psicoanalisi*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

Violenza di Genere: Sfide della Convenzione di Istanbul

Elisa Guidi

*Psicologa, Università degli Studi di Firenze, LabCom
Ricerca e Azione per il benessere psicosociale*

Introduzione

La violenza è un fenomeno sociale che tende a riguardare tutti gli individui di una società, in quanto presente nella vita quotidiana di ognuno di noi. Un'analisi della violenza, che intenda essere esaustiva, dovrebbe muovere inizialmente dalla sua definizione. Esistono diverse definizioni di violenza e una delle più condivise, a livello internazionale, è quella proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la quale la definisce come: *"l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione"*.

Varie ricerche hanno dimostrato come gli atti di violenza autoinflitta, interpersonale o collettiva abbiano conseguenze non solo in termini di costo umano, configurandosi come una delle principali cause di morte per le persone di età compresa tra i 15 e 44 anni, ma anche in termini di sofferenza e dolore (Butchart, Mikton & Krug, 2014). Nel caso della violenza interpersonale, questa si presenta con caratteristiche e conseguenze peculiari in relazione al genere di chi è vittimizzato. Negli ultimi anni si sente molto spesso parlare di "violenza di genere", ma che cosa si intende per tale problematica? Con l'espressione violenza di genere si indicano *"tutte quelle forme di violenza, da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking allo stupro,*

fino al femminicidio, che riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al proprio sesso”⁹.

Per comprendere l’entità e la pervasività della violenza di genere, è necessario una precisazione. Nella società attuale, la maggior parte delle discussioni sul genere sottolineano una dicotomia tra l’essere “uomo” e essere “donna”, presupponendo implicitamente una differenza sociale e/o psicologica che corrisponda a tale demarcazione. Il genere, a differenza del sesso biologico, non costituisce una condizione prestabilita, bensì è la conseguenza di un divenire che è sempre, attivamente, in costruzione (Connell, 2011). Esso è fortemente influenzato dal contesto sociale e tende ad esprimere relazioni di potere, esaltando le differenze tra uomo e donna in base a caratteristiche fisiche.

Dopo questa necessaria precisazione, appare chiaro come, in diversi Paesi occidentali e orientali, nascere donna significhi trovarsi ad affrontare molti ostacoli nell’affermazione del proprio ruolo, al fine di vedersi riconosciuti gli stessi diritti giuridici dell’uomo¹⁰. Tali impedimenti, come ampiamente dimostrato nella letteratura (ad esempio, Gupta, Turban & Pareek, 2013; Miller, Eagly & Linn, 2015), sono direttamente collegati all’influenza degli stereotipi di genere che tendono a indirizzare le donne verso ruoli sociali e lavorativi subalterni rispetto agli uomini. Sulla base di questa analisi, si evidenzia nella società attuale la presenza e il mantenimento degli stereotipi di genere, come dimostrato dalla poca presenza degli uomini in ruoli sociali e lavorativi solitamente femminili (Croft, Schmader & Block, 2015). La violenza di genere può essere quindi concepita come una manifestazione esplicita delle disegualianze di genere. Infatti le evidenze scientifiche sottolineano che uomini con ideologie “maschiliste” risultano essere a maggior rischio di perpetrare violenza contro una donna (Santana, Raj, Decker, La Marche & Silverman, 2006). Proprio per questi motivi la forma più comune di violenza di genere risulta essere la “violenza contro le donne” (fig. 1). La Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite riunita a Vienna nel 1993, ha definito la violenza contro le donne come *“qualsiasi atto di violenza fondato sul genere che comporti, o possa comportare, per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica, sessuale, includendo la minaccia di tali*

⁹ Ministero dell’Interno <http://www.interno.gov.it/it/temi/sicurezza/violenza-genere>

¹⁰ Ad esempio, Articolo 3 Costituzione Italiana.

atti, coercizione o privazione arbitraria della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata”¹¹.



Fig 1. Proporzione della violenza contro le donne all'interno della violenza di genere

Varie ricerche (Van Parys, Verhamme, Temmerman & Verstraelen, 2014) hanno evidenziato come la violenza contro le donne sia un fenomeno esteso, che colpisce prevalentemente la donna all'interno delle relazioni familiari e sentimentali (fig. 2). Come è emerso dai dati Istat (2015), in Italia sono 6 milioni 788 mila le donne che hanno subito, nel corso della propria vita, una qualche forma di violenza fisica o sessuale (31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni). In particolare, circa 2 milioni 800 mila donne hanno subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner. Sono proprio i partner attuali o gli ex compagni a commettere le violenze più gravi: il 62,7% degli stupri è perpetrato da un partner attuale o passato.



Fig 2. Relazione della violenza nelle relazioni intime rispetto agli altri due tipi di violenza

Questi dati contrastano con l'opinione, imperante nel passato, che le situazioni di violenza, all'interno delle famiglie, fossero fatti poco diffusi e di scarso rilievo, in quanto la violenza era fortemente radicata nei valori della

¹¹ Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani (1993), Dichiarazione di Vienna e Programma d'azione, Vienna.

società tradizionale (Adami, Basaglia & Tola, 2002). In questa prospettiva, la violenza, nelle relazioni intime e/o in contesti familiari, era spesso mantenuta privata e sminuita anche attraverso la negazione del fenomeno. Attualmente si continua a minimizzare o a negare la presenza della violenza nelle relazioni intime, ridefinendola come “conflittualità”, o attribuendo le cause della violenza al comportamento della vittima. Ciò comporta, come grave conseguenza per la vittima stessa, quello che in letteratura è stata definita “vittimizzazione secondaria”¹² (van der Bruggen & Grubb, 2014).

Violenza di genere: come applicare la Convenzione di Istanbul

La lotta alla violenza di genere, oltre che una questione di rispetto dei diritti umani, risulta essere una rilevante problematica sociale in quanto coinvolge trasversalmente classi sociali e gruppi etnici. La violenza di genere si caratterizza, inoltre, come un fenomeno troppo spesso sottovalutato che racchiude in sé elementi di complessità (Regione Toscana, 2011).

Come sostiene l’OMS (2002), la violenza di genere è un grave problema di salute pubblica, che incide, direttamente, sul benessere fisico e psichico delle donne (Tabella 1) e, indirettamente, sul benessere sociale e culturale di tutta la popolazione (VanderEnde, Yount, Dynes & Sibley, 2012). Inoltre, la violenza di genere è un fenomeno non facilmente contrastabile, manifestandosi silenziosamente nella vita di tutti i giorni e arrivando a configurarsi come episodio occasionale anche nell’immaginario delle stesse vittime (Grych, Hamby & Banyard, 2015).

¹² Nel contesto della violenza di genere, il processo di “vittimizzazione secondaria” si riferisce alla tendenza ad interpretare le violenze come conseguenza dei comportamenti “provocatori” della vittima. In questi casi, le vittime subiscono quindi una seconda vittimizzazione che comporta gravi conseguenze sul loro benessere fisico, psicologico e sociale.

Tabella 1. Conseguenze della violenza da parte del partner sulla salute

(Fonte: OMS, 2002)

Fisiche	Psicologiche e comportamentali
Lesioni addominali	Abuso di alcool e droghe
Lividi e frustate	Depressione e ansia
Sindromi da dolore cronico	Disturbi dell'alimentazione e del sonno
Disabilità	Sensi di vergogna e di colpa
Fibromialgie	Fobie e attacchi di panico
Fratture	Inattività fisica
Disturbi gastrointestinali	Scarsa autostima
Sindrome dell'intestino irritabile	Disturbo da stress post-traumatico
Lacerazioni e abrasioni	Disturbi psicosomatici
Danni oculari	Fumo
Funzione fisica ridotta	Comportamento suicida e autolesionista
	Comportamenti sessuali a rischio

Sessuali e riproduttive	Conseguenze mortali
Disturbi ginecologici	Mortalità legata all'AIDS
Sterilità	Mortalità materna
Malattia infiammatoria pelvica	Omicidio
Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo	Suicidio
Disfunzioni sessuali	
Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS	
Aborto in condizioni di rischio	
Gravidanze indesiderate	

In Italia il problema della violenza contro le donne non ha ricevuto, per molto tempo, la giusta attenzione sia da parte delle istituzioni che del contesto sociale, caratterizzandosi tardivamente come reato contro la persona (Adami, Basaglia & Tola, 2002). Tuttavia, in tempi più recenti, la percezione e la rappresentazione della violenza di genere hanno iniziato a modificarsi e, un passo in tal senso, è stato l'entrata in vigore in Italia della Convenzione di Istanbul¹³ sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne (Consiglio d'Europa, 2011). Questa costituisce, in ambito internazionale, il primo strumento giuridico che determina un quadro normativo esauriente in relazione alla prevenzione della violenza di genere, alla protezione delle donne da ogni forma di violenza e alla promozione dell'uguaglianza di genere nel ripudio di ogni discriminazione basata sul sesso.

La Convenzione di Istanbul si focalizza sui seguenti aspetti:

- prevenzione;
- protezione delle vittime;
- persecuzione degli autori di violenza;
- attuazione di politiche integrate, olistiche e coordinate.

Per quanto riguarda la prevenzione, la Convenzione richiede agli Stati parti di attuare interventi di sensibilizzazione, rivolti a tutta la popolazione, rispetto al problema e alle conseguenze degli stereotipi e della violenza di genere, in modo da favorire cambiamenti ad ampio raggio negli atteggiamenti, nelle opinioni e nei comportamenti degli individui. La Convenzione sottolinea come tutti i membri di una comunità, ma in particolar modo la componente maschile, debbano impegnarsi attivamente nella prevenzione della violenza di genere. Inoltre, gli Stati devono intraprendere azioni volte ad aumentare il livello di autonomia e di emancipazione delle donne e a favorire la protezione delle persone che si trovano in situazioni di particolare rischio. Infine, è opportuno che siano attivati programmi¹⁴ indirizzati agli autori di violenza per spronarli a assumere comportamenti adeguati nelle relazioni di coppia.

¹³ Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne è stata adottata il 7 aprile 2011 a Istanbul dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa. Tale Convenzione viene anche definita come "Convenzione di Istanbul". In Italia, la Convenzione è entrata in vigore il 1° agosto 2014.

¹⁴ Questi programmi devono essere attuati in stretto collegamento con i servizi specializzati di sostegno alle vittime.

Nell'ambito della prevenzione, un ruolo di primo piano può essere svolto da quei professionisti che, a vario titolo, vengono a contatto con le vittime e/o gli autori della violenza di genere. La formazione di queste figure e, nel contempo, la messa in atto, da parte loro, di norme operative definite da protocolli prestabili costituiscono interventi di prevenzione in quanto determinano un miglioramento del supporto che questi professionisti offrono. Infine, la Convenzione di Istanbul mette in luce la rilevanza della scuola, delle strutture di istruzione non formale e dei mass-media nella prevenzione della violenza di genere.

La protezione di tutte le vittime e dei testimoni di abuso è il secondo aspetto preso in considerazione dalla Convenzione di Istanbul. Gli Stati devono creare le condizioni affinché le vittime ricevano un'informazione adeguata rispetto ai diversi servizi di supporto, generali e specializzati, e alle leggi che regolano questo settore per aiutarle a sporgere denuncia. Tuttavia, la possibilità di accedere ai servizi di protezione non è vincolata in alcun modo all'intenzione della vittima, diretta o indiretta, di sporgere denuncia e/o testimoniare contro l'autore di violenza.

Per garantire un'efficace protezione è necessaria, inoltre, la presenza di un numero adeguato di case rifugio e di linee telefoniche gratuite che forniscano assistenza continua.

Rispetto ai testimoni di violenza, come indicato dalla Convenzione, è importante spronare le persone appartenenti alla rete informale della vittima a segnalare gli episodi di violenza, in quanto proprio le segnalazioni di familiari, amici, colleghi aiutano a far emergere il fenomeno, troppo spesso sommerso, della violenza di genere.

Il terzo aspetto analizzato dalla Convenzione concerne il perseguimento degli autori di violenza. La Convenzione di Istanbul prevede vari tipi di sanzioni e obbliga gli Stati a garantire adeguate azioni penali verso gli autori dei reati di violenza di genere. Inoltre, per tutte le tipologie di reati declinati nel documento, la Convenzione prevede la possibilità per le vittime di abusati di richiedere risarcimenti a chi li ha messi in atto.

Come quarto e ultimo aspetto, la Convenzione di Istanbul affronta la tematica della cooperazione internazionale. La Convenzione ribadisce che, al fine di operare efficacemente per prevenire e eliminare qualsiasi espressione di violenza di genere, è indispensabile attuare politiche integrate, olistiche e coordinate. Affinché ciò sia possibile è prevista la costituzione di meccanismi di controllo

come il “Gruppo di esperti sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica” (GREVIO) che ha la funzione specifica di verificare l’attuazione della suddetta Convenzione da parte degli Stati contraenti.

Conclusioni

Nella Convenzione di Istanbul possiamo rilevare elementi innovati rispetto a precedenti documenti internazionali che, come questa, intendevano promuovere la protezione delle donne vittime di violenza. In particolare, la Convenzione propone, per la prima volta, la definizione di genere, sottolineando la necessità di assumere tale ottica sia nel momento della progettazione degli interventi che in quelli di applicazione e di verifica degli stessi.

Un altro aspetto interessante è la funzione che la scuola e i mass-media possono avere nell’ambito della prevenzione della violenza di genere. Per ciò che riguarda la scuola, la Convenzione suggerisce che sia implementato un cambiamento dei programmi scolastici in grado di modificare le attuali norme di genere, anche attraverso investimenti sulle competenze del corpo docente. Riguardo i mass media, la Convenzione di Istanbul incoraggia l’eliminazione di comunicazioni e informazioni basate su stereotipi e pregiudizi di genere. Come già evidenziato dal Comitato CEDAW (2011)¹⁵, l’Italia deve quindi far sì che vi sia l’acquisizione e l’attuazione, da parte dei nostri mass-media, di linee guida e codici di condotta volti a promuovere un’immagine non stereotipata della donna e un’idea di rapporto sessuale non connesso alla violenza.

In Italia, in assenza di un sistema organico di prevenzione e di tutela in grado di affrontare il fenomeno della violenza contro donne e minori, l’entrata in vigore della Convenzione ha dato il via a un processo di non facile attuazione. In particolare, per contrastare l’insorgere della violenza di genere, sarà necessario promuovere e sviluppare iniziative di informazione e sensibilizzazione quali ad esempio:

- formazione nelle scuole, per educare futuri cittadini consapevoli;
- formazione specialistica per operatori e professionisti delle strutture socio-sanitarie (ad esempio, infermieri, medici, psicologi, ecc.), per migliorare la prima accoglienza e la rilevazione del fenomeno;

¹⁵ Il rapporto del Comitato CEDAW (2011) indirizzato all’Italia esprimeva la sua preoccupazione per la condizione stereotipata della donna nei *media* italiani.

- formazione per testimoni di violenza, per incrementare la capacità di saper affrontare efficacemente episodi di violenza di genere;
- lavoro di rete tra i vari attori sociali per incrementare il sostegno e la protezione alle vittime di violenza;
- task force e gruppi di lavoro per programmare iniziative e diffondere buoni prassi.

In conclusione, dalla Convenzione di Istanbul emerge con estrema chiarezza la necessità di lavorare in un'ottica di rete, utilizzando una prospettiva di genere, se si vuole contrastare efficacemente la violenza contro le donne. Pertanto gli/le psicolog* di fronte a casi di violenza hanno la responsabilità etica di mettersi in rete con gli altri professionisti che operano in questo ambito. La cooperazione tra professionisti consente di ottimizzare le risorse e di consolidare la rete dei servizi, sviluppando insieme un cambiamento culturale, prerequisito necessario per prevenire e contrastare la violenza di genere.

Bibliografia

- Adami, C., Basaglia, A., & Tola, V. (2002). *Dentro la violenza-cultura, pregiudizi, stereotipi: rapporto nazionale " Rete antiviolenza Urban" (Vol. 142)*. FrancoAngeli.
- Butchart, A., Mikton, C., & Krug, E. (2014). Governments must do more to address interpersonal violence. *The Lancet*, 384 (9961), 2183-2185.
- Comitato CEDAW (2011). Rapporto delle Nazioni Unite.
- Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani (1993). Dichiarazione di Vienna e Programma d'azione, Vienna.
- Connell R. W. (2011). *Questioni di genere*, Bologna: Il Mulino.
- Consiglio d'Europa (2011). Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Strasburgo. Reperito online 26/02/2015 www.conventions.coe.int
- Croft, A., Schmader, T., & Block, K. (2015). An underexamined inequality: Cultural and psychological barriers to men's engagement with communal roles. *Psychology Review*, 19, 343-370.
- Grych, J., Hamby, S., & Banyard, V. (2015). The Resilience Portfolio Model: Understanding Healthy Adaptation in Victims of Violence.

- Gupta, V. K., Turban, D. B., & Pareek, A. (2013). Differences between men and women in opportunity evaluation as a function of gender stereotypes and stereotype activation. *Entrepreneurship Theory and Practice, 37*(4), 771-788.
- Istat (2015). *Violenza contro le donne*, Roma.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *Violenza e salute nel mondo*.
- Miller, D. I., Eagly, A. H., & Linn, M. C. (2015). Women's representation in science predicts national gender-science stereotypes: Evidence from 66 nations. *Journal of Educational Psychology, 107*(3), 631-644.
- Santana, M. C., Raj, A., Decker, M. R., La Marche, A., & Silverman, J. G. (2006). Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *Journal of urban health, 83*(4), 575-585.
- Toscana, R. (2011). *Terzo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*.
- Van der Bruggen, M., & Grubb, A. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. *Aggression and violent behavior, 19*(5), 523-531.
- VanderEnde, K. E., Yount, K. M., Dynes, M. M., & Sibley, L. M. (2012). Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: A systematic review. (7), 1143-1155.
- Van Parys, A. S., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions.

Normative Internazionali a Confronto in tema di Violenza di Genere

Gabriele Lessi

Legale, libero professionista, co-fondatore Ass.ne LUI

La violenza sulle donne costituisce una grave violazione dei diritti umani, incompatibile con la dignità e il valore della persona, che prescinde da qualsiasi geografia, cultura o etnia: è una manifestazione di potere e di controllo, radicata nelle disparità esistenti a livello sociale fra uomini e donne, che ostacola e limita la libertà e il diritto delle donne all'autodeterminazione. Nell'intervento si intende effettuare una "carrellata" sulle più significative normative nazionali e sovranazionali che hanno introdotto novità e maggiori tutele in tema di contrasto alla violenza di genere. Attraverso l'uso di parole-chiave si toccheranno i punti nodali del percorso normativo che ha finalmente visto la nostra nazione protagonista.

Violenza di genere

Preliminarmente al percorso riguardo allo sviluppo normativo, che si effettuerà attraverso il presente intervento, occorre far chiarezza sui termini più significativi inerenti la tematica della violenza di genere. Ai sensi dell'art. 1 della Dichiarazione sulla eliminazione della violenza contro le donne (Risoluzione ONU n. 48/104 del 20 dicembre 1993) viene definita quale sia la violenza fondata sul genere; verranno inoltre indicate le nozioni di "genere", "violenza nei confronti delle donne", tratte dall'art. 3 della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica dell'11 maggio 2011. Questo breve glossario di genere consente di comprendere in maniera chiara quali siano i soggetti e gli obiettivi che le normative nazionali e sovranazionali intendono tutelare.

Emergenza

Questa seconda parola chiave intende far riflettere sul significato politico degli interventi normativi effettuati dallo Stato italiano negli ultimi anni in tema di violenza di genere. È necessario soffermarci sulla nozione di emergenza, legandola alla violenza di genere. Essa va intesa come “circostanza imprevista” (secondo il suo significato etimologico) oppure come “l’emersione pubblica di una criticità radicata”?.

Ritengo che la violenza di genere non sia da intendersi come un evento imprevisto o imprevedibile, piuttosto come un elemento strutturale della nostra società, patriarcale o ex patriarcale. Questa riflessione nasce dall’analisi dei dati scientifici che abbiamo a disposizione: in Italia 6.743.000 di donne tra i 16 e i 70 anni sono state vittime di abusi fisici o sessuali (ISTAT, 2007), in Europa circa 62 milioni di donne dichiara di aver subito violenza fisica e/o sessuale fin dall’età di 15 anni (FRA, 2012).

Ferragosto

È importante un riferimento temporale legato alla metà del mese di agosto del 2013, in quanto il giorno 14 di detto mese il Governo italiano in carica emanava un decreto legge che sarebbe stato il primo atto normativo nazionale avente come obiettivo quello di legiferare sul tema del contrasto alla violenza di genere.

La peculiarità di tale atto normativo, un decreto legge, fa sì che tale intervento sia da intendersi come qualcosa di “necessario e urgente”, secondo quanto stabilito dalla Costituzione italiana in tema di emissione di atti aventi forza di legge.

Per quanto l’intervento governativo sia stato frutto di un’urgenza, è necessario sottolineare come l’Esecutivo abbia previsto, parallelamente all’impianto sostanzialmente repressivo della norma, un Piano Straordinario finanziato per disporre sul territorio nazionale una serie di misure di carattere “preventivo” contro la violenza sessuale e di genere in ambito sociale, educativo, formativo e informativo, per garantire una maggiore e piena tutela alle vittime.

Prevenzione

È legittimo chiedersi come possa coordinarsi un intento preventivo del legislatore, *rectius* dell’Esecutivo, in tema di violenza di genere con una decretazione d’urgenza.

Appare quasi un ossimoro affiancare la parola prevenzione alla parola urgenza in quanto fare prevenzione significa essere legislatori lungimiranti, ovvero che “vedono lontani nel tempo, pre-vedendo con saggezza gli sviluppi degli avvenimenti futuri provvedendovi per tempo, creando le condizioni favorevoli per conseguire l’obiettivo voluto”. L’auspicio è che lo sforzo del Governo italiano (emanante il decreto legge suddetto) di finanziare un Piano Straordinario sia confermato da un’attuazione seria e capillare dello stesso verso un cambiamento culturale del sistema-paese.

Resto del mondo

Parallelamente al contesto italiano, anzi, preventivamente, occorre ripercorrere brevemente le tappe più significative che gli Organismi internazionali hanno effettuato sul tema delle Pari Opportunità e del contrasto alla violenza di genere (ONU, 2014).

È innegabile riconoscere un ruolo chiave al movimento delle donne (c.d. “femminista”) a partire degli anni ‘60 del secolo scorso quale libera organizzazione trans-nazionale che ha rivendicato il raggiungimento di diritti e tutele riguardo al ruolo delle donne nella società moderna.

Nel 1975 presso Città del Messico si è tenuta la prima conferenza ONU che ha emanato un Piano d’azione mondiale in tema di uguaglianza uomo-donna, con obiettivi da raggiungere entro il 1980.

Nel 1979 è stata redatta un’importante convenzione ONU per l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW); l’anno successivo a Copenaghen è stata adottata tale convenzione, individuando altresì le tematiche centrali su cui porre attenzione negli anni a venire: lavoro, salute, educazione.

Nel 1985 la conferenza ONU di Nairobi emanò un Piano d’azione denominato “Strategie future per l’avanzamento delle donne”, nel quale si raccomandavano interventi nei settori della sanità, dei servizi sociali, dell’ambiente e delle comunicazioni.

Nel 1993 vi fu l’importante emanazione della Dichiarazione ONU contro la violenza sulle donne.

Due anni dopo il dibattito internazionale fece tappa in Oriente, a Pechino, dove la conferenza ONU prese in esame i concetti di “empowerment” e di “main-streaming”.

L'incontro di Pechino venne riproposto a cadenza quinquennale: nel 2000 furono decise azioni ed iniziative ulteriori per dare attuazione reale alla Dichiarazione del 1993.

Nel 2005 il nostro Paese fu ufficialmente criticato dal Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, il quale espresse forti preoccupazioni per le donne italiane, ancora concepite come madri e oggetti sessuali soprattutto attraverso i messaggi dei media.

From Europa to Istanbul

In questa voce ripercorriamo brevemente il percorso europeo sul tema che ci riguarda (UE, 2014).

Fin dal 1959 la Corte europea dei diritti dell'uomo ha tutelato con la propria giurisprudenza alcuni dei diritti fondamentali della persona, da cui deriva una protezione dei diritti delle donne, seppur sprovvista di un vero e proprio "approccio di genere".

Parallelamente alla giurisprudenza, l'Europa, con le sue differenti Comunità, ha realizzato una politica delle Pari Opportunità attraverso la produzione di atti di diritto Primario (Trattato di Roma 1957, Trattato di Maastricht 1992, Trattato di Amsterdam 1999, Trattato di Nizza 2000, Trattato di Lisbona 2007), di diritto Derivato (Direttive 76/207, 79/7, 86/378, 97/80, 2006/54), e di fonti complementari (Codici di condotta delle imprese 1991, 1996; Comunicazione della Commissione europea n. 96/67; Programmi d'azione comunitari verso la parità di genere dal 1982 al 2015).

Inoltre l'Europa ha prodotto politiche concrete contro la violenza di genere: a partire dal dibattito iniziato negli anni '90, con la Raccomandazione REC 2002/5, il Consiglio d'Europa ha inteso proteggere le donne dalla violenza invitando i Paesi membri alla modifica delle legislazioni interne.

Da qui nacque negli anni successivi l'esigenza di armonizzare tali norme. Nel 2008 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa incaricò un'équipe di confezionare una bozza di normativa armonizzata con standard comuni per il contrasto alla violenza di genere, la cui bozza finale fu presentata nel dicembre 2010.

Il contenuto essenziale di detta bozza finale fu inserito nel Trattato firmato a Istanbul l'11 maggio 2011 durante la riunione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa.

Convenzione di Istanbul

La cosiddetta Convenzione di Istanbul è il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante che crea un quadro normativo completo per proteggere le donne contro qualsiasi forma di violenza subita, con l'obiettivo primario di prevenire la violenza domestica, proteggere le vittime/sopravvissute e perseguire i trasgressori. Gli Stati che la ratificano si obbligano a modificare la propria legislazione nazionale basandosi sugli standard armonizzati dalla Convenzione stessa.

Il 19 giugno 2013, dopo l'approvazione unanime del testo alla Camera dei deputati, il Senato italiano ha votato il documento con 274 voti favorevoli ed un solo astenuto.

A questa data fece seguito l'emanazione del decreto legge n. 93 del 14 agosto 2013, redatto dal Governo Letta.

Agenda Italiana

Ripercorriamo sinteticamente le tappe italiane degli ultimi anni che hanno condotto a una maggiore tutela legislativa inerente la violenza di genere (Parlamento Italiano, 2014): la legge che introduce le fattispecie di reato di violenza sessuale (Legge n.66/1966); novità legislativa in tema di permesso di soggiorno concesso agli stranieri vittime di violenza domestica (Decreto legge n. 286/1998); legge che introduce misure contro la violenza nelle relazioni familiari (Legge n. 154/2001); estensione della difesa d'ufficio per alcuni reati (D.P.R. n. 115/2002); misure in tema di contrasto alla violenza sessuale e atti persecutori (D.L. n.11/2009 convertito nella L. 38/2009); legge di ratifica della Convenzione di Istanbul (L. 77/2013); disposizioni urgenti in materia di sicurezza e contrasto della violenza di genere (D.L. n.93/2013 convertito nella L. 119/2013).

Si dovrà monitorare l'effetto che avrà la recentissima normativa sulla cosiddetta "Messa alla prova per gli adulti" (Legge n.67 del 28 aprile 2014).

Conclusioni

Nel concludere il mio intervento ritengo utile specificare come la violenza di genere sia spesso da definirsi "violenza maschile contro le donne", realizzata da uomini conosciuti dalla vittima/sopravvissuta all'interno del proprio cerchio affettivo.

Per questo motivo penso che la maggior parte degli episodi di violenza sia il risultato di uno stato non patologico quanto piuttosto di un comportamento basato su paradigmi culturali fortemente radicati nella società, acuiti dal protrarsi della crisi economica.

È fondamentale, pertanto, che gli operator* delle professioni d'aiuto siano sempre più sensibili alle tematiche di genere, affinché si possa garantire una reale tutela e riconoscimento dei "segni dell'anima" oltre a quelli del corpo.

In questo percorso di sensibilizzazione e consapevolezza della società civile sulla violenza di genere noi uomini abbiamo una parte di responsabilità per compiere il cambiamento, attraverso la testimonianza delle nostre vite e azioni quotidiane.

Bibliografia

Consiglio d'Europa (2011). *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica*. Strasburgo. Reperito online 18/01/2015 www.conventions.coe.int

FRA (2012). *Prima indagine europea sulla violenza di genere*. Vienna. Reperito online 18/01/15 www.fra.europa.eu

Governo italiano (2013). *Decreto legge n. 93 del 14 agosto 2013, Roma*. Reperito online 18/01/15 www.camera.it

ISTAT (2007). *Indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne"*. Roma. Reperito online 18/01/2015 www.istat.it

ONU. (1993). *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*. New York. Reperito online 18/01/2015 www.un.org

Sitografia

ONU (2014). Fonti online www.un.org

Parlamento italiano (2014). Fonte online www.parlamento.it

UE (2014). Fonte online www.europa.eu

La Rilevazione della Violenza da parte dei Medici di Base

Lucia Caldini

Medico di medicina generale

Il fenomeno della violenza domestica

Di violenza domestica di solito non si parla o, meglio, non se ne parla se non in termini generali: questo vale per tutti, purtroppo anche per i medici. Possiamo venire a conoscenza di atti di violenza subita dai giornali, dalla televisione, dai social network, anche da qualche amica o conoscente, molto raramente dalle nostre pazienti, anche se ultimamente le cose stanno un po' cambiando.

Del resto anche i dati ISTAT del 2006 lo confermano: il 33,9% delle donne che hanno subito violenza non parla con nessuno della violenza subita e nella quasi totalità dei casi le violenze non sono state denunciate (93-96%).

Qualche anno fa sono stata invitata a un corso rivolto agli operatori sanitari ospedalieri e del territorio sulla violenza contro le donne: è come se mi si fosse aperta una finestra su una realtà sconosciuta e terribile, mi sono allora resa conto che il problema era davvero enorme e coinvolgeva in modo assolutamente trasversale l'intero mondo, anche il nostro! È stato allora che ho capito che era necessario impegnarsi, smettere di "non vedere". La prima cosa da fare era studiare a fondo il problema. E così, con la collega che era venuta con me a quel corso, abbiamo cominciato a impegnarci su questo fronte.

Vorrei quindi iniziare con la definizione dell'OMS di violenza domestica: *"ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale che riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo"*.

Nel 2006 l'ISTAT ha svolto una ricerca su un campione di 25.000 donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni da cui è emerso che il 31,9% di queste subisce o ha subito violenza fisica o sessuale nel corso della sua vita e in particolare circa il 15% è o è stata vittima di violenza domestica.

Anche un'inchiesta OMS, pubblicata nel giugno 2013, effettuata in 81 Paesi, conferma gli stessi risultati.

In un recente studio, che raccoglie dati provenienti da 66 Paesi, ancora l'OMS denuncia che il 38,6% degli omicidi di donne in tutto il mondo sono perpetrati da partner o ex partner come culmine di anni di violenza domestica.

Il ruolo del medico di medicina generale (MMG) nelle azioni di protezione e prevenzione

Il MMG per il rapporto di fiducia e continuità di relazione con le sue pazienti potrebbe diventare la "sentinella" contro la violenza sulle donne, perché si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale (Wonca, 2002).

In realtà la nostra formazione universitaria non prevede di prendere in considerazione la componente psicologica delle persone, ma solo il loro corpo; la medicina psicosomatica è solo una parola un po', come dire, quasi magica, qualcosa a cui non credere fino in fondo. Anche chi si ritiene attento alle tematiche sociali, alle conseguenze della discriminazione di genere, alla patologia di origine psicosomatica, spesso non saprebbe indicare se, e in che misura, il fenomeno della violenza domestica sia presente fra la popolazione seguita da anni.

Eppure nel quotidiano della nostra professione ci siamo accort* che quando si presenta una paziente con sintomi (diversi, persistenti, incredibili a volte) occorrerebbe prendersi del tempo. Essere disponibili e chiedere cose quali: *"Come va a casa?", "Ci sono motivi di stress, insoddisfazione, altro?"*.

Se riusciamo a ascoltare quello che la paziente sente, senza minimizzare, potremmo accogliere disagi, incomprensioni, frustrazioni che riguardano la vita di relazione in generale, ma, abbastanza frequentemente, episodi anche non sporadici di violenza domestica.

Per questo motivo abbiamo quindi promosso la Formazione su questo argomento attuando un programma di formazione-informazione rivolto alla classe medica:

MMG (Sviluppo e Formazione, Azienda Sanitaria Firenze)

Medici Specializzandi (Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Firenze).

I dati di una ricerca

Proprio grazie all'interesse suscitato fra gli Specializzandi, ci siamo chiesti* quale sia l'entità di questo fenomeno nella nostra realtà. Per questo si è pensato di avviare una ricerca da cui sono nate due tesi, a cura di Valeria Carluccio e Chiara Bono, in cui si sono occupate anche della valutazione del fenomeno della violenza domestica fra le donne residenti nell'area urbana fiorentina e le conseguenze sulla loro salute.

Materiali e metodi: analisi di 216 questionari anonimi somministrati a donne di età compresa fra 18 e 87 anni afferenti agli ambulatori di Medicina Generale di Firenze Centro, Firenze Sud e Sesto Fiorentino. I questionari, raccolti tra luglio e ottobre 2013, sono costituiti da una parte introduttiva esplicativa seguita da 14 domande.

I risultati emersi

I questionari somministrati mostrano che il 15% delle donne sono state vittime di violenza domestica nel corso della loro vita (fig.1).

Risultati questionari donne

HA SUBITO VIOLENZA DOMESTICA NEL CORSO DELLA VITA?

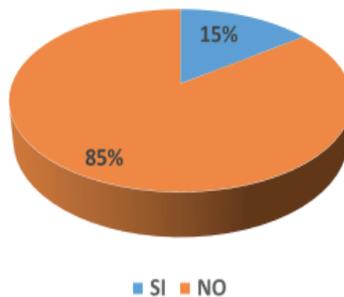


Fig 1. Percentuali delle partecipanti che hanno subito violenza domestica nel corso della vita

Tra le forme di violenza subita quella psicologica è la più frequente (37%) seguita dalla violenza fisica (18%), violenza sessuale (15%), economica (15%) e stalking (15%). La gran parte delle donne (55%) ha subito più di un tipo di violenza (fig.2).

Risultati questionari donne

CHE TIPO DI VIOLENZA HA SUBITO?

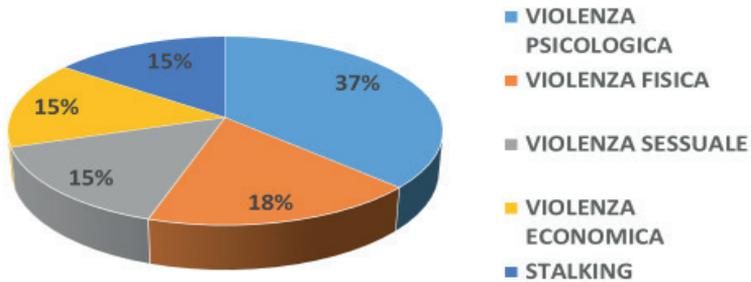


Fig 2. Percentuale relativa al tipo di violenza subita dalle partecipanti

Nel 79% dei casi la violenza subita ha peggiorato in modo significativo lo stato di salute (fig.3) e in particolare il 22% riferisce perdita di autostima e fiducia nel prossimo, seguita da comparsa di ansia e disturbi del sonno (fig.4).

Risultati questionari donne

LA VIOLENZA SUBITA HA PEGGIORATO IL SUO STATO DI SALUTE?

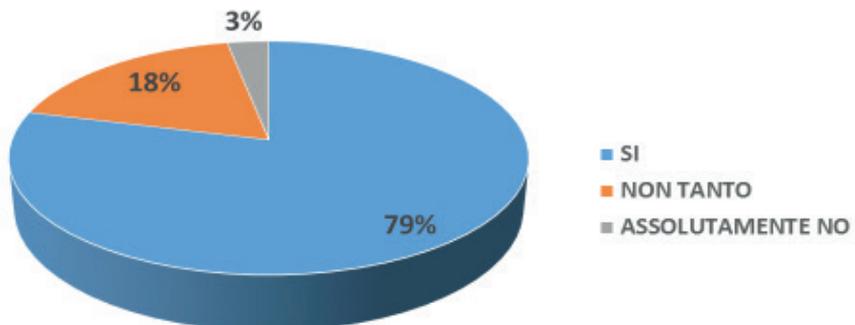


Fig 3. Percentuale relativa al peggioramento della salute delle partecipanti

Risultati questionari donne

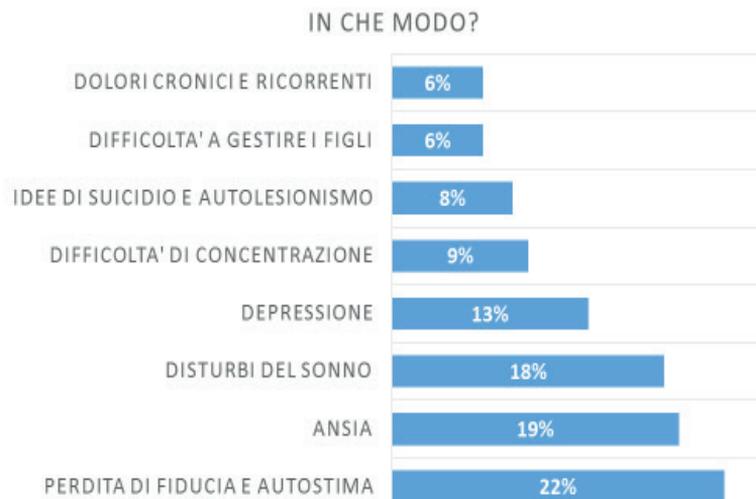


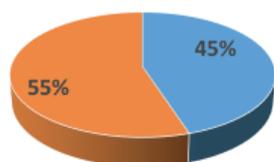
Fig 4. Tipologia di problemi alla salute e relative percentuali

Il 45% delle donne che hanno subito violenza assume farmaci per l'ansia, depressione o insonnia, mentre solo il 27% delle donne che non hanno mai subito violenza ha dichiarato di assumere tali farmaci (fig.5).

Risultati questionari donne

• **DONNE CHE HANNO SUBITO VD (33; 15%)**

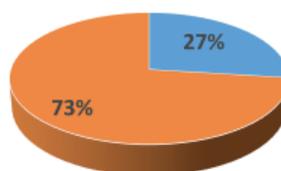
ASSUME FARMACI PER L'ANSIA, DEPRESSIONE, INSONNIA?



■ SI ■ NO

• **DONNE CHE NON HANNO SUBITO VD(183;85%)**

ASSUME FARMACI PER L'ANSIA, DEPRESSIONE, INSONNIA?



■ SI ■ NO

Fig 5. Percentuale di donne (subito/non subito violenza) che assume farmaci per ansia, depressione e/o insonnia

L'80% delle prime ha iniziato l'assunzione dopo l'episodio di violenza (fig.6).

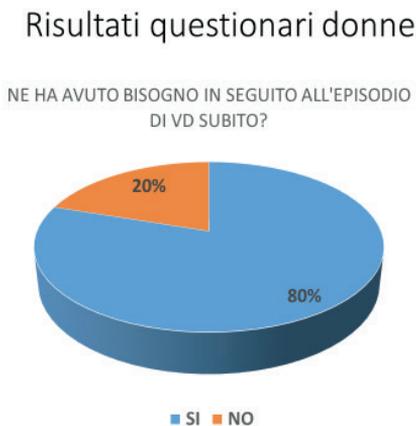


Fig 6. Percentuale di donne che hanno assunto farmaci per ansia, depressione e/o insonnia in seguito all'episodio di violenza domestica

Conclusioni

La Violenza Domestica è presente quindi tra le pazienti del MMG nell'area fiorentina in una misura importante con conseguenze importanti sulla loro salute, intesa non solo come completo benessere fisico, psichico e sociale ma anche come capacità di adattamento e autogestione. Questi disturbi motivano spesso le donne vittime di violenza domestica a rivolgersi al proprio medico di famiglia, riportando segni e sintomi che, spesso, a una valutazione superficiale nulla hanno a che vedere con il vero problema.

I compiti del MMG sono quelli di:

riconoscere e gestire i casi di possibile violenza, mantenendo l'attenzione sui bisogni della paziente;

prevenire e individuare attraverso una ricerca sistematica i fattori di rischio;

conoscere le Istituzioni di riferimento secondario presenti sul territorio e le modalità della loro attivazione tempestiva;

essere consapevoli nel loro agire professionale degli obblighi di legge.

Proprio per perseguire questo proposito, già circa 3 anni fa si era costituito un Gruppo nato dalla collaborazione fra figure professionali impegnate sul fronte del problema violenza: MMG, psichiatri, psicologi, ginecologhe, operatori del Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM): da questa collaborazione è nato un pieghevole informativo allo scopo di rendere più facile la rilevazione di questo

fenomeno e fornire le buone pratiche da seguire quando questa sia avvenuta (fig.7).

Perche la violenza domestica mi riguarda?	Come rilevare la violenza domestica?	Come porre domande sulla violenza domestica
<p><i>"Il medico di medicina generale è il primo punto di contatto con il sistema sanitario, fornisce un accesso aperto a servizi innovativi ed essi utilizzatori, tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso..."</i> (Worick Europe 2002)</p> <p>I medici di medicina generale potrebbero quindi svolgere un ruolo centrale nella rilevazione e nell'invio sul territorio di situazioni di violenza domestica.</p> <p>Molto spesso le donne che subiscono violenza chiedono aiuto indirettamente. Sono frequentatrici assidue del vostro ambulatorio, presentano sintomi vari: ansia, insonnia, cefalee, sindromi dolorose croniche di varie localizzazione, richieste di prescrizione di farmaci (in particolare antidolorifici e psicofarmaci). Sono spesso le pazienti più difficili e lamenteose.</p> <p>Cogliere la causa del loro malessere può essere di aiuto per loro e può ridurre visite, consulenze e interventi inutili e frustranti per voi.</p> <p>Oltre alla violenza che lascia evidenti segni, esistono anche comportamenti abusivi senza violenza fisica con effetti devastanti per la partner e i bambini.</p> <p>Possono avere comportamenti violenti partner che seguiti con simpatia da anni e possono essere vittime affermate libere professioniste, perché la violenza domestica è trasversale a tutte le categorie di età, religione, etnia, livello socio-economico e culturale.</p> <p>La maggior parte delle violenze domestiche è commessa da uomini verso donne, ma può anche avvenire tra partners dello stesso sesso, tra genitori e figli, tra fratelli, tra disabili o anche essere agita da donne su uomini.</p>	<p>Sono sempre aperti alla possibilità che un/a paziente viva in una condizione di violenza domestica.</p> <p>La maggior parte delle vittime è disponibile a parlare e raccontare se percepisce una vostra disponibilità all'ascolto o capisce dalle vostre parole che considerate la violenza domestica come un problema che vi riguarda.</p> <p>Le donne possono riferire di avere problemi coniugali o un periodo di forte stress. Il 30% delle violenze domestiche inizia durante la gravidanza ed è più frequente del diabete gestazionale e della pre-eclampsia.</p> <p>La maggior parte degli uomini autori di violenze domestiche che chiedono aiuto al suo medico/a di famiglia dice di aver problemi di stress, rabbia, depressione, alcol, di difficoltà con i figli oppure lamenta non meglio specificati problemi di salute propri o della compagna. Raramente un maltrattante ammette di commettere abusi senza un approccio garbato, ma diretto al problema.</p> <p>Potrebbe rivolgersi a voi in un momento di cambiamento critico della sua vita, quando una relazione sta finendo, la compagna è in gravidanza, a seguito di un episodio grave o del coinvolgimento della polizia.</p>	<p>Semplici domande del tipo: "Come va a casa? Come sta andando la relazione? Come sta facendo fronte alla tensione o a momenti difficili?" potrebbero facilitare l'apertura sul tema, rendendo possibili altre domande di approfondimento.</p> <p>Per quanto riguarda le donne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il modo in cui la tratta il suo partner le fa sentire infelice o depressa? • Quando vede lesioni di questo genere mi domando se qualcuno può averle fatto del male? • Ha mai avuto paura del suo partner? È preoccupata per la sua sicurezza e per quella dei bambini? <p>Per quanto riguarda gli uomini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Come si sente quando avete delle discussioni? • La sua partner come descriverebbe i suoi atteggiamenti? • È mai capitato di avere spinto, stratonato, dato botte o schiaffi o usato altri tipi di violenza? • Ha mai gettato e/o sfiduciato oggetti, gridato furie, offeso e svaloriato la sua partner? • Ci sono delle cose che fa di cui si vergogna? <p>Ricordatevi che sia gli uomini sia le donne tendono a minimizzare la violenza, perché si vergognano.</p>

Lavorare con la violenza domestica quando entrambi i coniugi sono vostri pazienti

I bisogni della vittima e di chi agisce violenza dovrebbero essere trattati separatamente.

Se la donna racconta una violenza, bisogna parlare con lei senza la presenza del partner.

Rassicurare la donna che la sua salute e sicurezza sono molto importanti e che la sua riservatezza sarà protetta.

Datelo il riferimento di un Centro antiviolenza e discutete con lei di un piano di sicurezza che include:

- Dove andare se si sente in pericolo
- Preparare documenti e soldi
- Avere alcune persone informate sulla sua situazione
- Ricordarle che può sempre chiamare il 119

Se una donna chiede al medico di contattare il partner può essere utile parlare con lui per motivarlo a farsi aiutare, tenendo conto che potrebbe esserci una reazione negativa e che quindi è la donna sia preparata.

È fondamentale avere la documentazione di quanto emerge e la descrizione di eventuali lesioni insieme a protocolli di lavoro che garantiscano la riservatezza e la privacy dei/le pazienti.

Cosa fare dopo la rilevazione?

Per l'uomo:
Prendete atto che le sue rivelazioni sono un importante passo per la scoperta e la soluzione all'abuso familiare; Supportate ogni manifestazione di responsabilità: il suo comportamento è una scelta e lui può scegliere di smettere;
Siate rispettosi ed empatici, ma non compliciti! La violenza domestica è inaccettabile e spesso contro la legge.

Per la donna:
Ascoltatelo: l'ascolto può essere una esperienza di grande importanza per chi subisce violenza.
Credetelo: "deve essere stato molto difficile per lei, ha avuto paura?"
Datelo fiducia rispetto alla scelta di parlare: "Deve essere stato difficile decidere di parlarvi di questo."
Chiarite la vostra posizione: "La violenza è inaccettabile. Non meritate di essere trattata così"
Non insinuare l'idea che la donna sia corresponsabile della situazione evitando frasi come:
Perché non lo lascia? Cosa ci fate con una persona come questa? Se l'ha picchiata ci sarai un po' noia...

Riferimenti

CRIV Centro di Riferimento Regionale Violenza e Abuso Sociale Clinica Ostetrica.
Policlinica di Carruggi
Via Morgagni, 83 Firenze
Tel. 052/747433
Codice Rosa: <http://www.regione.toscana.it>
Associazione Ardenzia
Via dei Riccardi 1/bis
50135 Firenze
Tel. 055 48221/8011376

Per ulteriori informazioni toccate, vedi "Come ci trovi"
www.casabona.it
Linea nazionale aiuto per donne vittime di violenza 1522
Centro di Accoglienza Uomini Maltrattati
Via E. il Navigatore, 17
Tel. 339828352
www.centroaccoglienzamaltrattati.org
pubblicita'@casabona.it



Il medico di medicina generale e la violenza domestica

SST
Casabona
1522
Ardenzia

Fig 7. Pieghevole informativo

Tale pieghevole è stato pubblicato dalla rivista Toscana Medica come allegato a un articolo informativo e sta avendo tuttora diffusione sul territorio.

In conclusione, la strada da percorrere è ancora lunga e piena di difficoltà e queste possono essere superate solo con la collaborazione di tutti gli operatori* sanitari e degli enti preposti alla cura della salute, costruendo una rete accessibile, sicura, e duratura nel tempo. Alla base di tutto c'è la necessità di superare una sorta d'incredulità che questo fenomeno sia presente nei nostri pazienti, perfino nelle nostre famiglie e nei nostri amici più stretti. A questo si può ovviare con una formazione e un'informazione capillari.

Bibliografia

ISTAT (2007). *Indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne"*.

Roma. Reperito online 18/01/2015 www.istat.it

WHO Global Consultation on Violence and Health (1996) *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, (document WHO/EHA/SPI. POA.2).

OMS-WONCA (2002). La definizione europea della Medicina Generale-Medicina di Famiglia.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865.

Tesi Corso di formazione Specifica in Medicina Generale Dott.ssa Chiara Bono, 2013

Tesi Corso di formazione Specifica in Medicina Generale Dott.ssa Valeria Carluccio, 2013

L'Esperienza del Pronto Soccorso

Antonietta Pandolfo

Infermiera, Codice Rosa

La violenza nei confronti delle persone fragili non può essere considerato un fenomeno moderno, ma nel tempo è passato da una dimensione "privata" a una dimensione "sociale" con conseguente maggiore attenzione e progressivo aumento degli studi volti sia alla sua identificazione ed incidenza che alla individuazione di strategie preventive e di cura.

Il Codice Rosa identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze, senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali. Dal 2014 il Codice Rosa è attivo in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana: le ASL di Massa e Carrara, Lucca, Pistoia, Prato, Pisa, Livorno, Siena, Arezzo, Grosseto, Firenze, Empoli, Viareggio e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Meyer, Pisana e Senese.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP) è da rilevare che è dal 2004 che si occupa di violenza di genere. Attraverso l'impegno del Pronto Soccorso, l'AOUP è entrata a far parte del tavolo delle Istituzioni per la costruzione di un percorso integrato di tutela dei diritti delle donne e dei minori. Nel 2005 l'AOUP ha firmato un protocollo d'intesa tra Provincia, Prefettura, Questura, Società della Salute Area Pisana, ASL5, per la realizzazione di azioni comuni contro la violenza di genere.

L'AOUP ha aderito al progetto del Codice Rosa nell'ottobre 2013; nel dicembre 2013 è stato firmato il protocollo d'intesa tra la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Pisa e l'AUSL 5 e l'AOUP, per la costituzione di una "Task force interistituzionale - codice rosa", per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli della popolazione.

Da ciò scaturisce la volontà di approntare idonei protocolli di gestione di questi casi con conseguente necessità di una maggiore conoscenza dell'argomento

da parte degli operatori che di volta in volta possono trovarsi coinvolti sia per caratteristiche del fenomeno (fattori di rischio, lesioni sospette, ecc.) che per aspetti giuridici.

Il Codice Rosa non sostituisce quello di gravità, ma viene assegnato insieme a questo da un personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita, anche se non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e dalle forze dell'ordine.

Il gruppo operativo dà cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure di indagine per individuare l'autore della violenza e, se necessario, attiva le strutture territoriali.

Qual è il percorso di assegnazione del "codice rosa"?

L'infermiere di triage effettua il primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti, in base a protocolli definiti che consentano di stabilire le priorità d'intervento attraverso l'attribuzione di un codice colore.

Successivamente alla valutazione dei segni e sintomi, può essere attribuito un codice rosa, ovvero codice con priorità psicosociale che viene segnalato da un asterisco (*). Il codice viene assegnato al momento dell'accettazione per ridurre il tempo di attesa con particolare riguardo se si tratta di minore. Nella compilazione dei dati di accesso (Scheda di Triage), si indica nei campi delle "preferenze priorità" e "dinamica evento" rispettivamente "utenti che hanno subito violenza" e "aggressione-patite lesioni".

La prima cosa che bisogna garantire è la privacy e sicurezza dell'utente. Per questo motivo al codice Rosa è dedicata una stanza apposita all'interno del pronto soccorso, la Stanza Rosa, luogo non identificabile da esterni, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza delle vittime.

L'utente viene quindi accompagnato dall'infermier* del triage in sala visita, dove viene visitat* dal medico di guardia. Dopo la visita, viene redatto sia il referto che dovrà essere inviato all'Autorità Giudiziaria, che la "*scheda di rilevazione delle richieste di aiuto ai servizi facenti parte della rete regionale contro la violenza*" che verrà inviata al centro di coordinamento violenza di genere. Sulle richieste diagnostiche specialistiche, viene apportato il simbolo asterisco * per identificare che la richiesta è un codice rosa.

In generale, il percorso ottimale è il seguente:

- Accurato triage
- Ambiente riservato e protetto per la vittima, allontanamento del maltrattante
- Evitare l'allontanamento della vittima
- Chiedere se ha subito violenza
- Studiare le contusioni: sono compatibili con quanto raccontato come causa dalla paziente?
- Guardare gli accessi precedenti
- Segnalare da parte di chi ha subito violenza
- Scrivere "picchiata da persona nota" è una criticità
- Invio ai servizi sul territorio
- Prevedere che possa tornare
- Identificare la violenza subita
- Documentare l'abuso in maniera precisa
- Essere di supporto (anche emotivo) della vittima
- Ascolto
- Stimare il rischio immediato
- Invitare la vittima a rivolgersi ad esperti

Alcuni dati dell'AOUP

Qui di seguito vengono riportati alcuni dati degli ultimi anni del Pronto Soccorso di Pisa (tabella 1).

ANNO	ACCESSI TOTALI	ACCESSI PEDIATRICI	MINORI	DONNE	MALTRATTAMENTO DONNE
2010	82.192	12.923	1	40.181	102
2011	85.365	10.040	11	40.903	142
2012	84.988	11.073	5	41.198	166
2013	84.402	11.360	3	41.036	80
2014	66.844	10.039	5	35.949	59

Tabella 1. I numeri delle vittime di violenza nel Pronto Soccorso dell'AOUP

Come emerge dalla tabella 1 nel 2012 su 41.198 donne, 166 sono state identificate come vittime accertate di violenza di genere. Questo risulta essere il dato più alto rispetto a un periodo di riferimento di 4 anni (dal 2010 al 2014). Tale dato può essere spiegato in quanto in quell'anno era stata effettuata una formazione specialistica rispetto alla violenza di genere e al percorso del Codice Rosa. Gli operatori formati presenti al Pronto Soccorso risultavano, presumibilmente, più sensibili e competenti nell'identificare le vittime di violenza. La diminuzione delle vittime accertate nei due anni successivi difficilmente è dovuta a un calo di casi ma si presume sia collegata a un turnover degli operatori del Pronto Soccorso e, quindi, alla presenza di professionisti non formati rispetto alla problematica.

Conclusioni

La formazione è lo strumento essenziale per promuovere le conoscenze, condividere le procedure operative, sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi multiprofessionali. L'attività formativa progettata su temi specifici, coerente con gli aspetti organizzativi e progettuali, viene assicurata con continuità a livello regionale e aziendale ed è rivolta al personale dei gruppi operativi ed alle "sentinelle" presenti presso le strutture. Tuttavia esistono possibili criticità. Una di queste è la mancata formazione del personale addetto oppure il turnover del personale medico ed infermieristico, la mancata segnalazione al triage dell'evento come aggressione-patite lesioni, un errato codice diagnostico alla dimissione (maltrattamento/abuso), l'assuefazione del personale di pronto soccorso nel subire abituali aggressioni da parte dell'utenza al punto da non riuscire più a riconoscere relazioni/comunicazioni sane da quelle patologiche, la frustrazione per le recidive delle vittime.

Tutti vedono la violenza del fiume in piena, nessuno vede la violenza degli argini che lo costringono

Mario De Maglie

*Psicologo, Psicoterapeuta, coordinatore Centro di Ascolto Uomini
Maltrattanti*

Il problema sociale della violenza

Negli ultimi anni l'interesse per la violenza sulle donne è andato crescendo. Non tanto il fenomeno in sé, purtroppo drammaticamente presente da molto prima, quanto la consapevolezza della sua esistenza e della sua pervasività sociale. Le cronache ci riportano quasi quotidianamente a delle realtà di sopraffazione che non possono e non devono essere più tenute nascoste.

L'Istat, attraverso una ricerca datata 2007, stima in 6 milioni e 743mila le donne dai 16 ai 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (il 31,9% della classe considerata). Nella quasi totalità dei casi però le violenze non sono denunciate, ne consegue un sommerso elevatissimo. In seguito a questi dati, potremmo semplicisticamente ma realisticamente affermare che, su dieci donne che uno psicologo/psicoterapeuta potrebbe avere in consulenza/terapia, tre statisticamente avranno subito o subiranno delle violenze e, su dieci uomini, tre di loro avranno avuto o avranno dei comportamenti abusanti. Ricordiamo che i dati esplicitano cifre molto più alte del fenomeno di quelle rilevate. E, se dallo studio di un professionista passassimo alla sua vita privata, le stesse cifre riguarderebbero lui, i suoi cari, i suoi amici e le sue amiche.

Quale altro fenomeno lesivo della salute mentale di una persona ha le stesse cifre che sono state rilevate per la violenza domestica?

Il problema della violenza è un problema sociale che riguarda tutti ed è strettamente correlato alle disuguaglianze di genere presenti nella nostra

società. Gli uomini devono essere chiamati come parte in causa del problema e della soluzione.

Da tanti anni sono operativi in Italia centri antiviolenza che si occupano di dare sostegno e protezione a donne che si trovano in situazioni di abuso e da cinque anni è presente anche a Firenze il primo Centro che si occupa di aiutare gli uomini a interrompere i loro comportamenti aggressivi.

Gli obiettivi del Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti

Il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM) nasce come progetto sperimentale dell'Associazione Artemisia, centro antiviolenza di Firenze, in collaborazione con la Asl 10 di Firenze, grazie ad un primo finanziamento di Cesvot Innovazione. Il CAM diviene operativo il 1° Settembre 2009 e il 17 Novembre dello stesso anno si costituisce in Associazione Onlus autonoma ed indipendente.

L'obiettivo dichiarato del Centro è l'eliminazione della violenza degli uomini sulle donne attraverso:

- la promozione di programmi di cambiamento rivolti a uomini autori di comportamenti violenti;
- il miglioramento della sicurezza delle donne vittime di violenza;
- l'impegno nel promuovere il cambiamento sociale, mettendo in discussione la costruzione egemonica della mascolinità e della disuguaglianza tra uomini e donne.

La presa in carico degli uomini autori di violenza si è evidenziata come necessaria e non più rinviabile perché:

- le donne che subiscono violenza lo chiedono;
- per responsabilizzare gli uomini che agiscono violenza rendendoli consapevoli e in grado di interromperla;
- un uomo che non agisce più un maltrattamento implica una o più donne che non lo subiscono più;
- spesso è presente una genitorialità implicata nelle dinamiche del maltrattamento e quindi uno/a o più bambin* che soffrono a causa di questo;
- bambin* che subiscono violenza possono diventare adulti che l'agiranno;

- lavorare con la violenza significa saperla riconoscere e nominare noi per primi.

Quest'ultimo punto risulta estremamente importante con risvolti tutt'altro che banali. Il lavoro con chi agisce violenza mostra uomini che per lo più non si distinguono in modo particolare dal resto della popolazione maschile, essi portano con sé problematiche ed emozioni (talvolta anche comportamenti) in cui è possibile riconoscersi. Le riflessioni che ne scaturiscono portano a comprendere la "banalità" della violenza che finora non necessariamente è stata affrontata con le domande più opportune, prima tra tutte: "cosa è realmente un comportamento violento?". La complessità di una risposta in tal senso ci avvicina a riconoscere la violenza dell'altro e a nominarla, riconoscendo e nominando dapprima la propria. Senza questo fondamentale passaggio è davvero difficile lavorare con gli uomini, per non dire impossibile.

La metodologia di lavoro

Andando a vedere più nello specifico come si lavora con gli uomini autori di violenza, cerchiamo di offrire una panoramica certamente sintetica e non esaustiva, ma chiara e stabile nei suoi assunti di base.

"Ho un lupo in gabbia e questo lupo ha le chiavi della gabbia" mi disse un uomo iniziando il suo primo colloquio, una frase certamente di effetto, ma realmente rappresentativa della rabbia che portava dentro e della sua pericolosità.

Il lavoro con gli uomini non deve mai perdere di vista la sicurezza delle donne implicate nelle situazioni di maltrattamento. L'operatore deve avere una posizione chiara e di condanna del comportamento violento quando questo sia stato esplicitato o reso evidente. Per farlo è necessaria una specifica formazione che permetta di non colludere o giustificare con il comportamento, confondendolo con le emozioni dell'uomo che invece possono trovare legittimità.

Lavorare con gli autori di violenza significa anche inevitabilmente lavorare in una rete di servizi che si supportano e si aiutano nel contrasto alla violenza.

L'accesso al servizio CAM è sostanzialmente di due tipi:

uomini che volontariamente chiamano e chiedono un aiuto per interrompere delle violenze agite su partner e/o figl*;

uomini dietro invio obbligato o che comunque traggono un vantaggio legale dall'intraprendere il percorso.

Perché avvenga la presa in carico, è necessario che sia sempre l'uomo a contattare il servizio in prima persona, attraverso chiamata o e-mail, per fissare un primo appuntamento.

Il percorso consiste in una prima fase individuale di circa cinque colloqui che permetta di valutare la situazione di maltrattamento in atto o che è stata in atto e la motivazione dell'uomo al cambiamento, presupposto necessario per un lavoro che abbia una ricaduta positiva. All'interno di questa prima fase, l'uomo autorizza, con una liberatoria, il contatto con la sua partner o ex partner e con i servizi coinvolti o che riterremo necessario coinvolgere. Al termine della valutazione, se essa è positiva, l'uomo entra nel lavoro di gruppo (Fig. 1).

Modello di intervento CAM (fig. 1)



Fig 1. Modello di intervento del CAM

L'impegno dell'uomo, sin da subito, per accedere al servizio, riguarda un'interruzione immediata delle violenze in atto e, se queste dovessero comunque

ripetersi, farlo presente agli operatori per lavorare su quanto accaduto. Nella maggior parte dei casi, la violenza fisica cessa immediatamente, mentre un lavoro più lungo e faticoso riguarda il riconoscimento della violenza psicologica e la sua cessazione.

Non vengono prese in carico situazioni di disagio psichiatrico conclamato, di alcolismo e tossicodipendenza attive e non trattate e di scarsa responsabilizzazione dell'agito violento e mancanza di motivazione.

Gli uomini che hanno accesso al servizio in modo volontario in realtà possono essere spesso spinti da una motivazione esterna che non è direttamente collegata ad una presa d'atto di avere un problema con la violenza. Eventi quali una recente separazione, un abbandono della partner, un episodio di violenza più forte in cui c'è la sensazione di avere superato un limite, l'intervento delle forze dell'ordine, l'avvertire un malessere da parte dei figli mettono l'uomo in crisi e lo portano a chiedere un aiuto. Gli operatori devono provare a creare la possibilità di un passaggio da una motivazione esterna ad una interna, in cui si possano affrontare non solo le conseguenze del comportamento violento, ma la violenza stessa. In situazioni del genere è necessaria una presa in carico veloce e tempestiva dell'uomo che fa richiesta. Questo non esclude uomini che invece hanno una maggiore consapevolezza iniziale della violenza che mettono in pratica.

Attualmente abbiamo attivo un primo gruppo psicoeducativo composto da sedici incontri tematici e ciclici dal quale passano tutti gli uomini per poter poi eventualmente accedere ad altri due gruppi di percorso (l'indirizzamento viene fatto in uno o l'altro dei due gruppi a seconda dei numeri del gruppo e della disponibilità oraria degli uomini in entrata). La durata dei gruppi di percorso è variabile da caso a caso, ma si richiede una frequenza regolare di almeno un anno. Terminato il percorso di gruppo c'è la possibilità di accesso ad una fase di follow up dalla frequenza mensile.

I colloqui individuali vengono tenuti da uomini, mentre i gruppi co-condotti da un uomo e una donna, questo per una precisa scelta metodologica¹⁶ derivante dalle esperienze internazionali da cui il CAM ha mosso i primi passi e che condivide.

¹⁶ Programmi internazionali ed europei di trattamento per maltrattanti

Strumenti per la valutazione

Le aree, che vengono indagate nella fase di valutazione individuale anche attraverso l'ausilio di una checklist, sono:

- dati anagrafici dell'uomo e ogni notizia utile in merito alla situazione attuale con la o le donne coinvolte;
- coinvolgimento o meno dei servizi e se c'è stata in passato richiesta di aiuto specifico per il comportamento violento;
- modalità di arrivo al CAM;
- speranze/convinzioni in merito alla possibile durata del rapporto con la partner, se questo è ancora in essere;
- gestione delle emozioni più intense e loro riconoscimento;
- consapevolezza di aver agito comportamenti violenti;
- consapevolezza degli effetti del comportamento violento su di sé e sulla partner;
- consapevolezza della paura della partner e di eventuali figli e di come modifichi il rapporto;
- presenza o meno di disturbi di salute mentale/psichiatrico e loro trattamento;
- uso di droghe;
- uso di alcool;
- presenza di violenza economica sulla donna;
- presenza di violenza psicologica sulla donna;
- presenza di coercizioni e minacce sulla donna;
- isolamento della donna causata dal comportamento dell'uomo;
- coinvolgimento dei bambini;
- minimizzazione, negazione della violenza;
- attribuzione della responsabilità della violenza alla donna;

-
- Emerge, Boston
 - Progetto MUVI - ATV, Oslo
 - MRS - Men's Referral System, Australia
 - Fundación Instituto de Reinserción Social (IReS) -Barcellona
 - Vir Es - Ginevra
 - Linee guida internazionali ed Europee (ad es: Consiglio d'Europa - 2005) che incoraggiano programmi di intervento per maltrattanti

- presenza di abusi fisici sulla donna;
- presenza di abuso sessuale sulla donna;
- presenza di intervento da parte delle forze dell'ordine;
- presenza di denunce o di esperienze carcerarie.

La funzione del coinvolgimento della partner

La finalità del contatto con la partner è d'informarla del trattamento previsto per il compagno, di possibili sostegni attivi sul suo territorio specifici per lei (centri antiviolenza) e di essere maggiormente informati della situazione di maltrattamento, attraverso il suo racconto. Il contatto con la partner viene riattivato una o più volte, durante il percorso dell'uomo, per avere un feedback rispetto alla situazione e un'ultima volta, quando egli conclude il percorso. Se l'uomo termina prima del previsto, sparendo o, nel migliore dei casi, concordando una chiusura, la donna viene ricontattata ed avvertita; altrettanto viene fatto se gli operatori avvertono un rischio di reiterazione del comportamento violento da parte dell'utente.

Conclusioni

L'operatore, all'interno di un colloquio, deve essere in grado di accogliere l'uomo senza giudicarlo. Trattare una persona come cattiva è il miglior modo per renderla cattiva. Questo non lo deve esimere dal nominare e definire la violenza. Si tratta di condannare il comportamento maltrattante, differenziandolo comunque dalla persona. È necessario non colludere con eventuali stereotipi di genere, aspetti di vittimizzazione spesso presenti e con il parametro di valutazione dell'uomo riguardante la donna, in molti casi negativo e manipolativo.

Il riconoscere che significato ha nella propria vita la violenza dovrebbe essere il primo passo per poter poi affrontare in modo opportuno il lavoro con gli uomini e perché gli operatori non cadano negli stessi meccanismi di immedesimazione o di minimizzazione.

Le modalità di relazione che gli uomini hanno con le proprie compagne, ma fondamentalmente anche con le loro emozioni mi richiama alla mente la caffettiera del masochista di Norman (Norman, 1996). Una caffettiera del genere non è utilizzabile in quanto il manico è dallo stesso lato del bordo dal quale fuoriesce il caffè (Fig. 2). Gli uomini si trovano di fronte ad un qualcosa

che non riescono ad utilizzare e comprendere. L'obiettivo consiste nel rendere maneggevole e utilizzabile ciò che prima non lo era (a livello emotivo e di espressione) in modo che le dinamiche relazionali tra la coppia possano avere una possibilità di essere più funzionali.



Fig 2. La caffetteria del masochista di Norman (1996)

Non è facile, per un collega che lavori in uno studio privato o in una realtà che non si occupi direttamente di maltrattamento domestico, riconoscere un uomo autore di violenza. Le seguenti domande, che possono essere rivolte ad un uomo, vogliono essere un piccolo aiuto per cercare di fare una prima rilevazione di una situazione di possibile violenza. Esse nascono sulla base di centinaia di colloqui condotti con gli uomini del CAM, hanno il pregio di essere chiare, semplici e soprattutto non accusatorie.

Indicatori di rischio comportamento maltrattante per uomini

1. Stai male, dopo un litigio con la tua compagna, perché non avresti voluto dire determinate cose o avresti voluto comportarti in modo diverso?
2. In lei percepisci paura o disagio nei tuoi confronti?
3. Tu hai paura che possa allontanarsi da te?
4. Ti senti provocato?
5. Hai mai pensato di avere oltrepassato dei limiti? Ti è mai capitato di farle del male pur non volendolo?
6. Non riconosci te stesso quando ti comporti in un certo modo?
7. Senti una forte rabbia dentro di te e non riesci ad evitare che si riversi in famiglia?

8. Pensi che, a volte, non hai scelta rispetto a come ti comporti?
9. Non ti senti una persona violenta, ma nello stesso tempo, riconosci di avere avuto un comportamento aggressivo in alcune occasioni?
10. Ti colpevolizzi? Provi imbarazzo per certi comportamenti, ma non vuoi sentirti giudicato perché il tutto va contestualizzato e guardato da più prospettive?
11. Può succedere che i tuoi figli assistano a delle discussioni accese con la tua compagna? Vorresti evitarlo?
12. Sei convinto che possa capitare di dare uno schiaffo a tuo figlio per motivi educativi?
13. Qualcosa del tuo modo di comportarti in famiglia ti ricorda come si comportavano i tuoi genitori con te e ti lascia perplesso?
14. Vorresti che, quando chiedi qualcosa agli altri, loro possano accogliere le tue richieste comprendendone realmente il senso e non per paura di ritorsioni o per tenerti semplicemente contento?
15. Avverti il bisogno di parlare di tutto questo con qualcuno? Vorresti farlo?

Bibliografia

- ISTAT (2007). *Indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne"*, Roma. Reperito online 18/01/2015 www.istat.it
- Norman, D. A. (1996). *La caffettiera del masochista: psicopatologia degli oggetti quotidiani*. Giunti Editore.

Alcuni dati sull'esperienza con gli autori di violenza del Centro Ascolto Uomini Maltrattanti

Rossano Bisciglia

Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Ascolto Uomini Maltrattanti

La violenza maschile contro le donne è commessa in tutti i paesi Europei e del mondo e costituisce un problema serio e diffuso. La violenza contro le donne è una delle manifestazioni dei rapporti di potere tra uomini e donne, storicamente ineguali, che hanno portato a una ineguale realizzazione dei diritti, a varie forme di discriminazione e a ostacoli significativi nel conseguimento dell'uguaglianza di genere.

Il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM) si pone in linea con le attuali disposizioni europee ed internazionali, nonché con le Linee Guida per lo sviluppo di standard per i programmi che operano con uomini perpetratori di violenza domestica.¹⁷

Gli obiettivi del CAM sono quelli di:

- lavorare con uomini maltrattanti, eliminando la violenza maschile sulle donne attraverso la promozione di programmi di cambiamento rivolti ai questi;
- migliorare la sicurezza delle vittime della violenza;
- promuovere un cambiamento sociale rispetto al problema della violenza di genere, eliminando dal contesto culturale la violenza e ogni altro tipo di abuso che avvengono all'interno delle relazioni affettive.

¹⁷ European Daphne II Project 2006 Work with Perpatrators of Domestic Violence in Europe – WWP.

Per ottenere tali obiettivi, è fondamentale impostare un lavoro con i maltrattanti e collaborare in stretta sinergia con i Centri Antiviolenza, in modo da garantire la sicurezza delle donne/partner vittime di violenza e, infine, per assicurare un approccio integrato e olistico al contrasto della violenza.

La domanda prevalente

Le richieste pervenute al CAM dal 2009 al 2014, sono giunte da varie fonti:

- uomini che hanno agito una qualche forma di violenza contro la propria partner o ex;
- enti, associazioni o privati;
- compagna o ex;
- famiglia di origine della vittima o dell'autore di violenza.

Il grafico 1 ripropone in maniera chiara l'evoluzione delle chiamate nel corso di questi 5 anni, da parte degli uomini maltrattanti, delle donne maltrattate, dei familiari degli uni o delle altre, o dei Servizi, Enti e Professionisti. È da considerare che i dati dell'anno 2014 sono parziali, in quanto aggiornati al 31.10.2014.

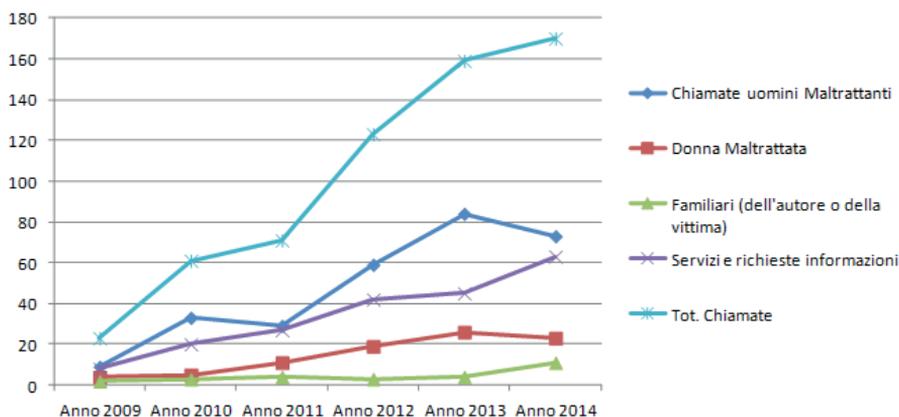


Grafico 1. Tipologia e evoluzione delle chiamate al CAM

Come evidenziato dal grafico 1, la maggior parte delle chiamate/ricieste sono pervenute da uomini che hanno agito una qualche forma di violenza contro la propria partner o ex partner. Da evidenziare come il numero totale di contatti, dal 2009 al 31 ottobre 2014, sia aumentato esponenzialmente. In particolare:

-
- 2009, **23** chiamate/ricieste ricevute;

 - 2010, **61**;

 - 2011, **71**;

 - 2012, **123**;

 - 2013, **159**;

 - 2014, **184**.
-

Tra queste chiamate/ricieste, circa la metà sono state effettuate da uomini che hanno agito una qualche forma di violenza.

La distribuzione nei cinque anni è stata la seguente:

-
- 2009, il **39%** delle chiamate sono state effettuate da **9** uomini che hanno dichiarato di avere dei problemi legati alla gestione della violenza;

 - 2010, il **54%** delle chiamate da **33** uomini;

 - 2011, il **41%** delle chiamate da **29** uomini;

 - 2012, il **48%** delle chiamate da **59** uomini;

 - 2013, il **53%** delle chiamate da **84** uomini;

 - 2014, (al 31 Ottobre) il **43%** delle chiamate da **77** uomini.
-

La percentuale di uomini che ha contattato il CAM, nella fascia temporale di cinque anni, è progressivamente e proporzionalmente aumentata sul totale delle telefonate ricevute. Questo risultato è stato reso possibile probabilmente dal maggior inserimento dell'Associazione, negli anni, sul territorio, attraverso la crescente partecipazione a eventi, interventi di sensibilizzazione, formazione locale e nazionale, strutturazione e incremento della rete con gli altri Servizi.

Come sottolineato precedentemente un'altra fonte di invio è stata la rete di Servizi, Enti Pubblici e Privati, Associazioni e liberi professionisti che si interfacciano con la violenza e che hanno valutato importante contattare il

Centro al fine di avviare varie forma di collaborazioni. Nello specifico è possibile rilevare che le chiamate da parte di Enti, Associazioni ecc., siano state:

-
- 2009 quasi il **35%**, corrispondente a **8** chiamate di quelle totali.

 - 2010 quasi il **33%** corrispondente a **20** chiamate di quelle totali.

 - 2011 il **38%** corrispondente a **27** chiamate di quelle totali.

 - 2012 il **34%** corrispondente a **42** chiamate di quelle totali.

 - 2013 quasi il **29%** corrispondente a **45** chiamate di quelle totali.

 - 2014 il **37%** corrispondente a **63** chiamate di quelle totali.

Un dato interessante che evidenzia l'importanza di un servizio che prenda in carico l'uomo autore di violenza, sono le chiamate/richieste di aiuto da parte di donne vittime di violenza. Nello specifico, le donne che hanno chiamato il CAM al fine di segnalare le proprie violenze subite e/o la necessità di un nostro intervento sul partner sono state le seguenti:

-
- 2009 quasi il **18 %**, corrispondenti a **4** chiamate;

 - 2010 l'**8%** corrispondenti a **5** chiamate;

 - 2011 quasi il **16%** corrispondenti a **11** chiamate;

 - 2012 quasi il **16%** corrispondenti a **19** chiamate;

 - 2013 quasi il **17%** corrispondenti a **26** chiamate;

 - 2014 quasi il **14%** corrispondenti a **23** chiamate.

Richieste di aiuto o di suggerimenti sono pervenute anche dalle famiglie di origine delle vittime o dell'uomo autore di violenza. Nello specifico si rileva:

-
- 2009 quasi il **9%**, corrispondente a **2** chiamate;

 - 2010 quasi il **5%**, corrispondente a **3** chiamate;

 - 2011 quasi il **6%**, corrispondente a **4** chiamate;

 - 2012 quasi il **3%**, corrispondente a **3** chiamate;

 - 2013 quasi il **3%**, corrispondente a **4** chiamate;

 - 2014 quasi il **7%**, corrispondente a **11** chiamate.

Gli uomini che chiamano

Gli uomini che si sono rivolti al CAM in questi anni di attività sono per la maggior parte di nazionalità italiana, il 92%, corrispondente a 255 uomini, il restante proviene dal Perù (3%), Romania e Marocco (2%) e l'1% da altre nazioni (principalmente Sud America e Nord Africa), per un totale di 23 uomini stranieri (Grafico 2).

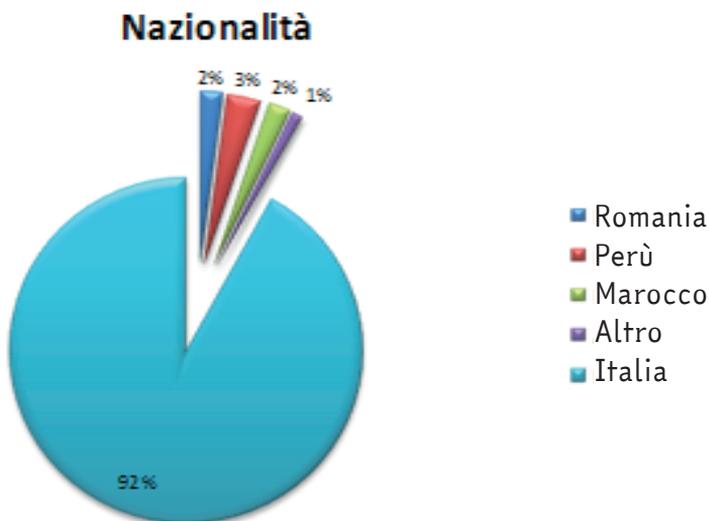


Grafico 2. Nazionalità utenti del CAM

Sul totale degli uomini che si sono rivolti al CAM, il 64% (180 uomini) risiede in Toscana; il 14% (38 uomini) vive nel Centro Italia: in Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Umbria; il 13% (35 uomini) risiedono nel Nord Italia, prevalentemente nelle regioni Lombardia, Piemonte e Trentino; il 9% (26 uomini) invece, chiama dal Sud Italia e dalle Isole, nello specifico dalla Sardegna, Sicilia, Campania, Puglia e Abruzzo.

Il grafico 3 illustra la distribuzione nelle province della Toscana degli uomini che si sono rivolti al CAM, che sono: circa il 76% (134 uomini) risiede nella Provincia Fiorentina, nello specifico, comune di Firenze, Sesto Fiorentino, Calenzano, Campi Bisenzio e Lastra a Signa. La Provincia di Pistoia (10 uomini) e di Prato (9 uomini) risultano le Province dopo Firenze a mostrare il maggior numero di uomini che contattano il CAM. A seguire Pisa (6 uomini), Siena (5 uomini), Livorno (3 uomini), Arezzo (3 uomini) ed infine Carrara (2 uomini) e Lucca (2 uomini).

Province toscane

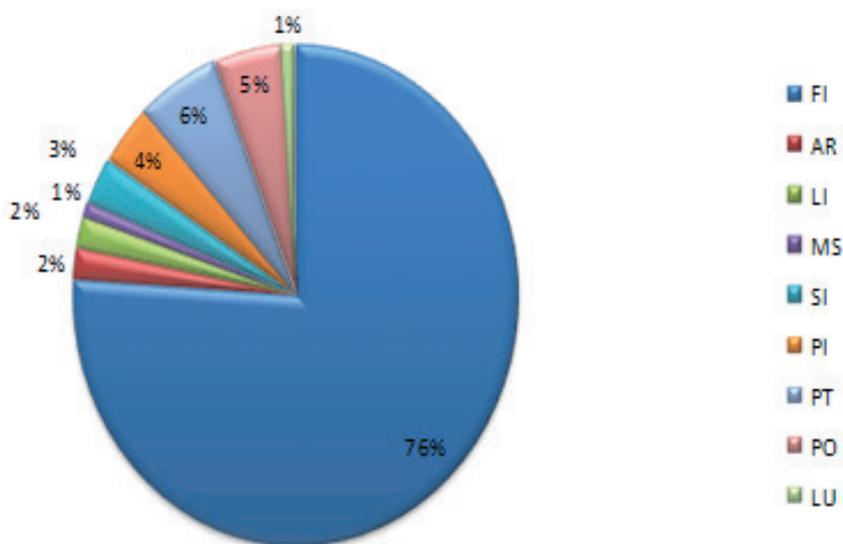


Grafico 3. Distribuzione nelle Province della Toscana degli uomini che si sono rivolti al CAM

Considerando che non si riscontrano differenze socio-culturali tali da giustificare una richiesta di accesso così diversa tra le Province, si può supporre che il Servizio venga maggiormente sfruttato da quella popolazione di uomini che appartengono all'area metropolitana limitrofa al territorio fiorentino. La Provincia di Firenze, con la Provincia di Pistoia e Prato, coprono l'85% degli accessi toscani al CAM. Non è stato presente nessun accesso dalle Province più distanti dal territorio fiorentino, per esempio Grosseto, e in minima parte da Massa e Carrara e da Lucca. Questo lascia supporre che qualora fossero presenti Servizi o punti di riferimento CAM sui territori e fossero strutturate attività di Rete e sensibilizzazione con gli Enti e l'associazionismo locale più distante dal territorio fiorentino, anche gli uomini delle Province al momento meno coinvolte potrebbero accedere con maggiore facilità al Servizio. Dai nostri dati emerge come la sensibilizzazione e la formazione presso gli Enti territoriali, che coinvolgano quei professionisti che lavorano in ambito di violenza, siano importanti fattori di sensibilizzazione sulla popolazione stessa, favorendo la diffusione del Servizio.

È possibile ipotizzare che la vicinanza territoriale e le attività di formazione e sensibilizzazione in loco, favoriscano la diffusione del Servizio e facilitino l'accesso degli uomini allo stesso. Se si considera poi che circa il 71% degli accessi (199 uomini) sono di tipo volontario, l'investimento in termini di sensibilizzazione territoriale e di diffusione del Servizio risulta ancora più fondamentale. Il lavoro di Rete e formazione degli operatori dei diversi ordini professionali, degli Assistenti Sociali, del personale Asl, così come dei medici di base hanno portato a una percentuale di invio pari al 23% degli accessi, ovvero di 62 uomini. Nell'ultimo anno si è poi visto un aumento di quegli invii di tipo coatto dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), che ha permesso l'accesso al CAM di 15 uomini, pari al 5% dell'utenza totale. Solo 2 uomini sono stati inviati dai Centri Antiviolenza (CAV) (Grafico 4).

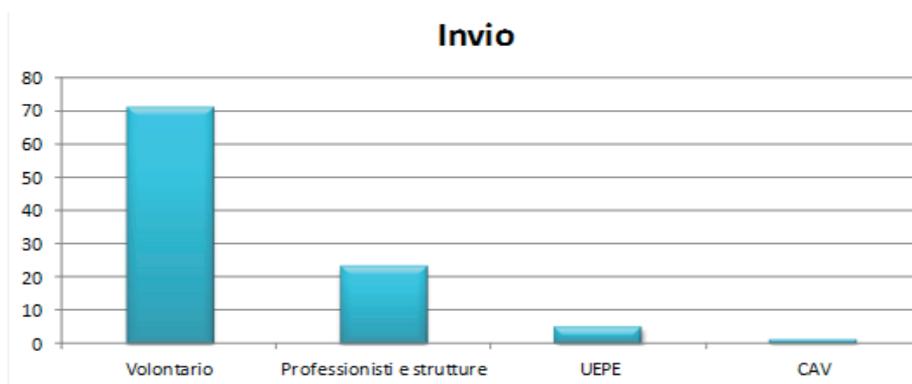


Grafico 4. Tipo di invio al CAM

L'esperienza CAM mostra come il comportamento violento sia trasversale per età e status socio economico.

La maggior parte degli accessi (62% corrispondenti a 129 uomini) comprende la fascia d'età 31 - 50 anni, cioè la fascia di età adulta (Grafico 5).



Grafico 5. Fasce d'età degli uomini che accedono al CAM

Stessa trasversalità di distribuzione riguarda anche la professione degli uomini che si sono rivolti al CAM (Grafico 6). È possibile rilevare una distribuzione abbastanza uniforme tra liberi professionisti e operai. Troviamo un picco tra i dipendenti sia pubblici che privati, ben il 36%.

Si è reso opportuno stilare una categoria specifica per gli uomini appartenenti alle Forze dell'Ordine, in quanto da soli coprono il 5% dei contatti. È possibile ipotizzare che l'ambiente militare possa essere correlato o quanto meno rinforzare l'abuso di potere nella relazione, che può sfociare in comportamenti violenti. Allo stesso modo, la disoccupazione sembra giocare un'influenza significativa sull'agito violento: il 13% degli uomini che si rivolgono al CAM hanno perduto il lavoro e hanno riportato di aver vissuto uno stress familiare maggiore durante il periodo appena successivo alla perdita dello stesso. Non si rileva la violenza diretta come causa del licenziamento e/o della perdita del lavoro.

Status Professionale

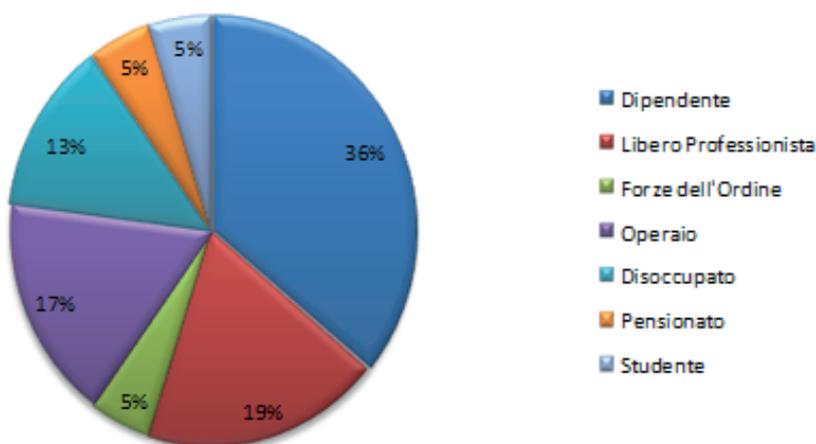


Grafico 6. Status Professionale degli uomini che hanno contattato il CAM

Un dato importante riguarda la percentuale di uomini autori di violenza che sono coinvolti nelle relazioni in quanto partner o/e padre, spesso di figli minorenni. Il 77% degli uomini che ha contattato il CAM ha almeno un figlio (minorenne o maggiorenne). Nello specifico, di 167 uomini, il 79% ha figli

minorenni che vivono con la madre o con entrambi e questo aumenterebbe la probabilità di situazioni di violenza assistita o percepita tra le mura domestiche. Risulta quindi importante lavorare con gli uomini che hanno agito comportamenti violenti anche su un livello di riflessione e incremento delle abilità genitoriali, al fine di individuare strategie educative non violente e prevenire/monitorare agiti violenti futuri.

La maggior parte dell'utenza CAM si trova ancora in relazione con la partner ultima contro la quale è stata agita violenza (Grafico 7). Il 72% degli uomini attualmente convive con la partner, mentre l'89%, a prescindere dalla convivenza, è attualmente in relazione con la donna vittima. L'11% non è più in relazione. Per questi ultimi, il lavoro sul comportamento violento risulta funzionale a prevenire altri agiti nei confronti di nuove compagne.

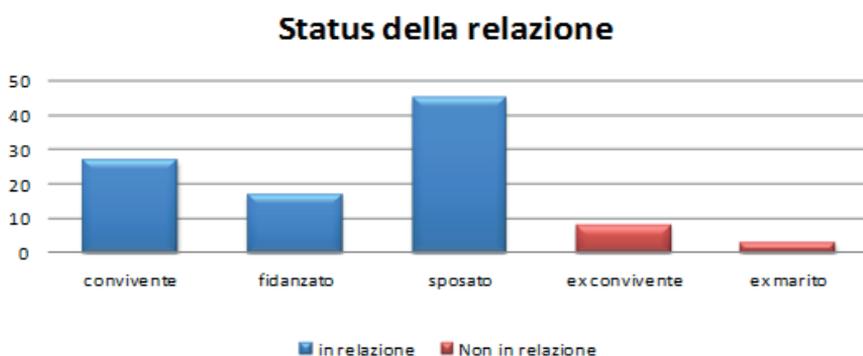


Grafico 7. Status della relazione sentimentale con la vittima delle violenze

Status del lavori

Allo stato attuale risulta che il 50% degli uomini che hanno chiamato/contattato il CAM è stato preso in carico, pari a 167 uomini.

- Il 26% ha interrotto il percorso, concordando una chiusura con gli operatori.
- Questo gruppo rappresenta quegli uomini che hanno fatto un'autovalutazione durante il percorso e hanno ritenuto di aver ottenuto i risultati aspettati, oppure sono stati oggettivamente impediti a frequentare con costanza il percorso.

- Per la maggior parte di questa utenza, gli operatori si sono trovati in accordo con le richieste degli uomini. Prevalentemente scelgono di interrompere tra i 2 mesi e gli 8 mesi di percorso, una minoranza, invece, rimane in carico anche fino a un anno.
- Già in questi mesi di presa in carico si può evidenziare l'inizio di un cambiamento a livello di presa di consapevolezza e responsabilità. È stato notato, infatti, come l'aver costruito una forte alleanza con gli operatori abbia permesso a questi uomini di potersi rivolgere a noi anche a percorso interrotto, per avere un sostegno rispetto a momenti di tensione e, in alcuni casi, per prevenire comportamenti violenti.
- Il 24% ha invece deciso di interrompere il percorso senza concordare la chiusura con gli operatori. Su questo tipo particolare di utenza si può effettivamente parlare di drop out, cioè di abbandono intenzionale e non giustificato del percorso.
- La restante percentuale (50%) è attualmente in carico presso il CAM.

Conclusioni

I risultati emersi mettono in evidenza l'importanza del lavoro con gli uomini autori di violenza domestica. I numeri mostrano chiaramente che la presenza sul territorio di un centro come il CAM aumenta la probabilità di ridurre il fenomeno della violenza perché costituisce un'opportunità concreta di cambiamento per tutti quegli uomini che vogliono modificare il loro agire violento.

È importante sottolineare che nei cinque anni di attività sono pervenute anche richieste pervenute da parte dei familiari degli uomini, spesso per avere suggerimenti sulla gestione di situazioni di violenza da parte di un loro fratello o parente stretto.

Da rilevare infine come ci sia stato nel tempo un incremento di invii al CAM da parte dei servizi territoriali che, sensibilizzati, hanno dapprima rilevato la violenza come un problema e poi ritenuto opportuno inviare gli uomini al centro allo scopo di intraprendere un percorso di cambiamento.

Le conoscenze, l'assetto e gli strumenti necessari per la rilevazione e l'intervento nei casi di violenza

S. Teresa Bruno

Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Antiviolenza Artemisia

La violenza come trauma interpersonale e la distinzione tra violenza e conflitto

I traumi legati alla violenza interpersonale hanno ricevuto un'attenzione oscillante e la storia degli studi in questo ambito non è stata lineare. La negazione, la minimizzazione e la razionalizzazione, che spesso accomunano gli aggressori, le vittime e i testimoni, hanno influenzato la possibilità di comprendere l'intenzionalità delle dinamiche violente e i complessi meccanismi traumatici attivati nelle vittime. A questo proposito è illuminante un passo tratto da un testo di psichiatria del 1972 di Freedman e Kaplan: "... si pensa che l'incesto abbia un'incidenza approssimativa di 1 su 1.1 milione di donne. Ci sono poche evidenze rispetto al fatto che l'incesto padre figlia possa avere serie conseguenze psicopatologiche. Il rapporto padre-figlia soddisfa spinte istintuali (del bambino/a) in una situazione dove l'alleanza con un adulto onnipotente "condona" la trasgressione... L'atto offre un'opportunità di attuare (fare esperienza) nella realtà una fantasia infantile le cui conseguenze sono gratificanti e piacevoli... La capacità dell'io di sublimare è favorita dal piacere derivato dall'incesto... tale attività incestuosa riduce il rischio di psicosi nel soggetto e consente un migliore adattamento al mondo esterno. Spesso sono state evidenziate minime influenze nocive sullo sviluppo della personalità delle figlie incestuose... uno studio rileva che nella grande maggioranza non sembrano aver risentito di quella esperienza" (Van der Kolk, McFarlane e Weisaeth, 1996; p.74).

In questo campo spesso le ricerche si sono focalizzate sul cercare una spiegazione delle azioni violente degli aggressori e dei loro effetti, nel carattere delle vittime stesse. Nel caso di ostaggi e prigionieri di guerra,

numerosi tentativi di ritrovare i supposti difetti della personalità, che avrebbero predisposto i prigionieri al lavaggio del cervello, hanno ottenuto risultati di scarsa consistenza (Herman, 2005). La conclusione inevitabile è che uomini normali, psicologicamente sani, possono, di fatto, essere coartati attraverso metodi disumani.

Anche per le situazioni di violenza domestica, in cui le vittime sono generalmente trattenute con la persuasione e non con la prigionia, la ricerca si è focalizzata sui tratti della personalità che predisporrebbero una donna a rimanere coinvolta in una relazione abusiva. La tendenza a biasimare le vittime ha interferito con la comprensione psicologica e la diagnosi della sindrome post traumatica poiché, invece di inquadrare la sintomatologia della vittima come una risposta alla situazione di abuso, gli specialisti della salute mentale hanno più spesso attribuito tale situazione a una presunta psicopatologia latente della vittima (Herman, 2005).

La responsabilizzazione delle vittime sembra legata al bisogno di mantenere una visione del mondo che ci restituisca una sensazione di efficacia e di controllo sulla nostra vita. Identificarci con la loro impotenza sembra più temibile che credere alle negazioni e giustificazioni degli aggressori (Bruno, 2007).

Abbiamo prova di questo, per quanto riguarda l'intervento nei casi di Violenza Domestica¹⁸, nell'applicazione dello strumento della mediazione o

¹⁸ La violenza domestica, termine mutuato dalla lingua inglese - Domestic Violence - si riferisce alla violenza da parte di un partner maschile verso una partner femminile e, nelle relazioni omosessuali, alla violenza di un/una partner prevalente sull'altro/a. Può configurarsi, come nelle pratiche di tortura, in una serie di strategie così sintetizzabili: aggressioni e privazioni, controllo e coercizione, perversione logica, effrazione e influenza sul mondo interno della vittima (Sironi, 2001). Questo tipo di violenza, che ha carattere di cronicità, avviene all'interno della famiglia o nel contesto di relazioni stabili di coabitazione che influenzano significativamente la soglia di percezione e di reazione da parte di chi la subisce. La violenza agita nei confronti delle donne all'interno delle mura domestiche, anche se non è esercitata direttamente sui figli che ne sono testimoni (violenza assistita), provoca gravi danni nello sviluppo dei minori e viene oggi identificata come violenza primaria al pari del maltrattamento fisico, psicologico, dell'incuria e dell'abuso sessuale. Inoltre, dai dati di ricerca emerge che nel 60% dei casi in cui c'è maltrattamento sulla donna, c'è anche una qualche forma di maltrattamento diretto sui figli e, viceversa, quando è presente maltrattamento diretto o abuso sessuale sui minori, spesso c'è anche violenza sulla madre. (Conferenza mondiale sulla violenza domestica. Singapore, Settembre 1998.)

terapia familiare a casi eclatanti di violenza. Riporto a questo proposito una comunicazione di Paola Di Blasio¹⁹:

“Rischi più gravi sono quelli di non saper valutare la pericolosità e di confondere la dinamica violenta con quella conflittuale. È prevedibile che professionisti anche esperti ma non specialisti del settore canalizzino i propri interventi su solchi consolidati ed efficaci nelle situazioni conflittuali e suggeriscano protocolli di mediazione nell’errata convinzione che siano idonei a risolvere tali problemi o quantomeno propedeutici a interventi successivi più decisi. Occorre su questo punto ribadire con un’estrema chiarezza che interventi errati di questo tipo non hanno, come si suol dire, un effetto “omeopatico” del tipo “se non sono efficaci, non fanno neanche male”. Hanno invece l’effetto devastante di diluire le responsabilità, di annullare le differenze tra vittima e persecutore, di confondere il livello delle intenzioni con quello delle azioni e, soprattutto, ottengono il risultato di rafforzare il persecutore, il partner violento e di rendere ancor più confusa e fragile la vittima facendola precipitare in un baratro in cui i significati delle azioni violente diventano per lei indecifrabili mentre la sua indecisione raggiunge livelli da paralisi”.

Confondere le situazioni di violenza con le situazioni conflittuali impedisce di entrare in contatto e comprendere una delle fondamentali caratteristiche delle situazioni di vittimizzazione cronica: il non riconoscimento della separatezza, autonomia e identità del soggetto che viene vittimizzato, al quale è tacitamente imposta un’aderenza all’universo di pensiero dell’aggressore.

L’oppressione come invisibilizzazione del mondo interno, della volontà, dei diritti e dei bisogni dell’oppresso (anche a se stesso) tende a negare la possibilità di un conflitto. Dunque, confondere le azioni con le intenzioni e spostare sul piano del conflitto e/o delle dinamiche intrapsichiche ciò che ha a che fare con condizioni portatrici di danno fisico e mentale può costituire un primo atto antiterapeutico nell’intervento (Bruno e Braccini, 2005).

Sandra Filippini (2005), nel suo libro *Relazioni Perverse*, dice:

“Tra gli psicoanalisti Cohen (1992) ha parlato di perversione e specialmente di perversità, per riferirsi al maltrattamento (mis-use) di una persona da parte di

¹⁹ Progetto *Fili e trame*, *Contro la violenza intrafamiliare verso donne e bambini. Costruzione di rete e integrazione degli interventi*, presentato sul bando Ministeriale “Fondo nazionale antiviolenza 2007” dall’Associazione Artemisia - Centro antiviolenza in partenariato con la Regione Toscana, la Provincia di Firenze, il Comune di Prato, il Comune di Pistoia, la Cooperativa Alice.

un'altra. L'autore descrive le perversioni come forme di dipendenza patologica, come organizzazioni difensive stabili e molto resistenti al cambiamento: le persone che maltrattano gli altri allo scopo inconscio di esteriorizzare i propri conflitti tendono a diventare dipendenti dalle loro vittime (questo può in parte spiegare i molti omicidi di donne da parte di partner "abbandonati"). Cohen dice che in queste relazioni l'altro viene "deumanizzato" e degradato a livello di oggetto parziale, ricettacolo dell'identificazione proiettiva del soggetto, della sua manipolazione onnipotente e del suo sfruttamento. Lo scopo di chi maltratta un altro è ottenerne il controllo negandone separatezza e autonomia".

Le dinamiche di vittimizzazione nella violenza cronica/maltrattamento

Scrive Sironi (2001): "L'isolamento deliberato dei pazienti dall'universo di riferimento nel quale è apparso il disturbo è presente in tutto il pensiero psicologico e psicopatologico, anzi, è addirittura uno dei suoi impliciti presupposti. Ma le conseguenze dell'influenza e dell'intenzionalità volta a danneggiare non hanno a che fare con gli affetti prodotti in maniera intrapsichica; sono invece, incontestabilmente, prodotte da un'azione. La cura delle vittime di traumi indotti deliberatamente dall'uomo deve considerare l'interazione. Quando si ha a che fare con l'intenzione di nuocere, non ci si può occupare solamente del paziente, ma è necessario considerare gli effetti dell'influenza ... All'origine dell'effrazione psichica e della conseguente devitalizzazione della vittima vi sono due elementi: l'identificazione inconsapevole con la teoria del persecutore (vedersi attraverso il suo sguardo) e la non comprensione conscia di quest'ultima ... La sofferenza delle vittime è frutto di un processo attivo, che continua a funzionare anche anni dopo le torture o i maltrattamenti. In questi casi, l'azione del terapeuta deve focalizzarsi sull'azione dei persecutori, per ritrovare, nei sintomi del paziente, la traccia ancora viva dei meccanismi attivati dal torturatore/maltrattante. Per contrastare l'efficacia dei processi traumatici impiegati ancora attivi, il terapeuta è costretto, in primo luogo, a ricercare l'intenzionalità dell'aguzzino e mostrarne la teoria al paziente. Dovrà stimolare nella vittima un'aperta capacità di rivolta, che permetterà di espellere l'azione interiorizzata del suo torturatore e di allontanare da sé il "suo sguardo".

Dai racconti delle donne maltrattate dal partner (Bruno, 1998; 2000; 2002; 2010; 2014), emerge spesso un modello tipico di comportamento degli aggressori domestici che può essere sintetizzato in alcune dinamiche sintetizzate nella figura 1.



Fig 1. Dinamiche nella vittimizzazione cronica

Il processo di iniziazione

Nelle prime fasi della relazione l'uomo si mostra molto innamorato, fa sentire la donna "scelta" per alcune sue caratteristiche positive e uniche. È frequente la richiesta di un'accelerazione del coinvolgimento e della scelta di convivere o sposarsi. La relazione viene caratterizzata come speciale, unica e diversa da tutte le altre. L'uomo si mostra possessivo e spesso geloso. Ciò fa credere alla donna, rispetto a una serie di stereotipi culturali sull'amore, di aver trovato la persona giusta.

Inizialmente, le richieste irragionevoli e le manovre d'isolamento sono attuate dall'aggressore con ricatti emotivi tesi a far sentire in colpa e inadeguata la partner se non si confà al suo volere. I comportamenti della donna vengono

significati con modalità del tipo *“se vuoi questo, vuol dire che non mi ami Se non fai questo, non te ne importa nulla di noi ... del nostro rapporto ... non sei una buona moglie ... I tuoi familiari ... i tuoi amici ... il tuo lavoro sono più importanti di me. Vuoi fare la stessa vita di prima, ma ora sei una donna sposata ...”*. Sembra venire proposta/imposta una nuova identità, necessaria al buon andamento del rapporto, per acquisire la quale essa deve rinunciare ai suoi precedenti punti di riferimento, abitudini, preferenze, interessi. In questa fase la donna tende ad adattarsi, anche in ragione di un'aderenza a un modello sociale di subordinazione al partner maschile, legittimato a definire l'adeguatezza della partner femminile.

Il processo d'influenza messo in atto dall'aggressore domestico è simile a quello tipico delle iniziazioni, dove il “prescelto” deve rinunciare, attraverso un processo di decondizionamento e ricondizionamento, a un'appartenenza a un mondo di relazioni e di significati acquisiti nel tempo, per entrare in un nuovo universo logico che gli permetterà di accedere a uno status e a un'identità speciali e significativi.

Le richieste, il controllo e le limitazioni della libertà personale diventano nel tempo sempre più illogici e assillanti e non ammettono rifiuti, rispetto ai quali possono iniziare o aggravarsi le aggressioni fisiche. L'isolamento della donna dai suoi familiari, amici e dall'ambiente di lavoro, costruisce le sbarre invisibili di una prigione, dove vige l'universo logico di significato imposto dall'aggressore. Si fissano nuove regole, alcune delle quali contrarie a ogni logica. Si crea deliberatamente una rottura con gli universi di riferimento. Bettelheim (1988) riporta che una persona esposta a condizioni estreme si comporta in un modo che essa stessa non può approvare. Appare, in questa persona, un conformismo e un'adattabilità a circostanze che sono al di là di quanto possa prevedere o aspettarsi. L'ambiguità che ne deriva è caratterizzata dalla malleabilità, permeabilità e non conflittualità, uno stato di non definizione, confusione, disorientamento (Sas, 1991). Ciò può creare variazioni multiple e dissociate della propria immagine di sé e di sé con l'altro, che non possono essere integrate (Van der Hart, Nijenhuis e Steele, 2006).

“Mi chiedo se cinquanta euro di multa per aver rotto un bicchiere, mentre lavavo i piatti, non fossero troppi? So che questo pensiero è assurdo, quando ne parlo con lei. Ma nella situazione era l'unico pensiero che avessi...”. Sono le parole di A., una signora che viveva una situazione di estrema coercizione, controllo e sfruttamento da parte del marito. L'uomo la multava con importi

differenziati, per presunti errori e inadempienze oltre che insultarla e picchiarla. L'universo di significati costruito dall'aggressore, attraverso i processi traumatici attivamente indotti con il controllo e lo stato di terrore continuo, sembra diventare l'unico possibile per la donna.

Aggressioni e privazioni

Procurare dolore fisico con pestaggi, bruciature, sistemi di contenzione ecc. Le privazioni del cibo, delle cure, degli oggetti personali, della privacy, della libertà di movimento e di contatto con l'esterno, isolando la vittima. Il terrore, con le minacce di aggressioni o morte al soggetto e/o alle persone care. La disumanizzazione attraverso continue denigrazioni e svalorizzazioni e soprattutto con la costrizione a pratiche sessuali umilianti e dolorose.

Controllo e coercizione

L'instaurazione di un ordine ossessivo, del controllo intrusivo e delle punizioni. Sanzioni per comportamenti che prima erano accettati. Obbligare a chiedere il permesso per qualsiasi cosa e punire anche per aver fatto una qualsiasi richiesta. La coercizione che produce una ritualizzazione estrema degli atti quotidiani e che porta a comportamenti ossessivi nelle vittime anche a lungo termine.

Perversione logica

Risa, ironia e derisione di fronte alla paura e al dolore delle vittime. Proporre situazioni di scelta impossibile che esitano comunque in un danno per la vittima che diventa colpevole di averlo provocato. Messaggi paradossali. Far agire la vittima in contrasto con i suoi valori, le sue idee, la sua etica per evitare un danno a sé o ad altri. Alternare in modo apparentemente casuale violenza e gentilezza ecc.

Effrazione psichica e influenza sul mondo interno della vittima

La trasformazione del mondo interno, attraverso l'effrazione psichica e l'influenza del torturatore/maltrattante, che invade e modifica. A causa dell'effrazione psichica, *"ciò che la vittima percepisce, sente e pensa è legato ad un altro, alla maniera in cui l'altro l'ha pensata, che si riflette in auto svalutazione, paura di parlare, di chiedere qualcosa, di offendere, di deludere ecc; questo pensiero altrui rimane nell'ombra ma onnipresente e acquisisce una*

densità psichica, ostacolando il vero percorso del pensiero proprio” (Sironi, 2001, pag.61).

Le vittime vengono “invase”, isolate dai loro punti di riferimento affettivi e sociali, private quindi di un “contenitore”, forzate all’accettazione della visione del mondo degli aggressori e “costrette” al silenzio dalla vergogna. Un esempio estremo è costituito dagli stupri etnici, dove è concretamente agita un’effrazione, un’invasione che modifica la realtà interna corporea delle vittime colonizzate, abitate dal nemico. Il feto, che è una parte del corpo della donna, sancisce un legame indissolubile con l’aggressore e un esilio dal proprio gruppo di appartenenza.

L’impatto sulle vittime

Nelle situazioni di trauma cronico (violenze familiari, torture), i meccanismi di adattamento messi in atto producono nelle vittime complessi cambiamenti a livello di funzionamento biologico e psicosociale.

Van der Kolk (1996) parla di uno “spettro di problemi trauma-correlati” che sono in funzione: della fase evolutiva in cui avviene o inizia il trauma, delle caratteristiche psicobiologiche del soggetto, della relazione con gli agenti responsabili del trauma, della durata dell’esperienza/e traumatiche e della disponibilità o meno di sostegno sociale. Soprattutto quando le violenze sono reiterate nel tempo e agite da figure significative, si verificano alcune alterazioni sul piano psichico come risvolto della disregolazione neurobiologica (Van der Kolk et al., 1996; Herman, 2005) che la traumatizzazione cronica ha provocato, con effetti sui sistemi psicologico, biologico e sociale e sulle loro interconnessioni.

In questi casi siamo di fronte a quello che viene definito Disturbo da Stress Post Traumatico Complesso (Herman, 2005). La sindrome si origina da traumi severi, prolungati e ripetuti, soprattutto di natura interpersonale (prigionia e tortura, abuso infantile cronico, maltrattamenti prolungati delle donne da parte dei partner).

Ai sintomi classici del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) (Yule, 2000) si aggiungono profonde alterazioni nel modo in cui gli individui vedono se stessi e il mondo e nel modo con il quale funzionano e interagiscono con gli altri: alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi, alterazioni nella percezione di sé e del/i persecutore/i, alterazioni nell’attenzione e nella coscienza, alterazioni negli schemi cognitivi di significato, alterazioni che riguardano la sfera delle relazioni, alterazioni che riguardano il piano somatico (Herman

2005; Van der Kolk et al., 1996; Van der Hart et al., 2006). Sono incluse nel concetto di PTSD Complesso caratteristiche tradizionalmente associate alla personalità. Sono ancora da indagare e considerare alcuni comportamenti per ridurre la tensione quali automutilazione, disturbi sessuali, disturbi alimentari, comportamenti impulsivi e abuso di sostanze. Spesso compaiono disturbi dell'identità e del senso del sé quali ridotta autoconsapevolezza, stati dell'Io contraddittori/poco integrati, diffusione del sé in presenza di forti emozioni oltre a un'alta suscettibilità all'essere influenzati.

Stanno, inoltre, emergendo dalle ricerche dati sugli effetti del trauma sul sistema immunitario che possono aiutarci nella comprensione e nella cura della somatizzazione. Esistono, infatti, complesse interconnessioni tra il cervello e il sistema immunitario, che sono mediate dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che è disregolato negli adattamenti post traumatici e nel PTSD (Van der Kolk et al., 1996).

Interventi nelle situazioni di violenza in atto

- Rilevare la violenza

Nel ruolo di psicologi va sottolineata l'importanza di una corretta diagnosi ai fini della costruzione di un piano di trattamento che risponda ai bisogni di cura del/della paziente.

Escludere – includere la presenza di violenza in atto (o nel passato, soprattutto in età evolutiva) è fondamentale al fine di evitare errori diagnostici e identificare il percorso di ammalamento che dà significato alla sintomatologia che la paziente porta.

La rilevazione di situazioni di maltrattamento sulle donne può essere un compito difficile e complesso a causa della natura della violenza, la varietà dei suoi effetti e la tendenza a considerare ciò che avviene all'interno della famiglia come qualcosa di privato in cui non intromettersi. Comportamenti ritenuti illegali fra estranei vengono spesso tollerati se agiti fra le mura domestiche. Inoltre, per quanto riguarda gli operatori, il non aver elaborato le proprie esperienze personali di maltrattamento subito, agito o di cui si è stati testimoni nell'infanzia porta a minimizzare, giustificare o addirittura a scotomizzare la presenza di situazioni di maltrattamento nei propri utenti (Pearlman e Saakvitne, 1995).

In una prima valutazione la maggior parte delle diagnosi hanno carattere provvisorio e richiedono ulteriori osservazioni o domande durante il trattamento per poterle confermare o modificare.

I Centri Antiviolenza, rifacendosi in generale alla letteratura e ricerca internazionale (Saunders, Kilpatrick, Resnick e Tidwell, 1989; Gondolf, 1997) raccomandano molta attenzione affinché le donne possano avere diagnosi appropriate e suggeriscono che venga presa in speciale considerazione la possibilità di presenza di disordini legati allo stress post traumatico. È necessario inoltre documentare i provvedimenti più idonei a garantire la sicurezza delle vittime e gli scopi delle terapie in riferimento al maltrattamento.

Se durante la procedura iniziale di valutazione sono poste domande strutturate sul maltrattamento, un numero doppio di donne ne rivela la presenza, rispetto a una prima intervista di tipo convenzionale (Saunders, Kilpatrick e Resnick, 1989). Ricerche in alcuni ospedali e centri psichiatrici documentano che il tipo di filtro convenzionale identifica solo dal 15 al 20% delle donne maltrattate accolte in questi servizi (Gondolf, 1997).

L'uso sistematico di indicatori specifici aumenta sostanzialmente la possibilità di rilevazione. Soprattutto è importante porre sempre domande chiuse, specifiche sul maltrattamento, simili a quelle usate nelle domande filtro per il suicidio, dato il numero sproporzionatamente elevato di donne picchiate e maltrattate che frequentano i servizi socio sanitari (Gondolf, 1997).

In numerosi pronti soccorsi statunitensi sono stati introdotti da molti anni strumenti filtro per accertare la presenza di maltrattamenti (Marshall, 1992). In Italia è all'inizio l'esperienza del Codice Rosa per un'adeguata accoglienza nei pronti Soccorso dei cosiddetti soggetti o fasce "deboli" fra cui è stata inserita nel nostro paese la categoria delle donne maltrattate.

- *Valutare il rischio*

Le pratiche violente, attraverso l'effrazione e l'influenza, costruiscono un universo logico che attacca la capacità di pensare in proprio della vittima (Bruno, 2007). Questa capacità di pensiero proprio va riattivata nel contatto di cura, che deve ricercare e portare alla luce l'azione contaminante della dinamica violenta.

Concentrarsi inizialmente sulle disfunzioni della vittima, per "guarirla-modificarla", ricalca la pratica messa in atto dall'aggressore. Fare ciò significherebbe, in questa fase, dar credito al pensiero che è stata maltrattata per come intrinsecamente essa è. *In altre parole, interessarsi alla natura del paziente vorrebbe dire inserirsi nella logica manipolatrice dei torturatori* (Sironi, 2001) negando la loro influenza distruttiva e "amalgamante". Siamo di fronte

a persone imprigionate in un processo confusivo e devitalizzante, “modificate” nella forma in cui sono state pensate dall’altro violento.

L’azione di chi cura dovrà in primo luogo contrastare la logica violenta portando alla luce i fatti e assumendo una chiara posizione rispetto all’inammissibilità della violenza in quanto violazione dei diritti umani (articolo 3, lett. a della Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica; Istanbul 11/05/2011). Questa posizione fa sì che l’operatore intervenga come attivatore di un processo di “controinfluenza” rispetto alla tendenza della donna a sopportarla.

Le persone in condizioni di coercizione, attraverso la dissociazione, la minimizzazione, la negazione e la razionalizzazione spesso imparano a modificare una realtà insopportabile sviluppando un pensiero doppio che condivide simultaneamente opinioni palesemente contraddittorie (Herman, 2005). Nello stesso tempo possono essere in contatto in modo alternato con percezioni di sé e della realtà più autentiche che producono sentimenti insostenibili d’impotenza, disperazione e senso di fallimento. Questi sentimenti spesso bloccano qualsiasi pensiero progettuale (Figura 2).



Fig 2. Possibili conseguenze delle dinamiche di coercizione

Gli operatori, nel contatto con vittime di violenza cronica, possono percepire un’aderenza e un’ambiguità rispetto all’aggressore e, di conseguenza, reagire con rabbia volendo definire, diagnosticare in modo conclusivo per il bisogno di sottrarsi al caos dell’indifferenziazione e all’impotenza (Bruno, 2005). Si può creare così una dinamica ritraumatizzante che conferma la diffidenza della donna e la sua difficoltà di fidarsi.

All'interno del funzionamento traumatico non esiste per il soggetto una visione del futuro, né la percezione di poter fare azioni che modifichino la propria realtà attuale, ciò che Walker (1979), rifacendosi a Seligman, chiama impotenza appresa. L'universo traumatico ha una fissità ripetitiva che impedisce di integrare una visione autonoma di sé nel tempo.

Tornare sulla "scena del crimine", e quindi affrontare la realtà della violenza, avrà anche un significato rispetto alla rilevazione dei livelli di rischio e di letalità.²⁰ (esistono a questo riguardo strumenti specifici²¹, per pensare e preparare con la donna un piano di emergenza e stimolare in lei azioni autoprotettive e protettive verso gli eventuali figli.

Quanto detto sopra ci riporta a quelle che sono le fasi dell'intervento quando siamo di fronte a una richiesta di aiuto per una situazione di violenza in atto, in presenza dunque di reazioni e/o adattamenti relativi alla condizione di stress traumatico:

- rilevazione delle dinamiche violente;
- valutazione del rischio;
- protezione come cessazione dell'esposizione alla violenza;
- accompagnamento nel percorso di uscita dalle situazioni violente;
- stabilizzazione ed empowerment;
- valutazione del danno e delle risorse;
- riparazione.

Intervenire in situazioni di trauma in atto presuppone una prima fase di rilevazione precisa delle condizioni di danno (tipo ed entità delle violenze subite, condizioni di rischio, tipologia del reato subito) con conoscenze e strumenti adeguati.

²⁰ Convenzione di Istanbul, Articolo 51: Valutazione e gestione del Rischio: "Gli organi statali devono adottare le necessarie misure legislative o di altro tipo per garantire che la valutazione del rischio di letalità, la gravità della situazione e il rischio di violenza ripetuta siano condotti da tutte le autorità competenti al fine di gestire il rischio e, se necessario, fornire una sicurezza coordinata e di supporto".

²¹ La valutazione del rischio prende in esame tre aree di valutazione: entità e gravità delle aggressioni subite - possibilità che si ripetano nell'immediato futuro - possibilità che si aggravino nell'immediato futuro.

Il primo obiettivo è dunque rilevare e valutare il rischio ai fini di un'adeguata protezione e tutela della vittima, come prerequisito per programmare un intervento di valutazione del danno e delle risorse e dei bisogni di cura.

- *Requisiti per un intervento professionale adeguato*

Per lavorare con le vittime di violenza occorre una competenza specifica onde evitare alcuni rischi professionali fra cui i seguenti:

- errori diagnostici;
- responsabilizzazione/colpevolizzazione della vittima, rivittimizzazione;
- "io ti guarirò";
- lavorare da soli;
- non considerare la violenza come reato e una violazione dei diritti umani;
- confondere il conflitto con il maltrattamento;
- utilizzare tecniche e strumenti inadeguati;
- rischio più alto di traumatizzazione vicaria.

Conclusioni

Uno psicologo che si viene a occupare di violenza di genere, per poter fare un intervento professionale adeguato, occorre avere:

- elaborato le proprie esperienze personali di maltrattamento subito, agito o di cui si è stati testimoni nell'infanzia;
- acquisito una conoscenza delle linee guida internazionali, in particolar modo delle ricerche e indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- appreso una conoscenza dei riferimenti legislativi nazionali rispetto ai reati correlati alla violenza;
- sviluppato competenze specifiche in campo vittimologico, criminologico e della psicotraumatologia;
- assimilato una padronanza di un approccio multidisciplinare in cui s'incontrano gli ambiti giudiziario, della salute psicofisica e sociale.

Bibliografia

Bettelheim, B. (1988). *Il cuore vigile*. Adelphi, Milano.

Bruno, S.T. (1998). *“Maltrattamento e violenza alle donne: dinamica ed effetti a breve e lungo termine”*. In *Il Seme e l'Albero*, 2-3, 16-25, Fondazione A. Devoto. Firenze

- Bruno, S.T. (2000). *“Compresenza di violenza intrafamiliare sulle donne e uso di alcol: importanza di una precisa rilevazione per la programmazione di interventi efficaci.”* In *L'alcol nell'universo femminile*, Nicola Editore, Napoli.
- Bruno, S.T., (2002). *“Percorsi di uscita dalla violenza”*. In *Trattato Completo degli Abusi e delle Dipendenze*, a cura di Nizzola U., Pissacroia M., Piccin, Padova.
- Bruno, S.T. (2002). *“Maltrattamento e violenza sessuale sulle donne all'interno della famiglia”*. In *L'approccio clinico al maltrattamento e alla violenza sessuale*, a cura di Metella Dei, 2002, Università degli Studi di Firenze e Regione Toscana.
- Bruno, S.T. (2005). *“Le emozioni delle operatrici e degli operatori nel lavoro con donne vittime di violenza”*. In *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno xxv, n° 2, 1.2.2005, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano
- Bruno, S.T., Braccini M., (2005). *“Interventi clinici con le madri maltrattate. Il danno alla genitorialità: un caso”*. In *La violenza assistita intrafamiliare*, a cura di Luberti R. e Pedrocco Biancardi M.T., Franco Angeli, Milano.
- Bruno, S.T., (2007). *Costruzione di un intervento integrato nei casi di violenza*, In - *Atti del Convegno: L'impegno delle istituzioni contro la violenza a donne e minori - C.P.O. della Provincia di Prato*, 2007.
- Bruno, S.T., (2007). *I centri antiviolenza in Italia: una risposta per le donne vittime di violenza*, In - *Servizi Sociali Oggi*, anno 12. n° 2/ 2007. Maggioli Editore, Modena.
- Bruno, S.T., (2007). *Case di Accoglienza: una risposta per le donne e una risorsa per i servizi territoriali*, In - *Violenza Contro le donne Compiti e Obblighi del Ginecologo - a cura di V. Dubini, A. Citernes, M. Dei, A. Kusterman -Editeam, Cento (Fe)*.
- Bruno, S.T., (2007). *Violenza e legame: una sfida terapeutica*, In - *Trasformazioni - rivista della Società di Psicoanalisi Interpersonale e Gruppo Analisi*, n°4 - Dicembre 2007
- Bruno, S.T., (2010). *La Violenza contro le donne e i diritti umani*, in - *Quaderni - Rivista della fondazione Ernesto Balducci*, n.22 - 2010
- Bruno, S.T., (2010). *La rilevazione e valutazione del rischio presupposto per intervenire in modo efficace. Gli indicatori di rischio*, In - *Fili e Trame: la violenza intrafamiliare verso donne e bambini, costruzione di rete e integrazione degli interventi - Litografia IP Firenze*, 2010

- Bruno, S.T., (2010). *Diffusione sperimentale di una griglia modulare di rilevazione della violenza domestica e assistita*, In – Fili e Trame: contro la violenza intrafamiliare verso donne e bambini, costruzione di rete e integrazione degli interventi – Litografia IP Firenze, 2010
- Bruno, S.T., (2010). *Impatto traumatico delle dinamiche di vittimizzazione: riflessioni sull'intervento nei casi di violenza domestica*, in – Link rivista scientifica di psicologia, n° 14 – 2010.
- Bruno, S.T., (2010). *La presa in Carico Psicologica di Donne Vittime di Violenza e la Valutazione del Rischio ai Fini della Protezione*, In – Violenza Contro le donne Compiti e Obblighi del Ginecologo, seconda edizione – a cura di V. Dubini, – 2010 Editeam, Cento (Fe).
- Bruno, S.T., (2014). *La presa in carico e la tutela delle vittime di stalking: importanza di una corretta valutazione del rischio*, in -Dalla parte dell'Uomo, Rivista Trimestrale Ass. Erich Fromm - n° 10 – 2014.
- De Girolamo, G., Romito, P., a cura di, (2014). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee guida cliniche dell'OMS*. Fioriti Editore, Roma.
- De Zoluetta, F., (1999). *Dal Dolore alla Violenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dutton, D.G., (2000). "Witnessing parental violence as a traumatic event shaping the abusive personality". In R.A. Geffner, P.Jaffe & M. Suderman (eds.) *Children Exposed to Domestic Violence*. Haworth Press, New York.
- Dutton, D.G., (1998). *The abusive personality*, The Guilford Press, New York London.
- Dutton, D. G., & Holtzworth-Munroe, A. (1997). The role of early trauma in males who assault their wives. In D. Cicchetti & S. L. Toth (eds.) *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. University of Rochester Press.
- Dutton, D. G., & Painter, S.L., (1981). "Traumatic bonding: the development of emotional attachment in battered women and other relationship of intermittent abuse", *Victimology*, 6, 139-155
- Giannantonio, M., (2003). a cura di, *Psicotraumatologia e psicologia dell'Emergenza*. Ecomind, Salerno.
- Filippini, S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*(Vol. 8). FrancoAngeli. Fonagy P. et al., (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Cortina, Milano.

- Gleason, W.J., (1993), "Mental disorders in battered women: an empirical study". *Violence and victims* 8, 29-40
- Gondolf, E. W. (1997). *Assessing woman battering in mental health services*. Sage.
- Graham D., Rawlings E.R., (1987), "Survivor of terror: battered women, hostages, and the Stockholm Syndrome". In Yllo K, Bograd M (eds.) *Feminist perspectives on wife abuse*, Sage, Newbury Park, California.
- Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Magi.
- Hudson, W. & McIntosh, S., (1981), "The Assessment of Spouse Abuse: two quantifiable dimensions"., *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-884
- Kemp, A., Rawlings, E.I., & Green, B.L., (1991), "Post-traumatic Stress Disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Woman Syndrome" , *Psychotherapy*, 28, pp.21-34.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D. & Eaves, D. (2003). S.A.R.A. Spousal Assault Risk Assessment. British Columbia Institute Against Family Violence, Vancouver. Versione italiana (2004) a cura di Baldry A.C., D'Ambrosio A., *Manuale per la valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza domestica*.
- Levi, P., (1947). *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1967.
- Luberti, R., (2006). "Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore", in Vite in Bilico, Bianchi D. e Moretti E., a cura di, pp. 73-126.
- Malacrea, M., (2006). "Caratteristiche, dinamica ed effetti della violenza su bambini e bambine", in Vite in Bilico, Bianchi D. e Moretti E., a cura di, pp.3-71
- Marshall, L. L. (1992). The severity of violence against men scales. *Journal of Family Violence*, 7(3), 189-203.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Sas, S. A. (1991). Ambiguity as the route to shame. *The International journal of psycho-analysis*, 73, 329-341.

- Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Tidwell, R. P. (1989). Brief Screening for Lifetime History of Criminal Victimization at Mental Health Intake A Preliminary Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(3), 267-277.
- Schore, A.N., (2003). *Affet dysregulation and disorders of the self*, Norton & Company, New York.
- Sironi, F. (2001). *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli Editore.
- Unione Europea, (2011). Convenzione di Istanbul, Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford.
- Walker, L. E. (1979). How battering happens and how to stop it. *Battered women*, 59-78.
- Yule, W., (2000). *Disturbo Post Traumatico da Stress: aspetti clinici e terapia*. McGraw-Hill, Milano.

Bambini vittime e testimoni di violenza: dalla rilevazione alla presa in carico

Petra Filistrucchi

Psicologa, Psicoterapeuta, Associazione Artemisia

La letteratura riconosce ormai da tempo la violenza assistita come un maltrattamento diretto sui minori²²: infatti, ai maltrattamenti diretti è assimilabile per gli effetti che ne derivano e perché *“comporta un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell’ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere”* (WHO, 2002).

La consapevolezza di quanto sia necessario assicurare un’efficace protezione a tutti i soggetti esposti alla violenza domestica è maturata in Italia a partire dagli anni 90, dal lavoro di protezione e sostegno delle donne vittime di violenza nell’ambito di alcuni centri Antiviolenza (Luberti, 2006). Tra questi l’Associazione Artemisia dove, fin dalla sua apertura, è sempre stata attiva un’équipe di lavoro²³ che si occupa di abuso e maltrattamento all’infanzia. È stato proprio a partire dall’esperienza di lavoro con le donne e con i figli e le figlie testimoni di violenza (e in particolare dal contatto con i loro danni e bisogni) che questa équipe ha dato contributi, importanti a livello scientifico, al riconoscimento del trauma generato dalla violenza domestica sui bambini coinvolti nell’assistere o percepire indirettamente le violenze commesse sulla madre. Nel

²² La Conferenza Mondiale sulla Violenza Domestica a Singapore del 1998 e la Conferenza mondiale Ipswich Stop Domestic Violence del 1999 avevano già considerato la violenza assistita come un maltrattamento primario.

²³ Il presente contributo nasce dall’esperienza di lavoro e dalle riflessioni condivise con le operatrici dell’Associazione Artemisia, in particolare dell’équipe del Settore Minori che negli anni ha avuto il contributo di Roberta Luberti, Beatrice Bessi, Donata Bianchi, Francesca Moscati, Monica Braccini, Patrizia Bucarelli, Orsetta Mongiò, Sara Simone, Giuditta Saba, Selvaggia Prevete.

2003 il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, di cui Artemisia fa parte, presentò proprio a Firenze durante il primo Congresso Nazionale sul tema dei bambini testimoni di violenza la definizione di violenza assistita a cui tuttora facciamo riferimento²⁴

*« Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici ».*²⁵

La violenza di cui questi bambini sono vittime e testimoni avviene all'interno di relazioni significative: è questo un aspetto centrale per capire il senso che assume nel loro sviluppo psicofisico assistere ad atti ripetuti e imprevedibili di violenza fisica, psicologica, economica e sessuale, nonché gli effetti pervasivi che produce. Il loro quotidiano è caratterizzato dalla mancanza di regolarità e dall'imprevedibilità. L'assenza di regole o la loro discontinuità, l'assenza di ritmi, privano il bambino di una fonte importante di sicurezza emotiva; l'ambiente familiare stesso è "traumatogeno", "ammalante": la violenza ri-significa ogni altra esperienza).

Possiamo trovare nei bambini che assistono a violenza una profonda deformazione dei concetti e dei sentimenti associati al senso di giustizia, di

²⁴ Roberta Luberti, socia fondatrice di Artemisia e Responsabile del Settore Minori dal 1994 al 2006, era allora anche Presidente del C.I.S.M.A.I.

²⁵ Questa definizione e molte riflessioni emerse anche nel corso del Congresso confluirono nell'importante documento redatto dalla Commissione sulla Violenza Assistita del CISMAI Requisiti minimi per l'intervento nei casi di violenza assistita da maltrattamento con le madri nei casi di violenza assistita, 2005.

norma, di equità, di responsabilità e una possibile compromissione della capacità empatica (Di Blasio, 2000).

I bambini sono esposti in vari modi alla violenza (osservano passivamente paralizzati dalla paura, sono coinvolti nelle dinamiche violente da entrambi i genitori, possono essere bersaglio dell'aggressione...), ma sempre si trovano costretti a mettere in atto strategie di adattamento faticose per garantire la propria sopravvivenza psicologica e far fronte a compiti paradossali: preservare la fiducia in genitori inaffidabili (i genitori stessi sono fonte di pericolo piuttosto che di protezione), sentirsi sicuri in un ambiente pericoloso, sentire di avere il controllo in una situazione imprevedibile, mantenere il potere in una situazione di impotenza. Le varie strategie di adattamento che possono mettere in atto richiedono loro il mantenimento di uno stato di allerta permanente, la capacità di codificare gli stati interiori dell'aggressore con una sorta di automatismo nella risposta al segnale di pericolo, lo sviluppo di complesse strategie di controllo. In questi bambini spesso si provoca una polarizzazione. Una parte di loro è costretta a diventare adulta precocemente mentre un'altra parte, la parte affettiva, rimane immobile e ghiacciata, cessa di progredire, affettivamente malnutrita e afflitta dall'ambiguità dei rapporti familiari.

Sappiamo ormai che gli effetti a breve, medio e lungo termine che derivano dall'essere stati testimoni di violenza investono tutte le aree di funzionamento dell'individuo e si manifestano a livello psicologico, emotivo, relazionale, cognitivo, comportamentale, sociale e fisico.

L'esperienza clinica, il lavoro di protezione e quello di reinserimento sociale, nonché l'attività di ricerca confermano che la violenza ha un impatto tanto più grave e perdurante nel tempo, quanto più a lungo gli eventi restano sommersi e non vengono individuati; sono ripetuti nel tempo; sono gravi; comportano una risposta di protezione alla vittima ritardata o elusa; sono caratterizzati da un vissuto traumatico negato, rimasto non espresso o non elaborato; hanno danneggiato le relazioni primarie (Romito, 2011).

La diffusione del fenomeno

A Livello Nazionale

In Italia ci sono più di 90.000 bambini maltrattati. **1 bambino su 5** è vittima di violenza assistita.

Indagine Nazionale promossa dall'Autorità Garante Infanzia e Adolescenza, CISMAI Terres des Hommes con la collaborazione di ANCI e ISTAT (2015)

ISTAT (2015) ha stimato che 6 milioni e 788 mila donne italiane hanno subito nella vita almeno un episodio di violenza. Il **65,2%** di esse ha dichiarato che i figl* ne sono stati testimoni.

A livello locale

Negli anni 2010-2015 9.098 ragazzi di cui **7.010** minorenni sono stati vittime di violenza assistita

VII Rapporto sulla Violenza di Genere in Toscana. Il rapporto dedica un capitolo di approfondimento al tema della violenza assistita.

Ad Artemisia su 800 bambini vittime di violenza assistita nel 2014, per 111 di essi sono stati attivati interventi mirati per un percorso di riparazione dei danni derivanti dall'esser stato testimone

Negli anni la sensibilità e la consapevolezza sono sicuramente cresciute. Lentamente si è sviluppata e diffusa una sensibilità e un'attenzione ai figl* per capire come stavano, quali erano i loro bisogni e quali gli effetti dell'assistere per anni alle violenze. Tuttavia ancora troppo spesso accade che rilevare la violenza assistita e interrogarsi sulle più efficaci modalità di presa in carico dei bambini vittime e testimoni di violenza domestica sia sottovalutato nella sua importanza e rimandato nell'esperienza di lavoro di ciascuno di noi troppo a lungo.

In proposito è importante sottolineare che la Convenzione del Consiglio di Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - nota come Convenzione di Istanbul - oltre a riconoscere

che “i bambini sono vittime di violenza domestica anche in quanto testimoni di violenze all’interno della famiglia”, afferma con chiarezza

«Le Parti adottano le misure legislative e di ogni altro tipo necessarie per garantire che siano debitamente presi in considerazione, nell’ambito dei servizi di protezione e di supporto alle vittime, i diritti e i bisogni dei bambini testimoni di ogni forma di violenza rientrante nel campo di applicazione della presente Convenzione²⁶ ».

L’esperienza di lavoro nel contrasto alla violenza domestica ci mostra quotidianamente quanto ancora ci sia da fare per tenere “debitamente conto dei diritti e dei bisogni” dei bambin* che assistono. Ricorrono alcune criticità nelle varie fasi dell’intervento su cui è utile soffermarsi ed importante prestare attenzione.

La rilevazione precoce

*«Quello che spesso manca è una **rilevazione precoce** delle situazioni di violenza domestica e una **tempestiva valutazione** del grado di pericolosità delle situazioni per i minorenni che assistono»²⁷.*

I tempi della rilevazione e dell’intervento hanno un’inevitabile ricaduta sulla gravità del danno e sull’efficacia dei percorsi di riparazione, poiché il tempo che passa favorisce l’irrigidimento degli adattamenti difensivi, l’inasprimento dei comportamenti sintomatici, l’intensificarsi di vissuti di sfiducia, di impotenza, di rassegnazione, di sconforto. Un intervento troppo posticipato nel tempo sembra dimenticare che la vita quotidiana di questi bambini non può fermarsi nell’attesa, genera sfiducia e sconforto e, in assenza di una corretta rilevazione, rischia di trasmettere messaggi ulteriormente danneggianti e confusivi, che possono

²⁶ ART 26 Protezione e supporto ai bambini testimoni di violenza. Punto 1.

²⁷ Documento di proposta elaborato sulla base dei lavori della Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni (Maggio, 2015), istituita dall’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza.

rinforzare i meccanismi disfunzionali messi in atto dai bambin*. Le piccole vittime possono infatti vedere confermata la loro convinzione di essere la causa delle difficoltà familiari, possono rinforzare i propri meccanismi di adattamento, di inversione di ruolo, di adesione a modelli di comportamento violento o di vittimizzazione, perché manca una ridefinizione della situazione familiare, con una corretta problematizzazione e attribuzione di responsabilità al genitore maltrattante.

Questo accade sia quando la violenza domestica non viene rilevata, sia quando l'intervento a sostegno delle madri vittime non tiene sufficiente conto da subito dei bisogni dei bambin* e non valuta in modo sufficientemente complesso ed esauriente la pericolosità della situazione per il minore così da non riuscire a garantire che la salvaguardia dei bisogni psicologici del minore rimanga sempre prioritaria rispetto a qualsiasi altro obiettivo.

La confusione tra violenza e alta conflittualità

«A livello giuridico la violenza assistita non è considerata un reato nei confronti dei minorenni, mentre da parte dei servizi sociali e del Tribunale Ordinario sez. Civile nelle situazioni di separazione, soprattutto conflittuale, si rileva la tendenza a confondere fra violenza assistita e alta conflittualità nella coppia, con una sottovalutazione della prima e un'enfatizzazione della seconda, che porta a individuare poi soluzioni che non sempre sono a maggior tutela dell'interesse superiore della persona di minore età, quali, ad esempio: sollecitare la mediazione familiare anche in presenza di maltrattamenti fisici e/o psicologici, generalmente nei confronti della madre, presupponendo una parità delle parti che è esclusa nelle situazioni di violenza, come specifica l'art. 48 della Convenzione di Istanbul; non tenere in dovuta considerazione gli episodi di violenza vissuti dai figli minorenni, e tutti gli elementi processuali, al momento di determinare i diritti di custodia e di visita dei figli²⁸».

²⁸ Ibidem

Spesso conflitto e maltrattamento sono confusi. Del resto il maltrattamento ancora spesso viene identificato con le singole esplosioni di violenza fisica, con agiti isolati di cui sono evidenti le prove ed i segni e che sono letti come momenti di mancanza di controllo degli impulsi. Al contrario per rilevare la violenza è imprescindibile metterne a fuoco la dinamica, l'andamento ciclico ben noto, allargando lo sguardo e ampliando l'orizzonte temporale di osservazione (Bessi, 2011). Stando attenti a non considerare maltrattamento solo il maltrattamento fisico ed in particolare le situazioni pericolose/letali, occorre prestare molta attenzione al maltrattamento psicologico e allo stalking, di cui spesso non ci sono prove evidenti e che si sostanziano in atti apparentemente irrilevanti e poco significativi, se considerati uno ad uno.

Il riconoscimento delle situazioni di violenza domestica (e la differenziazione rispetto a situazioni di conflittualità) richiede in una prima fase l'adozione di un registro descrittivo, in cui la realtà viene definita in termini di interazioni, comportamenti e fatti, distinti e non confusi con gli aspetti intrapsichici dei due ex partner.

La differenziazione conflitto-violenza però risulta particolarmente complessa durante e dopo la separazione, con un conseguente fortissimo impatto sui figl* testimoni. In questa fase la conflittualità tra coniugi raggiunge infatti spesso il suo apice, rinforzata dagli scontri legali, dall'urgenza di vedersi giuridicamente risarciti dal punto di vista psicologico, oltre che economico. Al contempo anche nelle situazioni di violenza domestica il momento della separazione è una fase particolarmente delicata: contrariamente a quanto si tenda a pensare, la letteratura riconosce che in questa fase di interruzione della convivenza e di rottura del legame si assiste ad un rilevante aumento del rischio e che, anche qualora il maltrattamento fisico venga in effetti interrotto con la separazione, si ha spesso un aumento del maltrattamento psicologico o dello stalking, agito in modo consistente attraverso i figl* (Bucarelli, Filistrucchi, 2014).

La confusione è sostenuta dal rischio in situazioni di separazione caratterizzate da una particolare complessità di presumere un uso strumentale dell'accusa di violenza domestica e di pensare che vengano indotti nei bambin* sintomi o comportamenti e verbalizzazioni oppositivi, con il risultato a volte di non ascoltare realmente il suo disagio. D'altra parte l'osservazione clinica aiuta ben poco. La lettura dei comportamenti dei bambin* difficilmente è univoca, sia nelle separazioni altamente conflittuali sia nelle situazioni in cui sono vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. Spesso prevale una profonda

ambivalenza e i bambin* si mostrano arrabbiati con le madri che non li hanno protetti o attaccati loro ansiosamente; rifiutanti verso il padre o adesivi e desiderosi di compiacerlo (Bessi, 2011). Vissuti così complessi saranno elaborati solo nel corso di lunghi e specializzati percorsi di riparazione, che aiuteranno i bambin* a comprendere e dare nuovi significati alle esperienze familiari vissute. Tuttavia questo non sarà mai possibile se non vengono riconosciuti come vittime di violenza assistita, all'interno di un coerente contesto di protezione. Questi sono i primi fondamentali danni che conseguono ad una mancata rilevazione di violenza domestica (Bucarelli, Filistrucchi, 2014). Nelle situazioni di violenza domestica che vengono lette come situazioni ad alta conflittualità a seguito di una confusione di interpretazioni e rispetto alle quali è mancato un intervento adeguato. Quello a cui, infatti, assistiamo di frequente, a separazione avvenuta, è la reiterazione del maltrattamento attraverso i figl*.

Il danno si trasmette attraverso un'espressione alterata delle funzioni genitoriali del genitore vittima e del maltrattante.

Un'altra criticità ricorrente deriva dalla diffusa difficoltà a riconoscere (o in alcuni casi dalla scarsa conoscenza specialistica) che i danni ai bambin* testimoni si trasmettono anche attraverso un'espressione alterata delle funzioni genitoriali, tanto della vittima quanto del genitore maltrattante e che la violenza domestica rappresenta una condizione di danno per la genitorialità (Bessi, 2012)

Per quanto riguarda in particolare le madri, la violenza subita, soprattutto se ha acquisito carattere di cronicità, produce un danno trasversale alla rappresentazione di sé come donna e come madre e alle capacità di accudimento. Vivendo in uno stato di allerta permanente e svalutata nella sua capacità genitoriale, si attiva spesso nella madre, sin dai primi mesi di vita dei figli, un meccanismo di rinuncia e distanziamento, che la rende a tratti poco disponibile emotivamente, dominata da vissuti di ansia, paura e impotenza, e poco capace di esercitare un'adeguata funzione protettiva ed affettiva.

La continuità e la coerenza stessa delle cure che una madre può dare al figlio possono essere profondamente minacciate nelle situazioni di violenza domestica e le madri possono dare risposte molto diverse ai figli a seconda che il partner sia o no presente (Bruno, Baccini, 2005).

La consapevolezza del danno che il maltrattamento provoca al modo di essere madre è centrale nella progettazione dell'intervento ed è importante esplicitarlo perché le valutazioni, che spesso sono collegate alla necessità di disciplinare l'affidamento dei figli, possono restituire una valutazione fotografica che mette a

fuoco prevalentemente le inadeguatezze della madre, senza ricondurle al danno da maltrattamento. Al contrario il processo di valutazione dovrebbe dispiegarsi lungo tutto il percorso di presa in carico nell'uscita dalla violenza e difficilmente può essere ben assolto in via esclusiva e solitaria, come spesso accade, da un esperto in sede di consulenza tecnica civile. La rete degli operatori dovrebbe piuttosto essere capace di fronteggiare quelle resistenze e quegli adattamenti che rendono la madre per prima inconsapevole del danno che la situazione di violenza cronica ha causato alla sua capacità di essere genitore, né tanto meno del danno e della sofferenza dei figli*; l'intervento dovrebbe muoversi verso un riconoscimento di questi danni e dei connessi bisogni di protezione, elementi base della riparazione della relazione madre-figli*.

Un altro punto di attenzione, evidente quando si lavora con i bambini* testimoni di violenza, deriva dal fatto che

« nella valutazione del genitore maltrattante, infatti, accade spesso che l'aspetto della violenza venga connesso esclusivamente al rapporto con la madre²⁹ »

Al contrario per la declinazione di un intervento specifico con il padre maltrattante e la valutazione della sua recuperabilità genitoriale occorrono criteri e procedure specifici, che hanno alla loro base il contrasto dei meccanismi di negazione finalizzato all'ammissione di responsabilità e al riconoscimento dell'impatto che il proprio comportamento produce, cosa ulteriore e assai diversa dalla sola interruzione del comportamento maltrattante; questi elementi sono prerequisiti rispetto alla possibilità di riparare la relazione con il proprio figlio (Cirillo, 2005) e sono necessari al bambino stesso per essere accompagnato verso un'integrazione delle rappresentazioni relative al padre. È questo che rende drammaticamente grave anche per il genitore maltrattante malfunzionamenti della rete, inclusi i Tribunali, da cui possono derivare letture deresponsabilizzanti, che individuano il problema più che nell'illegittimità del comportamento del singolo nella difficoltà della coppia di ex coniugi a trovare accordi nell'interesse dei figli, reintroducendo in questo modo un principio di parità e reciprocità che non appartiene alle situazioni di maltrattamento (Bucarelli, Filistrucchi, 2014). Ad oggi anche nelle situazioni di maltrattamento riconosciuto, a fronte

²⁹ Documento di proposta elaborato sulla base dei lavori della Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni (Maggio, 2015), istituita dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza.

di procedimenti giudiziari che durano anni, sconnessi dai tempi di crescita dei bambini, il padre maltrattante il più delle volte scompare dagli interventi dei Servizi e, anche quando si rileva la necessità di attivare gli incontri protetti, questi costituiscono l'unico intervento attivato sulla relazione padre-figli* (Bianchi, 2010).

Il diritto dei bambini e delle bambine ad un percorso psicologico di riparazione

L'ultimo punto di attenzione riguarda la possibilità per il bambino* vittima di accedere ad una valutazione ed eventuale presa in carico psicoterapeutica in assenza del consenso del genitore maltrattante. Leggiamo ancora in proposito nella Convenzione di Istanbul:

«Le misure adottate conformemente al presente articolo comprendono le consulenze psicosociali adattate all'età dei bambini testimoni di ogni forma di violenza rientrante nel campo di applicazione della presente Convenzione e tengono debitamente conto dell'interesse superiore del minore³⁰».

Ad oggi, in assenza del consenso di uno dei due genitori, quando non ci sono provvedimenti limitativi della responsabilità genitoriale, occorre un provvedimento di autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria i cui tempi nella maggior parte dei casi non consentono una valutazione e un eventuale presa in carico psicologica congrua nei tempi ai bisogni dei bambini*, nemmeno in situazioni di gravità e/o in presenza di sintomatologie. Questo benché si sappia che un percorso individuale per il bambino* consenta di ricostruire e ridare significato alle esperienze vissute, di elaborare aspetti più specifici dell'esperienza traumatica, di aiutare a riconoscere e legittimare i vissuti emotivi, di affrontare i meccanismi di difesa patologici adottati al fine di sostituirli con difese più evolute (Moscati, 2005).

³⁰ Art 26. Punto 2. Convenzione di Istanbul

Conclusioni

Per concludere sembra importante sottolineare che la violenza assistita in questo momento suscita grande attenzione relativamente ai danni e alla gravità dell'assistere, ma ad essa si accompagna purtroppo una scarsa concretezza nelle capacità del sistema di rispondere con interventi di protezione e riparazione, integrando le risposte per i bambini che assistono e per le loro madri e, anche, per i padri che hanno agito maltrattamento; integrando le risposte anziché frammentando le domande tra Servizi diversi. D'altra parte questo secondo è il grande tema del contrasto alla violenza oggi. Lo vediamo nell'aumentare dei punti di accesso e richiesta di aiuto, nel crescere della consapevolezza e dell'attenzione nel monitoraggio dei dati degli accessi, a cui purtroppo non corrisponde ancora realmente una chiarezza dei percorsi né per le donne né per i loro figli, né per i padri che hanno agito maltrattamento.

Bibliografia

- AAVV, Settimo Rapporto sulla Violenza di genere in Toscana – Anno 2015, Regione Toscana.
- Bessi, B. (2011), L'ascolto dei bambini vittime di violenza assistita, in Bianchi D. (a cura di) *Ascoltare il minore. Interventi di protezione e tutela di bambini e adolescenti*, Roma, Carocci.
- Bessi, B., Bianchi, D. (2012), *I percorsi genitoriali educativi e riparativi fuori dalla violenza domestica*, in *Minorigiustizia*, n. 3-2012.
- Bianchi, D. (a cura di) *Ascoltare il minore. Interventi di protezione e tutela di bambini e adolescenti*, Roma, Carocci.
- Bianchi, D. (2010) *Dalle buone intenzioni alle buone pratiche: pensieri e riflessioni dai focus-group del Progetto "Fili e Trame"*, in AAVV Progetto Fili e Trame. Contro la violenza intrafamiliare verso donne e bambini*
- Braccini, M. (2010), *La violenza assistita: come rilevare e far emergere il fenomeno e valutarne i danni*, in AAVV Progetto Fili e Trame. Contro la violenza intrafamiliare verso donne e bambini*
- Bruno, T., Braccini, M. (2005), Interventi con le madri maltrattate. Il danno alla genitorialità: un caso, in Luberti R., Pedrocco Biancardi M. T. (2005), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano, Franco Angeli.

- Bucarelli, P., Filistrucchi, P. (2014), *Conflittualità e violenza domestica: distinguere per proteggere i bambini*, Intervento al Congresso Nazionale CISMAI, *Il bambino separato: genitori in conflitto e figli invisibili. Percorsi di tutela e cura*, Rimini 24-26 Ottobre 2015.
- Cirillo, S. (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina
- Di Blasio (2000), *Psicologia del Bambino Maltrattato*, Bologna, Il Mulino.
- Di Blasio (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Edizioni Unicopli
- Luberti, R. (2006) "Violenza assistita: un maltrattamento "dimenticato". Caratteristiche del fenomeno e conseguenze", in Bianchi D. Moretti (a cura di), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva sui maltrattamenti e gli abusi*, Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Luberti, R., Pedrocco Biancardi, M. T. (a cura di) (2005), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano, Franco Angeli.
- Moscato, F. (2005), *Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, in Pedrocco Biancardi, M. T. (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano, Franco Angeli.
- Romito, P. (2011). *La violenza di genere su donne e minori: un'introduzione* (Vol. 83). Franco Angeli.



Percorsi per la Promozione del
Benessere nelle Relazioni di Coppia

SECONDA PARTE

Stereotipi di genere nei mass media e responsabilità genitoriale

Jacopo Piampiani

*Psicologo, Psicoterapeuta, Mediatore Familiare, Co-fondatore
Associazione LUI*

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che *“la violenza comporta un'esperienza traumatica vissuta da oltre il 35% delle donne in tutto il mondo”*. Complessivamente la violenza è una tra le maggiori cause di morte a livello mondiale per gli individui di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Secondo l'Istat, il 32% delle donne fra i 16 e i 70 anni ha subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Nel 2005, 124 donne sono state uccise dal coniuge, dall'ex coniuge, dal fidanzato o dall'ex fidanzato. Una donna ogni tre giorni.

Il problema della violenza maschile sulle donne, in Italia, per il 14,3% dei casi ha origine in casa, in famiglia.

Nel secondo rapporto Eures sul femminicidio in Italia risulta che il 2013 è stato l'“*anno nero*” per il femminicidio nel nostro Paese: 179 donne uccise, con un incremento del 14% rispetto al 2012. Sempre secondo il Rapporto, il 2013 ha presentato la più elevata percentuale di donne tra le vittime di omicidio mai registrata in Italia, pari al 35,7% delle vittime totali (179 su 502), mentre nel '90, le donne uccise erano appena l'11,1% delle vittime totali. Sempre nel 2013, quasi il 70% dei femminicidi è avvenuto in famiglia; il 92,4% per mano di un uomo.

Tutto questo ha dei riflessi non solo in termini di costi di vite e di conseguenze psicologiche sulle vittime/sopravvissute della violenza ma anche in termini economici. È difficile immediatamente calcolare il prezzo della violenza, ma chi ha subito una violenza domestica o sessuale nel corso della propria vita va incontro a un maggior numero di problemi di salute, a spese più elevate per l'assistenza sanitaria e a visite ai reparti di pronto soccorso più frequenti rispetto

agli individui senza una storia di abuso. Questi costi rappresentano una parte importante della spesa sanitaria annua (Pederson and Skronidal, 1996; Holmes et al., 1996; Kakar et al., 1996; Toole, 1997).

Il delicato tema della violenza è sicuramente un problema complesso legato a modalità di pensiero e di comportamento definite da una molteplicità di forze che si sviluppano e manifestano molto spesso all'interno delle nostre famiglie.

Definire la violenza

L'OMS definisce la violenza come: *"l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione"* (WHO, 1996).

Da quanto riportato si evince una distinzione tra atti intenzionali e non intenzionali che determinano lesioni, però la presenza dell'intenzione di ricorrere alla forza non significa necessariamente che esista anche l'intenzione di causare un danno; è quindi possibile che esista una notevole disparità tra un comportamento voluto e una conseguenza voluta. È possibile che un individuo, ma più nello specifico un uomo, possa compiere intenzionalmente un atto che, in base a parametri obiettivi, viene considerato pericoloso e con notevoli probabilità di determinare delle conseguenze sanitarie negative, ma che l'uomo non lo percepisca come tale.

Secondo Walters e Parke (1964), la violenza viene determinata culturalmente. Alcune persone hanno l'intenzione di danneggiare gli altri ma, a causa della loro storia e dei loro valori culturali, non percepiscono i propri atti come violenti. Ad esempio il picchiare la moglie può essere ritenuto da alcuni una pratica culturalmente accettabile, mentre è in realtà un atto violento con gravi implicazioni di salute per l'individuo.

Le organizzazioni femminili in tutto il mondo hanno concentrato a lungo l'attenzione sulla violenza contro le donne e in particolare all'interno della coppia. Grazie ai loro sforzi, la violenza contro le donne è divenuta un problema d'interesse internazionale. Inizialmente vissuta come una questione di diritti umani, la violenza nella coppia è stata sempre più considerata un problema di salute pubblica.

Sebbene alcuni uomini sono vittime di violenza, ricerche scientifiche indicano che le donne hanno una più alta probabilità di soffrire delle conseguenze negative

della violenza (Pico-Alfonso et al., 2006; Beeble, Post, Bybee and Sullivan, 2008).

Per violenza domestica s'intende un qualsiasi comportamento all'interno della relazione di coppia che provochi un danno fisico, psicologico, sessuale, economico ai soggetti della relazione o a terzi, come la prole. Tali atti di violenza che, si consumano in gran parte tra membri della famiglia e/o tra partner, possono essere così definiti:

- violenza fisica
- violenza psicologica
- violenza sessuale
- violenza economica
- violenza assistita

La maggior parte delle donne oggetto di aggressione fisica solitamente è vittima di diversi episodi di aggressione nel tempo, frequentemente nella stessa relazione coesistono diversi tipi di abuso. Quando la violenza viene ripetutamente perpetrata nell'ambito della stessa relazione, si parla spesso di "maltrattamento" (Koss et al., 2000, Ellsberg et al., 2000, Leibrich, Paulin, Ransom, 1995).

Violenza assistita

Le società, così come la nostra cultura d'appartenenza, spesso distingue tra ragioni "giuste" e "ingiuste" per ricorrere all'abuso e tra livelli di violenza "accettabili" e "non accettabili" (Schuler, 1996; Gonzalez, 1998; Heise 1998). In questo modo, viene dato il diritto (nel caso specifico della violenza domestica, spesso agli uomini) di punire fisicamente una donna, per alcuni tipi di trasgressioni, facendo quindi sentire gli uomini legittimati nel compiere certi comportamenti a discapito delle partner. Ma cosa rende possibile il manifestarsi della violenza all'interno delle mura domestiche?

norme culturali che avallano la violenza come metodo accettabile per risolvere i conflitti;

norme che danno priorità ai diritti dei genitori rispetto al benessere dei bambini;

norme che accentuano il potere degli uomini sulle donne e la prole (OMS, 2002).

Tutto questo si traduce in una legittimazione, in un potere ad agire e perpetrare la violenza che, in questo caso, definirei come "normativa" o "giusta" da parte di chi mette in atto comportamenti violenti a discapito delle donne e

della prole che assiste a episodi violenti e/o subisce direttamente gli effetti di tali comportamenti.

A tal proposito la psicoanalista polacca Alice Miller (1985) parla della "pedagogia nera" nel libro, a me particolarmente caro, "Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé". Con tale definizione l'autrice intende un atteggiamento da parte di un adulto, che pretende di insegnare al bambino la morale, la correttezza e la sincerità, credendosi autorizzato a ricorrere a punizioni corporali, menzogne, inganni, manipolazione e così via. La pedagogia nera è spesso il mascheramento dell'abuso di potere che l'adulto compie sul bambino. Si tratta di un tipo di abuso giustificato in alcuni contesti culturali e erroneamente visto come una forma di educazione.

Non è facile per un bambino mettere in discussione i propri genitori e il loro operato educativo; è invece più facile pensare che siano i genitori ad aver ragione, lasciando spazio a interrogativi sulle proprie colpe. Il bambino, che cade nella dinamica di rimuovere i propri bisogni affettivi infantili e di aderire alle ragioni del comportamento del proprio genitore, rischia di subire alcuni danni psicologici (ad esempio senso ingiustificato di colpevolezza, strategie inadeguate di *coping*, ecc.) derivanti dalla mancanza di presa in carico genitoriale dei bisogni infantili.

Questa mancanza di cura psicologica trova le sue radici in modelli culturali inadeguati (OMS, 2002). Solitamente un educatore o una educatrice non si sognerebbero mai di punire fisicamente una persona, mentre un genitore talvolta si sente legittimato a ricorrere a punizioni fisiche nei confronti della propria prole e del partner.

Mentre gli educatori di professione fanno parte di istituzioni con norme ben definite e coerenti con i principi internazionali che tutelano il minore, le famiglie, pur essendo soggette a sanzioni legislative, difficilmente hanno modo di elaborare forme culturali diverse da quelle di provenienza. Senza una consapevolezza in merito ai bisogni infantili è facile che si sviluppino incapacità genitoriali e che si mettano in atto comportamenti coercitivi, punitivi e violenti.

La consapevolezza genitoriale permette ad esempio di evitare che i bambini abbiano facile accesso a canali televisivi e programmi non adatti alla loro fascia di età. Oggi i genitori possono applicare dei filtri alla televisione così come a pc, tablet, smartphone. È importante però che altrettanti filtri vengano attuati nei confronti dei comportamenti messi in atto dalle figure di riferimento. I bambini hanno bisogno di vivere all'interno di relazioni adulte reciprocamente rispettose.

Quando questo non avviene i minori apprendono dagli adulti modalità violente, e questo fenomeno aumenta il rischio di diventare vittime o autori di violenza. “I bambini, le bambine vedono, i bambini, le bambine fanno”. La violenza viene appresa fin da piccoli in quei luoghi in cui le bambine e i bambini dovrebbero invece essere maggiormente tutelati, in casa. Genitori disattenti, ignari delle reali necessità anche emotive e affettive dei figli possono compromettere un sereno e armonico sviluppo personale.

Consapevolezza e responsabilità

Studi condotti sulle vittime/sopravvissute di comportamenti violenti hanno dimostrato che l'interruzione di una relazione abusante avviene dopo un processo di consapevolezza e che non è mai un evento unico e improvviso. Diverse donne, vittime di abuso, lasciano il partner violento, solo dopo vari anni, una volta cresciuti i figli. In uno studio condotto a Leon, in Nicaragua, ad esempio, il 70% delle donne alla fine di questo percorso aveva lasciato il partner (Ellsberg, 2000). La maggior parte di loro, prima di questa scelta definitiva, interrompe la relazione e ritorna con il partner diverse volte. Il processo comprende periodi di rifiuto, di autocolpevolizzazione e di sofferenza prima che la donna riesca a riconoscere l'abuso e a identificarsi con altre donne nella stessa situazione. A questo punto comincia il distacco, il recupero rispetto alla relazione abusiva e la progressiva consapevolezza delle dinamiche in cui si trovano e la ricerca di possibili vie di uscita (Landenburger, 1998). Il percorso è quindi duro e tortuoso ma percorribile quando si ingenera la consapevolezza di dove si vuole andare.

Anche gli uomini autori di comportamenti violenti, attraverso percorsi specifici di consapevolezza e assunzione di responsabilità delle proprie azioni, riescono a spostarsi da un paradigma incentrato su di sé a una visione del mondo più indipendente, comprendendo come il loro comportamento violento sia una scelta tra una più vasta serie di alternative possibili che possono essere prese. Ricerche condotte negli Stati Uniti indicano che la maggioranza degli uomini (53-85%), che completano un programma specifico per *abuser*, non ricorre a comportamenti violenti. Anche in questo caso, alla base vi deve essere una consapevolezza dell'obiettivo che si vuole perseguire.

Non è quindi semplice instaurare un rapporto equilibrato tra persone, né tantomeno nei confronti della propria prole, ma spetta comunque ai genitori impegnarsi con consapevolezza e responsabilità in questo duro lavoro. Non è un caso, infatti, che si stia avvertendo l'esigenza di promuovere, anche a

livello politico e comunitario, progetti di “genitorialità consapevole”, come riportato dalla stessa Raccomandazione R (2006) 19 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relative alle politiche di sostegno alla genitorialità. I Governi *“devono organizzare le proprie politiche e i propri programmi di sostegno alla genitorialità con lo scopo di raggiungere uno sviluppo armonioso (in tutte le sue dimensioni) e il giusto trattamento dei bambini, nel dovuto rispetto dei loro diritti fondamentali e della loro dignità. Gli interventi devono mirare prioritariamente ad eliminare tutte le forme di negligenza, abuso e violenza fisica o psicologica a danno dei minori”*.

L'assenza di maturità, che spesso i genitori lamentano nei figli, non si consegue abbandonandoli a se stessi, piuttosto si costruisce giorno dopo giorno pazientemente, facendo insieme le scelte giuste, ascoltandosi, in un confronto aperto e sereno che conduce al possesso di un equilibrio individuale che facilita anche l'adattamento alle differenti situazioni.

Auspiciando quindi un tipo di genitorialità consapevole delle proprie capacità e desideri personali nei confronti anche della prole, piuttosto che solo responsabile. Questo termine infatti richiama solo ai doveri genitoriali mentre va promossa la cultura della relazione affettiva priva di comportamenti violenti o di negligenza.

Interessante, per esplicitare quando detto fino ad ora, è il video³¹ della *National Child Protection Week* del 2008, un'iniziativa annuale della *National Association for Prevention of Child Abuse and Neglect* (NAPCAN) che si tiene in Australia. Il filmato è una potente campagna pubblicitaria, forse un po' datata ma a mio avviso ancora molto attuale, per mostrare agli adulti che le bambine e i bambini imitano quello che vedono, soprattutto da parte di persone che dovrebbero essere i loro modelli di riferimento.

La scelta di questo video è dettata dal desiderio di far soffermare l'attenzione sul ruolo della consapevolezza e della responsabilità che hanno i genitori nei confronti della propria prole, sottolineando quindi il grande potere che hanno gli adulti nell'essere di esempio per bambini e come possano quindi influenzarli continuamente nella relazione e nei comportamenti. Il video vuole essere quindi un invito a ripensare come l'educazione avvenga giorno per giorno, azione per azione, e che non deva rimanere sospesa nella mera regola ma concretizzarsi anche nel comportamento. Il filmato propone scene di vita quotidiana e mostra in

³¹ Il titolo del video è: *“Children see, children do”*.

maniera esasperata come l'azione del genitore diventi oggetto di emulazione. "I bambini, le bambine vedono, i bambini, le bambine fanno!".

Conclusioni

Prima di essere dei professionisti siamo delle persone che dovrebbero interrogarsi sul messaggio che vogliamo veicolare alla nostra prole ma, più in generale, che vogliamo trasmettere alle persone che ci stanno vicine, con cui ci interfacciamo anche nel nostro lavoro quotidiano. Se desideriamo veramente che le cose cambino, dobbiamo partire da noi, dal nostro privato che si rende pubblico, nella *polis*, mettendoci in discussione, provando a rendere politico il nostro privato, così come ci hanno mostrato i movimenti delle donne, che hanno saputo (ri)definire il loro corpo, il linguaggio, le relazioni, il mondo del lavoro, dell'arte e la famiglia stessa.

Vorrei quindi terminare con un mio pensiero personale, uno slogan rubato dal mondo dei fumetti, in particolare dal mio eroe: l'Uomo Ragno, in cui lo zio Ben diceva al nipote Peter Parker, alias Uomo Ragno: « *da un grande potere deriva una grande responsabilità* ». La stessa cosa vale per noi persone: prima di essere dei professionisti siamo degli uomini, delle donne che, con i nostri gesti e le nostre azioni, abbiamo il *potere* di determinare il futuro della propria prole o dei bambini con cui ci interfacciamo anche nel nostro lavoro. Abbiamo quindi anche la *responsabilità* di cercare di influenzare positivamente queste persone impegnandoci nel farlo con *consapevolezza*.

Bibliografia

- Beeble, M. L., Post, L. A., Bybee, D., and Sullivan, C. M. (2008). Factors related to willingness to help survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Ellsberg, M.C. et al. (2000). *Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua*. *Social Science and Medicine*, 51:1595-1610.
- Gonzalez Montes, S. (1998). *Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results*. In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, 155 Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 36-41.
- Heise, L. (1998). *Violence against women: an integrated ecological framework*. *Violence Against Women*, 4: 262-290.

- Holmes, M.M. et al. (1996). *Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 175:320–325.
- Kakar, F. et al. (1996). *The consequences of landmines on public health*. Prehospital Disaster Medicine, 11:41–45.
- Koss, M.P. et al. (2000). *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, (NCJ 183781).
- Landenburger, K.M. (1998). *The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship*. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 27: 700–706.
- Leibrich, J., Paulin, J., and Ransom, R. (1995). *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair.
- Miller, A. (1985). *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé*. Boringhieri: Bollati.
- Pederson, W., and Skrondal, A. (1996). *Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls*. Addiction, 91:565–581.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Rao V. (1997). *Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis*. Social Science and Medicine, 44: 1169–1179.
- Walters RH, Parke RD (1964). *Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence*. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, NY, Academic Press, 1964:231–276
- WHO Global Consultation on Violence and Health (1996) *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

Yoshihama M, Sorenson SB. (1994). *Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan*. *Violence and Victims*, 1994, 9:63-77.

Schuler SR et al. (1996). *Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh*. *Social Science and Medicine*, 43:1729-1742.

Toole MJ. (1997) *Complex emergencies: refugee and other populations*. In: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. New York, NY, Oxford University Press, 419-442.

Sitografia

Raccomandazioni R (2006) 19 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri: [http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/Italian_Rec\(2006\)19_Positive%20Parenting.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/Source/Italian_Rec(2006)19_Positive%20Parenting.pdf)

National Association for Prevention of Child Abuse and Neglect, NAPCAN (2008): *"Children see, Children do"*: <https://www.youtube.com/watch?v=KHi2dxSf9hw>

Quaderni di Sanità Pubblica: violenza e salute nel mondo
http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf

Repubblica: http://www.repubblica.it/cronaca/2014/11/19/news/femminicidio_2013_anno_nero_ogni_due_giorni_morta_una_donna-100931548/

Stereotipi di genere nei mass media: uno sguardo di genere

Fiorella Tonello

Psicologa, Mediatrice Familiare

Introduzione

La psicologia sociale costituisce una disciplina elettiva per uno studio sulle differenze di genere, poiché permette di intrecciare processi psicologici con dinamiche socio-culturali in un rapporto di reciproca costruzione. Se affermiamo che l'essere umano sia "anche" una costruzione socio-culturale, il genere esprime questo assunto (Gelli, 2009).

Molti sono i modelli teorici che possiamo attingere dalla psicologia sociale per uno studio sul genere: la categorizzazione sociale (Turner & Tafel, 2004) con il distinguo dei rapporti tra gruppi dominanti, quali gli uomini, e gruppi dominati, quali le donne e, aggiungerei, anche i bambini; la costruzione degli stereotipi, sino alla loro trasformazione in pregiudizi, e come a partire da stereotipi e pregiudizi presenti nel contesto sociale, questi costituiscano anche una base su cui si costruisce l'identità sociale (Turner & Tafel, 2004), concorrendo alla costruzione degli schemi di sé. Si parla quindi di "*come devo essere, come voglio essere e come posso essere*", sulla base del sesso in cui sono nato/a. Un modo, insomma, per raccontare la divisione del mondo in maschile e femminile e far riflettere su come i generi maschile e femminile siano fortemente influenzati dalle immagini che la televisione trasmette quotidianamente a un pubblico composto in particolare di bambini e donne, ovvero coloro che passano il maggior tempo tra le mura domestiche.

In riferimento al nostro titolo: mass-media è una locuzione mutuata dalla lingua inglese. Si intende per "*media*", pl. di "*medium*": *stare nel mezzo tra colui che trasmette e colui che riceve, qualcosa che sta a metà tra due poli.*

A livello storico, il primo strumento a disposizione dell'uomo è stato sin dai tempi della preistoria, il suo stesso corpo, in grado di esprimersi attraverso gesti

e suoni. In seguito la tradizione orale della conoscenza tramandata ha avviato un processo evolutivo che ha portato a definire come *media* il testo scritto, le immagini e i suoni. Dopo quattro secoli, nei quali l'unico *medium* di massa è stata la parola stampata, la televisione è diventata il maggiore strumento di consumo culturale, ovvero il 90% (Istat, 2013).

Attualmente ci sono molti video da poter utilizzare con gli studenti delle scuole superiori e non solo da parte degli operatori per cogliere la presenza degli stereotipi nei mass media. Tra questi il video proposto nel convegno *Fa-rete Salute di Genere*³² stimola una riflessione sull'immaginario di genere veicolato dai mezzi di comunicazione di massa e in particolare dalla TV, il "mezzo preferito dagli italiani e purtroppo anche dalle italiane" (Zanardo, 2011). Centrale in questo filmato è l'analisi del rapporto tra media e mutamento sociale in genere. In qualità di psicologi possiamo chiederci quanto i mass media possono condizionare la costruzione dell'identità personale, la simbologia presente nel nostro immaginario, nonché il valore che diamo al nostro corpo. Ci possiamo chiedere anche cosa possiamo fare per promuovere, in particolare nelle nuove generazioni, una riflessione ad ampio raggio sui condizionamenti personali, e poi sociali e culturali, che ancora oggi incasellano i destini delle giovani donne e dei giovani uomini verso mete preconfezionate sulla base di stereotipi di genere. Ad esempio, lo stesso concetto di genere, se usato come categoria rigidamente dualistica (maschio/femmina, uomo/donna), può diventare un'ulteriore gabbia, non più biologica ma culturale, che forza entro due soli modelli principali e socialmente accettati l'infinita varietà dei caratteri e delle predisposizioni umane.

La rappresentazione mediatica del femminile e maschile

La televisione è una delle principali agenzie socializzanti, cioè uno di quei nuclei che ci insegnano a leggere il mondo che ci circonda, insieme alla famiglia, alla scuola e al gruppo dei pari.

Nel volume di Daniela Brancati, "Occhi di maschio" (2011), volto a ricostruire la storia della Tv italiana, si legge che: "*la televisione nasce maschio, non solo i posti di comando sono per i maschi, ma la cultura che esprime è maschile*".

³² Il video: "La televisione racconta che..." di Alice Troise ha avuto origine nel 2008 per un utilizzo prettamente didattico, costruito appositamente per portarlo nelle scuole medie e superiori, ogni anno rinnovato sistematicamente fino ai giorni nostri.

Questa affermazione può farci riflettere sul tipo di evoluzione che c'è stata nella rappresentazione mediatica del mondo femminile dagli anni '50 a oggi, passando attraverso gli anni caldi '60-'70 e vedendo che cosa è successo in particolare dopo gli anni '80, quando la parità sembrava raggiunta.

I media, facendo da trampolino di lancio al nuovo status sociale delle donne e dandone ampia risonanza, hanno solamente dato una semplice testimonianza o forse lo hanno addirittura contrastato, scegliendo di non rappresentarlo. Inoltre sappiamo quanto i media, in particolare la Tv, siano la rappresentazione del potere della comunicazione, e proprio il genere è il primo terreno nel quale il potere si manifesta: nominare il genere significa immediatamente evocare il potere (Scott, 1998).

Degno di nota è sottolineare come solo nella Conferenza Mondiale sulle Donne a Pechino del 1995 si sia parlato per la prima volta dell'immagine delle donne nei media.

Il genere, che ha assunto dopo la rivoluzione femminista una connotazione di costruzione socio-culturale, costituisce un terreno ricco di stereotipi, pregiudizi e miti che contribuiscono a renderne più confusa la lettura.

Definire il costrutto di stereotipo non è facile anche perché esso si rifà a più orientamenti disciplinari che indagano sia il comportamento umano, sia le interazioni sociali, sia i meccanismi cognitivi alla base dell'agire sociale (Gelli, 2009).

I media, in sostanza, vengono letti in maniera altalenante sia come potenziali di mutamento che come strumenti di consolidamento degli stereotipi più tradizionali. Se ci soffermiamo sul panorama italiano, e in particolare sull'offerta televisiva, dobbiamo constatare che nel nostro paese la seconda funzione, quella di rinforzo, è senz'altro quella prevalente. L'immaginario di femminilità, ma anche quello di mascolinità, che viene divulgato mediaticamente è ingessato sui più tradizionali stereotipi di genere e talvolta risulta addirittura anacronistico rispetto alla realtà corrente (Biemmi & Chiappelli, 2013).

I cambiamenti radicali intervenuti nella vita femminile negli ultimi decenni vengono raramente raffigurati nei programmi televisivi. Più frequentemente si preferisce mostrare un ritratto femminile improntato ai rassicuranti ruoli di madre-moglie-casalinga o donna sexy e tendenzialmente si mostra la donna avvocato o poliziotto in forma caricaturale.

A questo punto mi sembra molto stimolante e importante chiedersi come essi si producono, si diffondono e finiscono con il far parte della cultura comune.

Per questo mi ha colpito quanto aveva già detto nel 1922 Lippmann, il giornalista che fu il primo ad adoperare tale termine nel testo *"L'opinione pubblica"* dove, anticipando discorsi ripresi più tardi da alcuni cognitivisti, sostiene che *"la conoscenza della realtà non è diretta ma mediata da immagini con cui interagiamo, e che l'infinita varietà della esperienza, la sua complessità, per essere compresa dalla mente umana deve essere necessariamente semplificata"*.

Questo è il principio che guida i media e li promuove inevitabilmente come una delle più grandi fonti di manipolazione sociale; mi sembra interessante citare Pasolini che, negli anni '70, aveva già intuito i cambiamenti sociali e culturali prodotti dai media e chiamò questi fenomeni *"mutazione antropologica"*.

Consapevole di ciò, Lorella Zanardo con il documentario *"Il Corpo delle Donne"* (2009), ha messo in luce le aberrazioni prodotte dalla Tv italiana attraverso la reiterazione martellante di modelli di donne, artefatte ma soprattutto molto lontane dalla realtà quotidiana. In particolare, sensibilizzando al problema dell'adeguamento a standard corporei di bellezza, pone degli interrogativi in riferimento al rapporto che le persone, donne e uomini, hanno oggi con le proprie emozioni. Una particolare imitazione dei modelli standardizzati di bellezza significa non considerare il ruolo delle emozioni, che lasciano dei segni nel volto e nel corpo, espressione del proprio mondo interno e della singolarità dei sentimenti e degli affetti. La stessa rimozione culturale del corpo maturo, la tensione sempre più forte verso una bellezza, che risponda a dei canoni estetici omologati, sono espressione di un azzeramento non solo dei segni che l'età crea sul volto delle persone, ma anche delle emozioni, annullate dalla chirurgia plastica. Un volto così costruito è un volto maschera, poiché privo della propria specificità e singolarità, dove le tracce della storia emozionale sono state cancellate, rimosse, per conformarsi a un modello stereotipato e privo di tratti personali, come a indicare una sorta di *"alexitimia somatica"*.

Il fulcro, che aveva mosso la Zanardo nel suo lavoro, è stata in primis la forte indignazione per la qualità dei nostri programmi televisivi e quindi la necessità di una nuova definizione del femminile che non sia solo la *"donna bella ma stupida"* che usa il corpo, o meglio viene considerata solo per il corpo che mostra e sottostà a qualsiasi condizione o meglio umiliazione. L'autrice ha creato questo documentario proprio perché, tornata in Italia dopo alcuni anni passati in altri paesi europei, è stata fortemente colpita da come la donna venisse rappresentata nei nostri media e come tutte e tutti subissero passivamente una tale discriminazione.

Tengo a sottolineare che la Zanardo non punta il dito contro la cura del proprio corpo e "il piacere" come elemento di attrazione e comunicazione tra i sessi, ma sottolinea e condanna una televisione che mostra "solo un certo tipo di donna e di uomo", in particolare il corpo della donna come "merce di scambio".

Il corpo oggettivato: l'influenza dei media sul benessere psicofisico.

Il corpo è anche quell'oggetto che, più conosciuto da altri che da se stessi, ci rende riconoscibili e unici poiché gli altri ci conoscono e ci riconoscono anche grazie a ciò che vedono, a ciò che appare mediato dalla nostra corporeità; ma nello stesso tempo esso è anche espressione di ciò che vogliamo comunicare di noi all'esterno, costituendo così un forte intermediario tra il nostro mondo interno e il mondo esterno. Platone considerava il corpo ciò che individualizza l'anima.

L'oggettivazione è una forma particolare di deumanizzazione che fa sì che un individuo venga pensato e trattato come oggetto, strumento, merce (Volpato, 2011).

Tale processo comporta una sorta di "frammentazione strumentale nella percezione sociale, una divisione della persona in parti che servono scopi e funzioni specifici dell'osservatore" (Gruenfeld, Inesi, Magee & Galinsky, 2008, p.111).

In accordo con la teoria dell'oggettivazione di Fredrickson e Robert (1997), sono stati esaminati gli effetti dell'esposizione a immagini mediatiche sessualmente oggettivanti sul processo dell'auto-oggettivazione e sul benessere psicofisico di giovani e adulti. Per le donne l'esposizione a immagini oggettivanti conduce all'auto-oggettivazione/sorveglianza del corpo, aumentando così la vergogna per l'aspetto, che a sua volta è collegata all'insorgenza di disordini alimentari. Gli stessi risultati sono emersi per gli uomini. Le donne hanno ottenuto punteggi medi significativamente superiori in tutte le variabili precedentemente denominate. Inoltre per le donne la auto-oggettivazione suscita non soltanto vergogna ma anche una particolare *ansia sociale*, legata all'aspetto fisico, in quanto quest'ultimo è il potenziale bersaglio del giudizio altrui (Dakanalis et al., 2012).

Secondo Fredrickson e Robert (1997), la costante sorveglianza del corpo, che consiste nella localizzazione dei pensieri sull'aspetto fisico, limita le risorse percettive, portando nel tempo a insensibilità e riduzione della capacità di rilevare e interpretare accuratamente le sensazioni fisiologiche, come gli stimoli della fame e l'*arousal* sessuale.

Un'altra conseguenza dell'auto-oggettivazione è la riduzione delle esperienze di stati motivazionali di picco, o *flow experience*, vale a dire delle esperienze di totale assorbimento nell'esecuzione e nello scorrere fluido di una certa attività fisica o mentale, vissuta dall'individuo come momenti particolarmente gratificanti e piacevoli. In conclusione, sembra che il continuo richiamo esercitato da uno sguardo esterno o interno sull'aspetto fisico ostacola la possibilità di provare tali picchi che si associano al benessere psicologico.

L'accumulo di queste esperienze e stati negativi, a sua volta, contribuisce all'insorgenza di diversi disturbi che, nella società occidentale, colpiscono prevalentemente le donne (Figura 1): disturbi del comportamento alimentare, stati depressivi e disfunzioni sessuali (Calogero & Thompson, 2009; Moradi & Huang, 2008).

La teoria dell'oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997) è stata alimentata da una lunga serie di lavori empirici volti a esaminare i processi di oggettivazione, immagine corporea, comportamenti alimentari, stati depressivi, soddisfazione sessuale e prestazioni intellettuali (Calogero, Tantleff-Dunn & Thompson, 2010).

Come possiamo rilevare da queste indagini, la sessualizzazione dell'immagine femminile comporta conseguenze severe per la vita delle donne in particolare. Tengo a precisare che questa teoria, anche se nata dall'interesse per la sessualizzazione del corpo femminile, è stata fin dai primi studi applicata anche al genere maschile, per il quale si assiste attualmente a un incremento di modelli oggettivanti (Volpato, 2011).

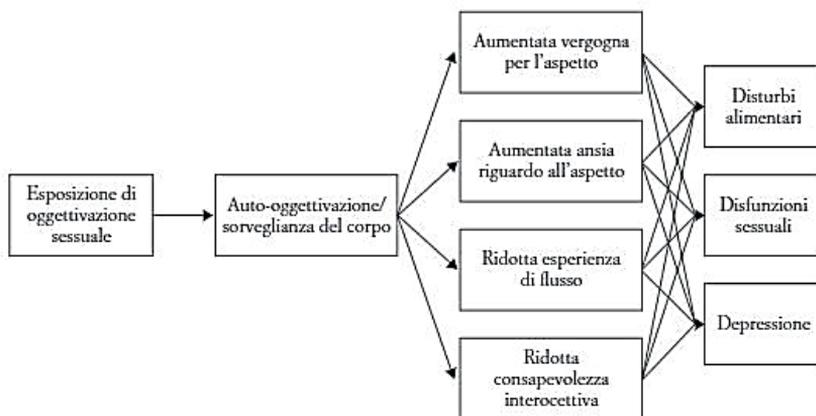


Fig 1. L'antecedente e le conseguenze del processo psicologico dell'auto-oggettivazione, secondo la teoria dell'oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997)

Conclusioni

È difficile valutare gli effetti prodotti da un'esposizione continuativa e di lungo periodo a un tipo di programmazione televisiva impregnata di stereotipi di genere. Si può tuttavia convenire che è senz'altro auspicabile che le nuove generazioni, e in particolare le bambine/ragazze, non siano accompagnate nel loro percorso di crescita da un immaginario così povero, volgare e umiliante. Queste sono le preoccupazioni espresse in particolare dal Comitato Media e Minori³³ che nel 2004 ha stilato un documento di denuncia dal titolo *"La rappresentazione della donna in televisione"*.

Nel documento si legge che la televisione rappresenta e rafforza ogni giorno "un modello" più che semplicemente un'immagine del femminile. Se ne conclude che l'immagine delle donne, che la tv propone, in particolare nella pubblicità e nell'intrattenimento, non può essere certamente considerata positiva per l'equilibrato sviluppo dei minori. Questo documento sottolinea e denuncia quanto la rappresentazione del femminile opera negativamente a due livelli: sia sull'auto-percezione delle donne stesse o immagine personale, sia sulla percezione delle donne maturata dagli uomini, inclusi i minori, e che influisce necessariamente sul modo di relazionarsi con l'altro genere. Tracce di atteggiamenti dominanti, di controllo, se non di violenza, possono essere rinforzati dai messaggi mass-mediali fortemente stereotipati.

I minori costituiscono senz'altro il target più vulnerabile rispetto ai messaggi sessisti proposti perché non possiedono ancora gli strumenti necessari per valutarli criticamente. Questi strumenti dovrebbero essere appresi in famiglia ma è proprio il pubblico degli adulti ad essere abituato a una visione passiva della tv (Morcellini, 1999).

Laddove la famiglia non sia in grado di provvedere ad una corretta alfabetizzazione televisiva si rende ancor più necessario il ruolo della scuola e pertanto di una formazione adeguata degli insegnanti sul rapporto tra mass media e la costruzione di identità di genere realmente solide e capaci di tessere relazioni paritarie e costruttive.

³³ Responsabilità della corretta applicazione del "Codice di Autoregolamentazione Tv e Minori" a tutela del target televisivo infantile.

Bibliografia

- Ars Toscana (2013). *La Salute di Genere in Toscana*. Ed. Collana dei documenti Ars, Firenze.
- Biemmi, I. & Chiappelli, T. (2013). *Verso una cittadinanza di genere e interculturale*. Ed. Consiglio Regionale della Toscana.
- Brancati, D. (2011). *Occhi di maschio*. Donzelli Editore, Roma.
- Calogero, R. M., Tantleff-Dunn, S. & Thompson, J. K. (2010). *Self objectification in women: Causes, consequences, and directions for research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Calogero, R. M. & Thompson, J. K. (2009). Potential implications of the objectification of women's bodies for women's sexual satisfaction. *Body Image*, 6, 145-148.
- Dakanalis, A., Di Mattei, V. E., Prunas, A., Riva, G., Sarno, L., Volpato, C., & Zanetti, M. A. (2012). The objectified body: Media, psychophysical well-being and gender differences. *Psicologia sociale*, 7(2), 261-284.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206.
- Gelli, B. (2009). *Psicologia della differenza di genere*. Ed Franco Angeli, Milano
- Gruenfeld, D. H., Inesi, M. E., Magee, J. C., & Galinsky, A. D. (2008). Power and the objectification of social targets. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 111.
- Istat (2013). *Attività sociali e culturali varie*
- Lippmann, W. (1922). *L'opinione pubblica*. Donzelli editore.
- Moradi, B. & Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 377-398.
- Mario, M. (1999). *La Tv fa bene ai bambini*.
- Pasolini, P. P., Siti, W., & De Laude, S. (1999). *Saggi sulla politica e sulla società*. A. Mondadori.
- Schaft, E.(1987). *Gli stereotipi e l'agire umano*. Bari, Adriatica.
- Saraceno, C. (1987). *Pluralità e mutamento: Riflessioni sull'identità al femminile*. Franco Angeli, Milano.

Scott, J. (1998). Changing attitudes to sexual morality: A cross-national comparison. *Sociology*, 32(4), 815-845.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (2004). *The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*.

Volpato, C. (2011). *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*. Editori Laterza.

Zanardo, L.(2011). *Il Corpo delle Donne*. Ed Feltrinelli, Milano

Il confine tra conflitto e violenza

Elena Lenzi

Istituto Ricerca e Formazione s.r.l. Firenze

Introduzione

Per gli psicologi è di fondamentale importanza tracciare quelli che sono i confini tra il termine violenza e conflitto. La prima la si può definire come un'azione compiuta mediante l'abuso della forza da una o più persone che operano con lo scopo di costringere altri ad agire o a piegarsi contro la propria volontà. L'abuso della forza può essere non solo fisico (con o senza armi) ma anche psicologico (ricatti, intimidazioni, minacce). Il conflitto invece si sviluppa tra due o più persone quando la soddisfazione di un desiderio o il conseguimento di un obiettivo da parte del singolo entra in contrasto con i desideri o gli obiettivi di altre persone. La violenza appartiene all'area dell'eliminazione relazionale, mentre il conflitto riguarda l'area della competenza relazionale.

Lavorare tempestivamente sulla conflittualità di coppia, favorendo la comprensione dei rispettivi punti di vista, costituisce una possibile azione preventiva nei confronti della violenza di genere.

Esistono oramai diversi approcci per la gestione della conflittualità di coppia che tengono conto anche delle differenze di genere. Uno tra questi è quello che viene portato avanti dall'Istituto di Ricerca e Formazione di Firenze (IRF)³⁴ sulla mediazione di genere, non solo all'interno del lavoro con le coppie ma anche nelle organizzazioni e nel lavoro educativo con le scuole. In questo modello la mediazione di genere ha il significato di creare i presupposti per un approccio al conflitto in cui i correlati emozionali delle parti non oltrepassino quei confini che portano nell'ambito della violenza.

³⁴ Istituto di Ricerca e Formazione di Firenze effettua ricerca e formazione in ambito sessuologico.

La distinzione tra violenza e conflitto

I termini violenza e conflitto presentano numerose differenze fra cui alcune fondamentali che è opportuno evidenziare.

Il termine violenza prevede:

- danneggiamento intenzionale dell'avversario per creare un danno irreversibile;
- volontà di risolvere il problema (conflitto) eliminando chi porta il problema stesso;
- area dell'eliminazione relazionale con la distruzione dell'altro.
- Per contro si intende per conflitto:
- contrasto, divergenza, opposizione, resistenza, critica senza comportamenti di dannosità irreversibile;
- intenzione di mantenere il rapporto in vista di possibili cambiamenti;
- area della relazione possibile, anche se faticosa e problematica.

Mediazione di genere

La "mediazione di genere" interviene in tutte le situazioni dove si è incontrata la difficoltà del dialogo e si sono attivati comportamenti negativi. Dalla nostra esperienza in vari contesti emerge inoltre che in adolescenza e alle scuole superiori accadono molti episodi violenti, legati a problematiche di genere, con comportamenti verbali e non verbali.

Con la mediazione di genere, andiamo ad aprire la "stanza della conversazione" prima che i correlati emozionali, che dominano i partecipanti, possano portare a regole di un gioco a somma zero: "la tua perdita è il mio guadagno".

La mediazione di genere lavora soprattutto sul conflitto di identità e di ruolo.

Una ricerca con adolescenti³⁵

Sulla base di quanto evidenziato abbiamo ritenuto interessante effettuare una raccolta di dati per poter orientare interventi sempre più mirati nell'ambito della "mediazione di genere".

³⁵ Ricerca condotta nella provincia di Treviso anno 2014 dati in fase di pubblicazione.

Questo lavoro ha origine dall'osservare una crescente rilevanza nelle espressioni di conflittualità aggressiva e/o violenta che scaturiscono all'interno delle dinamiche di relazione tra i generi.

La violenza contro il genere femminile è ritenuta una violazione dei diritti umani. Spesso per definire la violenza contro le donne si utilizza il termine *violenza di genere* che, in una accezione più ampia, abbraccia oltre alla violenza contro le donne anche quella contro un soggetto minorenni (D.Lgs. 242-15/10/2013 G.U.).

Secondo una ricerca Istat le donne tra i 16 e i 70 anni, che dichiarano di essere state vittime di violenza, fisica o sessuale, almeno una volta nella vita, sono 6 milioni e 743 mila, cioè il 31,9% della popolazione femminile. Considerando il solo stupro, la percentuale è del 4,8% (oltre un milione di donne). Inoltre il 93% delle donne, che afferma di aver subito violenze dal coniuge, ha dichiarato di non aver denunciato i fatti all'autorità e la percentuale sale al 96% se l'autore della violenza non è il partner (Istat 2006).

La nostra indagine ha come obiettivo quello di analizzare la percezione che gli/le adolescenti hanno rispetto ad alcuni termini che categorizzano i comportamenti violenti. In particolare ci siamo soffermati sulle seguenti problematiche:

- Femminicidio, che si riferisce a tutti quei casi di omicidio in cui una donna viene uccisa per motivi relativi alla sua identità di genere (Russel, 1992).
- Bullismo, che corrisponde a una forma di comportamento violento, attuato tramite l'impiego di falsi metodi di opposizione e intimidazione nei confronti di se stessi o nei confronti dei pari. La ricerca di Ipsos³⁶ per "Save the children" (2013) su bullismo e cyberbullismo riporta che il 72% degli adolescenti e giovanissimi italiani lo avverte come il fenomeno sociale più pericoloso del nostro tempo. Secondo la ricerca i social network sono la modalità di attacco preferita dal cyber bullo (61%), che di solito colpisce la vittima attraverso la diffusione di foto e immagini denigratorie (59%) o tramite la creazione di gruppi "contro" (57%).
- Omofobia, per la quale si intende la paura e l'avversione irrazionale nei confronti dell'omosessualità e di persone gay, lesbiche e transessuali (LGBT), basata sul pregiudizio (Weinberg, 1971).

³⁶ Ipsos, azienda nel settore delle ricerche di mercato "survey based", ovvero ricerche condotte raccogliendo informazioni direttamente dagli individui.

- **Violenza sessuale/fisica**, che consiste in qualsiasi imposizione di coinvolgimento in attività e/o rapporti sessuali imposti senza il consenso, sia all'interno che al di fuori della coppia. Spesso la violenza sessuale comporta aggressioni fisiche quali lo stupro, il tentativo di stupro, lo stupro di gruppo, in cui la donna viene costretta ad avere rapporti sessuali con persone estranee o con un parente, un amico, un collega, che non accettano il rifiuto della donna.

Il metodo della ricerca

Il campione a cui ci siamo rivolti è di 1019 adolescenti tra i 14 e i 17 anni (418 femmine e 601 maschi) afferenti alla scuola media di 2° grado della provincia di Treviso. Abbiamo scelto di indirizzare le interviste a un campione con età tra i 14 e i 17 anni perché si tratta della fascia di età in cui la persona struttura la propria identità sessuale.

Abbiamo scelto il metodo dell'inchiesta attraverso la somministrazione di un questionario.

Lo strumento è stato costruito con un limitato numero di item a risposta multipla per la necessità di stare nei tempi di attenzione di un campione adolescenziale caratterizzato modalità comunicative brevi e veloci come quelle presenti nei social network.

Nella messa a punto degli item, dopo aver sondato i temi della violenza fisica, bullismo, omofobia e femminicidio, abbiamo voluto indagare quali sono per i/le ragazzi/e le modalità per abbassare il livello di aggressività nel conflitto.

I risultati

1° ITEM. "La violenza fisica è una caratteristica di genere? (maschile-femminile)" (fig. 1)

1. I maschi sono più violenti delle femmine. (18,8 %)
2. Le femmine sono più violente dei maschi. (2,4 %)
3. I maschi non sono più violenti delle femmine e viceversa. (2,3 %)
4. **La violenza è una caratteristica della persona, non del genere (maschile- femminile) a cui appartiene. (73,7 %)**
5. Non so. (2,7%)

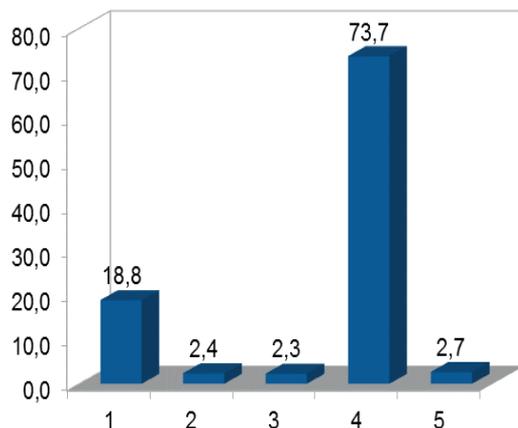


Fig 1. Risposte item 1

2° ITEM. “ Quando si usa la parola “bullismo” (fig. 2), s’intende:

1. **Atteggiamento di sopraffazione sui più deboli, con violenze fisiche e psicologiche. (81,4%)**
2. Atteggiamento di sfida nei confronti degli altri e delle regole. (5,3%)
3. Comportamento di aggressione fisica esercitata da un gruppo nei confronti di un singolo. (10,3%)
4. Comportamento di aggressione fisica di un gruppo di maschi nei confronti di una femmina. (0,3%)
5. Non so. (2,4%)

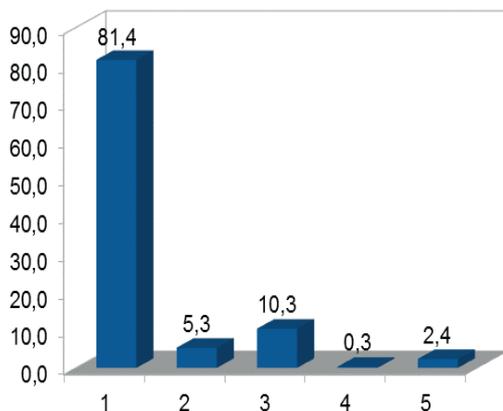


Fig 2. Risposte item 2

3° ITEM. Con la parola "omofobia" (fig. 3) si intende:

1. La paura di essere uguale agli altri. (3,9%)
2. **La paura e l'avversione irrazionale nei confronti della omosessualità. (71,5%)**
3. La paura di poter diventare in futuro omosessuale. (5,7%)
4. La paura e l'avversione irrazionale nei confronti dei maschi. (4,6%)
5. Non so. (13,1%)

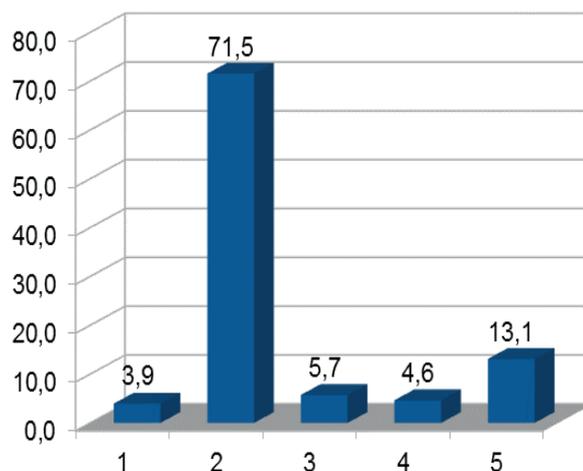


Fig 3. Risposte item 3

4° ITEM. Con le parole "violenza sessuale" (fig. 4) si intende:

1. Avere comportamenti di violenza e prepotenza nei confronti di una persona di sesso diverso dal nostro. (6,1%)
2. Costringere una persona ad avere rapporti sessuali completi. (13,6%)
3. **Costringere con violenza o minaccia a compiere o subire atti sessuali. (72,6%)**
4. Costringere una donna ad avere rapporti sessuali con un uomo. (4,5%)
5. Non so. (2,9%)

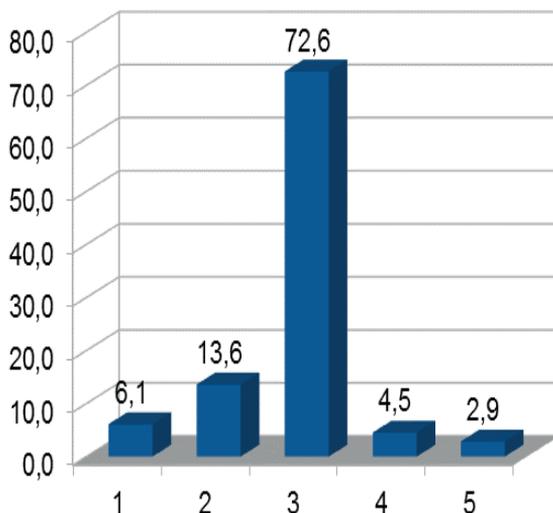


Fig 4. Risposte item 4

5° ITEM. Con il termine "femminicidio" (fig. 5) si intende:

1. Uccisione di una donna compiuta da un uomo. (24,1%)
2. Uccisione di un gran numero di donne. (23,1%)
3. **Uccisione di una donna.** (16,2%)
4. Qualsiasi forma di violenza esercitata sistematicamente sulle donne per affermare la superiorità dei maschi. (31,4%)
5. Non so. (4,8%)

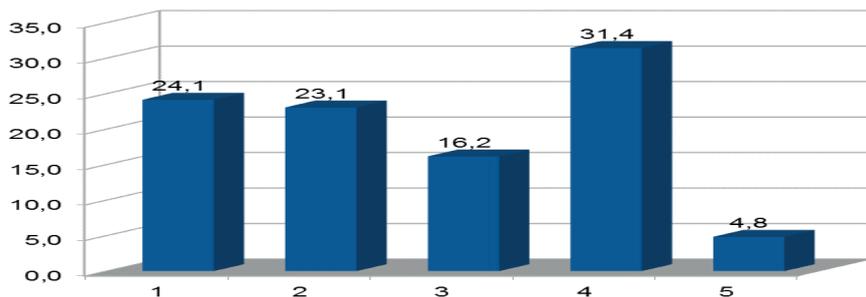


Fig 5. Risposte item 5

6° ITEM. Cosa pensi sarebbe più utile fare perché fra maschi e femmine ci sia più amicizia (fig. 6):

1. Nuove regole di convivenza. (3,3%)
2. Percorsi formativi di migliore conoscenza maschi-femmine nella scuola. (33,8%)
3. Maggior rispetto delle attuali regole di convivenza. (27,4%)
4. Niente di specifico. (21,0%)
5. Non so. (13,3%)

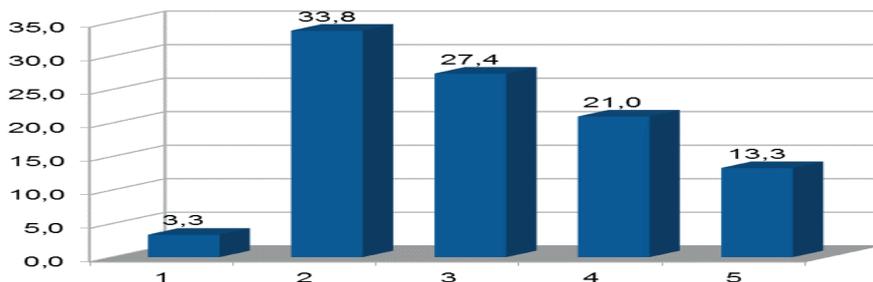


Fig 6. Risposte item 6

Conclusioni

I dati della ricerca sono provvisori perché il campione di riferimento è ancora in fase di analisi e relativo a una sola area geografica.

Dai dati raccolti emerge la necessità di lavorare con gli adolescenti sulle differenze di genere. Per i ragazzi e le ragazze intervistati la scuola è il luogo dove vorrebbero ricevere informazioni e stimoli per sviluppare una cultura del rispetto al fine di poter prevenire comportamenti violenti.

Uno sviluppo futuro potrebbe essere quello di indagare ulteriori categorie del costruito di violenza di genere.

I risultati evidenziati da questa ricerca così come ulteriori approfondimenti sono estremamente utili per poter ipotizzare azioni educative e, in quanto tale, di prevenzione, attenti ai bisogni e alle difficoltà degli/delle adolescenti.

Bibliografia

Perrin, J., & Widmer, P. (1992). *La médiation: un mode alternatif de résolution des conflits*.

Arielli E. & Scotto G. (1998). *I conflitti*. B.Mondadori, Milano.

Barone, L., & Maffei, C. (1997). *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità* (Vol. 14). FrancoAngeli.

Birkenbihl, V. F. (1992). *L'arte d'intendersi ovvero come imparare a comunicare meglio* (Vol. 45). FrancoAngeli.

Giommi, R. (2002). *La mediazione nei conflitti familiari*. Giunti, Firenze.

Luison, L., & Liaci, S. (Eds.). (2000). *Mediazione sociale e sociologia: riferimenti teorici ed esperienze*. Franco Angeli.

Sitografia

www.savethechildren.it Ipsos 2013

www.istat.it/it/archivio/violenza la violenza contro le donne indagine multiscopo

La mediazione di genere

Roberta Giommi

*Istituto Ricerca e Formazione e Istituto Internazionale
di Sessuologia Firenze*

Introduzione

L'esperienza della "mediazione di genere", elaborata nel nostro Istituto di Ricerca e Formazione, nasce da un lungo lavoro di educazione alla sessualità, alle emozioni e ai sentimenti a scuola e nel lavoro, con genitori e insegnanti, operatori, e dalla formazione collegata alle pari opportunità a scuola, nelle aziende e nelle coppie. La mediazione di genere risponde all'esigenza di risolvere la conflittualità tra uomini e donne nei vari ambiti (familiare, lavorativo, sociale) tenendo conto delle differenze di genere.

La nostra scelta di affinare un modello di mediazione di questo tipo è scaturito dall'aver verificato come la patologia, la fase tragica del conflitto che porta a un'ostilità crescente e a scontri violenti, che si verificano tra uomini e donne, ragazzi e ragazze sono attivate anche da modelli culturali che non riconoscono e valorizzano le varie differenze di genere incluse le forme diverse di orientamento, rispetto all'omosessualità maschile e femminile e al transessualismo.

Opinioni intrecciate

Il filosofo e psicoanalista junghiano Umberto Galimberti (2001), in contrasto con la teoria di Zygmunt Bauman di una "società liquida", sostiene che in realtà viviamo in una "società recintata", in cui ogni anno si alza l'asticella dell'amore, unico spazio in cui ciascuno può esprimere se stesso e la sua libertà al di fuori di ogni regola. La mancanza di regole non è relativa a vivere sentimenti importanti, ma ad esprimerli in qualsiasi modo, compresa l'aggressività, e portando ad un caos delle relazioni.

Nell'amore e nella convivenza collochiamo alcuni temi importanti come la relazione, il riconoscimento reale dell'altro/a, e va elaborata la messa in discussione di ciò che è approvato socialmente e di ciò che viene vissuto nel profondo della psiche, in modo che si crei una consapevolezza dei movimenti interiori, inconsci, che si esprimono attraverso i conflitti presenti al cambiamento delle regole.

La velocità delle regole e della comunicazione stanno creando nuovi problemi rispetto alle relazioni e al sesso, presentando agli psicologi e psicoterapeuti dell'età evolutiva, della famiglia e della coppia, l'obbligo di confrontarsi con il tema del rapporto tra generi diversi e orientamenti diversi.

La proprietà del corpo

Oggi si muovono idee in conflitto tra loro, da un lato un concetto di modernità che si esprime nella libertà di fare sesso e di accesso dei giovanissimi (11-14 anni) al sesso visto e praticato, ma nello stesso tempo si creano dimenticanze nella conoscenza delle scelte e delle sicurezze, come la mancata contraccezione e nessuna prudenza nel sesso rispetto alle malattie sessualmente trasmesse. Si mescolano codici tra modernità e arcaico per cui la fertilità è rimandata oltre i 35 anni e nello stesso tempo la maternità viene indicata nelle sue forme primitive come obbligo assoluto di tempo e spazio simbiotico da dedicare al figlio neonato o nella fascia degli 0-3 anni, mentre ancora nessuna madre consegna l'informazione sugli organi sessuali alla propria bambina e i padri ai loro figli maschi.

Pensare al genere e ai ruoli, alle scelte e orientamenti diversi, al tutto e al contrario di tutto, crea una fragilità dell'autostima e delle relazioni. Sembra che la comunità non debba assumere l'obbligo di un dibattito costruttivo e vasto attraverso il quale interrogarsi.

Per le mutilazioni genitali femminili, le associazioni che lavorano nei paesi dove avvengono hanno raccontato che si deve coinvolgere la comunità e, attraverso il dialogo, con le figure anche maschili della comunità, si possono in tre anni valutare dei risultati.

Perché questo dialogo della comunità non viene indicato per riflettere sui cambiamenti, a livello delle istituzioni, delle famiglie, dei gruppi classe, dei luoghi di lavoro rispetto alle relazioni tra maschi e femmine e orientamenti diversi?

I cambiamenti non possono essere articoli di giornale, conversazioni in internet. Devono avere luoghi dove si parla tra persone, tra generazioni, per riflettere come gestire il cambiamento e concordarlo attraverso il dialogo e il confronto costruttivo.

Se ci chiedessimo come educare per esempio una bambina a più livelli e come riflettere sulla discussione che si è determinata sui veri padri, potremmo trovare relazioni e opinioni molto diverse. Donne ministro, attrici e artiste confrontate da giornali femminili su cosa permette ad una donna di stimarsi competente, hanno risposto che non è stato un padre collaborativo sulle attività domestiche, con compiti uguali a quelli della madre a permettere alla figlia di crescere evoluta. M. Recalcati sostiene nel suo libro che è la stima e l'affetto del padre a permettere alla figlia di crescere nel lavoro e socialmente, così come la stima e complicità del partner di fronte alle svolte di carriera e di studi a permettere tali scelte in serenità.

L'autostima al femminile e la famiglia

Che cosa allora è esplosivo? Nella famiglia, la differenza di carriera e di serenità economica tra maschi e femmine; nella separazione con un alto livello di conflittualità, l'incompetenza a gestire i nuovi ruoli e le nuove identità, comprese le funzioni genitoriali.

Lo psicoanalista Albert Eiguer nel suo libro sull'inconscio della casa evidenzia cinque funzioni della dimora: contenimento, identificazione, continuità storica, funzione creatrice e estetica. Solo parlando di separazione possiamo domandarci cosa accadrà alla casa, agli oggetti.

Un amico ci invitò nella sua casa dopo la separazione, rimasi colpita dal fatto che avevano diviso tutto in due, i quadri alle pareti avevano accanto le tracce del quadro portato via, così tutti gli oggetti. Mi domandai, prima di entrare nella camera che ci ospitava, cosa potesse essere successo al letto e ai comodini e invece in questo caso aveva prevalso un senso pratico di scambio di scelte.

Tornando al tema precedente, cosa pensate o avete pensato nell'idea di educare un figlio maschio o una figlia femmina? E sia per la femmina che per il maschio, cosa avete pensato di aggiungere o di togliere e cosa avete fatto istintivamente o al contrario cosa per essere politicamente corretti?

Riflettiamo sulla nostra storia personale di maschi e/o di femmine e rispetto alla nostra dimensione di amore e di accentuazione /riduzione degli stereotipi maschili e femminili o della loro amplificazione volontaria o involontaria.

Ci dobbiamo confrontare con le nostre attese, ma nello stesso tempo possedere i nostri modelli interpretativi della realtà. La mediazione di genere cerca di fare questo: di uscire dal conflitto per permettere di confrontarci, di costruire insieme regole e divieti, di costruire la personalità positiva, ricamando le storie e le educazioni familiari in una consapevolezza dei cambiamenti che guidi alla costruzione di un futuro condiviso.

Il figlio e la costruzione della famiglia nella coppia

I conflitti d'interpretazione si muovono su linee che mettono in crisi studi importanti, che hanno disegnato i significati del lavoro clinico e che oggi vanno riletti, tenendo presente che, anche a livello dell'intervento della mediazione, è necessario raggiungere un dialogo e una comprensione.

La mediazione di genere (fig. 1) non è un compromesso, né un accordo per un accordo.

È un lavoro duro tra ciò che pensiamo e facciamo e quello che possiamo costruire senza dimenticarci, ma fondando le basi di una riflessione potente che ci vede al centro della scena per poter vedere anche le ragioni e gli interessi delle persone che sono davanti a noi, che vivono con noi o intorno a noi.

Dobbiamo valutare cosa accade sul piano razionale e cosa interrompe la ragionevolezza, stimolare i nostri interlocutori a valutare come le posizioni introducono il tema della vittoria contro l'altro/a e la mediazione introduce invece la competenza a saper continuare a convivere, rispettando gli interessi personali e i bisogni degli altri.

La mediazione rappresenta un modo per mettere i protagonisti di un conflitto in una dimensione relazionale costruttiva che permette ad ambedue i contendenti o ai gruppi che vivono situazioni di stress e di negatività di lavorare per la soluzione dei problemi e per la costruzione di nuove risorse.

La mediazione di genere riconosce tutte le forze in gioco e ha come regola fondamentale che solo la ripresa della comunicazione, la competenza a sciogliere la cronicità dello scontro, il superamento delle posizioni a vantaggio di una riflessione corretta sui veri interessi reciproci e dei gruppi inizialmente

contrapposti, permette di trovare soluzioni vantaggiose e di sviluppare risorse utili per tutti i protagonisti.

La mediazione di genere cerca di mettere a confronto ruoli e stereotipi rispetto al maschile e femminile, orientamento e vissuto del proprio corpo e interpretazione del terzo genere e del diverso orientamento, interviene su questi temi specifici, per aprire il confronto e costruire la competenza al dialogo e al vivere insieme.

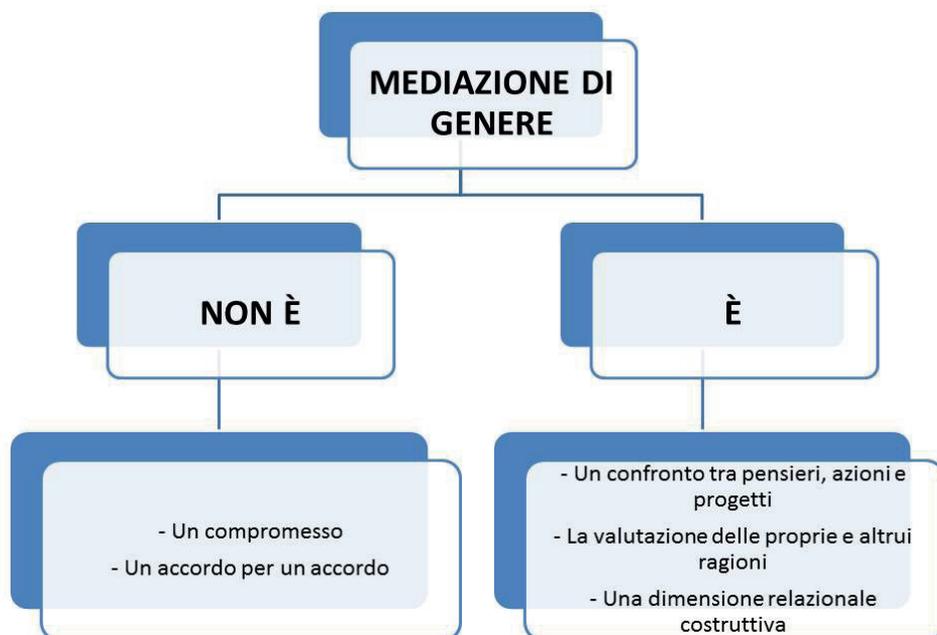


Fig.1 Che cos'è la mediazione di genere.

Cosa fare

Nella mediazione di genere (Schema 1) l'accordo risolve il problema con una soluzione mutualmente accettabile. L'accordo è rivolto a permettere la continuità delle relazioni tra le persone coinvolte.

La mediazione apre la stanza della conversazione, confrontando i modi della relazione: parole, gesti legati al genere, ai ruoli e agli stereotipi.

Interviene in tutte le situazioni dove si è incontrata la difficoltà del dialogo e si sono attivati comportamenti negativi.

Ha lo scopo di creare una struttura psicologica di contenimento delle emozioni dei partecipanti, finalizzata alla realizzazione di un clima di cooperazione e di mutuo rispetto delle parti.

È un processo informale che non si basa sul modello vincitore perdente, offre un'alternativa alla lotta per la vittoria, offre l'opportunità di un dialogo diretto tra le persone, permette una libera scelta del proprio futuro.

In mediazione si vince solo se vincono tutti. Nel nostro lavoro partiamo dalla presentazione dei problemi, spesso nel gioco di ruolo, in modo da non esporre troppo i protagonisti.

Bisogna spiegare come si lavora e chiedere il permesso: i problemi sono esposti, spiegando il motivo dei No e le attese che si intendono raggiungere.

Spesso all'inizio le carte sono mescolate: ci sono veri interessi, ma anche prese di posizioni, vecchi rancori, rabbie e ingiustizie vissute. L'esposizione chiara, paziente, permette di raggiungere una comprensione dei problemi, che vengono riassunti e restituiti in modo da pensare che stiamo condividendo dei contenuti, che spieghiamo sinceramente i motivi dei nostri comportamenti, che ci siamo capiti.

Le posizioni di stallo, quando il procedimento s'incepta, raccontano che al di sotto ci sono ancora torti e ragioni da valutare.

Raggiunto un punto si può tornare indietro per capire cosa sta accadendo e come possiamo scoprire cosa ancora non è emotivamente risolto.

Il conflitto aperto spesso ha come tacito intento quello di mantenere il controllo, quando il conflitto è chiuso senza una soluzione accordata esprime il desiderio di uno dei due o di ambedue di essere autorizzati ad esprimere ostilità e opposizione.

Siamo alla ricerca dei perché, riconoscendo che soprattutto nei conflitti di genere sono le ipotesi e i pregiudizi che spingono all'incomprensione. Si pensa che l'altro, gli altri, dovrebbero, potrebbero fare, pensare, e con questo ci sentiamo autorizzati a compiere gesti o dire parole che non possono essere scambiate in amicizia e in convivenza. Lavorare sui reali problemi del gruppo o sulle simulazioni di problemi, cercando di capire cosa possiamo temere nelle diverse situazioni ci permette di pensare insieme e di combattere gli stereotipi e i pregiudizi.

Quando?

- In tutte le situazioni di dialogo interrotto e di conflittualità espressa con ostilità e opposizione.

Quali obiettivi vuole raggiungere?

- Conversazione e confronto.
- Mutuo rispetto tra le parti e cooperazione.
- Soluzioni reciprocamente accettabili.

Come?

- Con una graduale comprensione del perché non ci siamo capiti.
- Con il riconoscimento dei pregiudizi di genere che spingono all'incomprensione.
- Con la comprensione dei motivi che ingenerano le situazioni di stallo.
- Con la comprensione e risoluzione dei conflitti tramite un modello vinco-vinci.

Schema 1. La mediazione di genere: quando, quali obiettivi e come.

Negli ambienti di lavoro, la mediazione di genere ci permette di superare l'infezione psicologica di una cattiva convivenza, permette di risolvere le tensioni legate al genere e ai ruoli rispetto alle posizioni gerarchiche, al passaggio di direzione nelle aziende a conduzione familiare, alla definizione dei turni e degli accoppiamenti di lavoro.

Conclusioni

Nella mediazione di genere emergono, più che in altre conflittualità, radicate idee di subire torti proprio in relazione alle proprie caratteristiche biologiche o alle idee preconcepite di cosa devono fare uomini e donne o come si pensa siano i comportamenti di persone che hanno orientamenti sessuali diversi. Si verificano delle forti contrapposizioni su chi dovrebbe fare cosa e sulle ostilità preconcepite anticipatorie di cosa senza dubbio caratterizza sessi e orientamenti, idee ed emozioni.

Diversamente dalla lotta per le pari opportunità, la mediazione crea la consapevolezza che disponiamo degli stessi diritti e di diritti diversi, e che affrontarli in amicizia costruisce la stima e il legame. Costruire il conflitto dinamico, contenere e far emergere le emozioni permette di affrontare con forza il diritto ad una convivenza di qualità, è, contro l'infezione psicologica, la fatica buona per creare soluzioni concordate, utili.

Bibliografia

- Castelli, S. (1996). *La mediazione. Teorie e tecniche*. Milano: Ed. Raffaello Cortina.
- Emery, R. (1998). *Il divorzio. Rinegoziare le relazioni familiari*. Milano: Franco Angeli.
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B (2005). *L'arte del negoziato*. Milano: Mondadori.
- Galimberti, U. (2001). *La terra senza il male*. Feltrinelli Editore.
- Giommi, R. (2002). *La mediazione nei conflitti familiari*. Firenze: Giunti.
- Giommi, R. (1992). *Programma educazione sessuale*. Milano: Mondadori.
- Giommi, R. (2005). *Le donne amano la terra e il cielo*. Milano: Frassinelli
- Graglia, M. (2012) *Omofobia*, carocci Faber
- Hillman, J. (1985). *Trame perdute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lickson, C. P. (2003). *Come risolvere amichevolmente conflitti e controversie*. Milano: Franco Angeli.
- Lynch, D., & Kordis, P. L. *La strategie du dauphin*. Montreal: Les Editions de l'Homme.
- May, R. (1992). *Il richiamo del mito*. Milano: Rizzoli.
- Recalcati, M. (2015) *Il complesso di Telemaco*, Feltrinelli
- Recalcati, M: (2015, *Le mani della madre*, Feltrinelli

La Gestione del Baby-Clash: una Strategia per la Prevenzione della Conflittualità nel Percorso Nascita

Anna Rita Natale

psicologa, coordinatrice del gruppo "Psicologia & Salute di Genere" dell'OPT

La crisi dopo la nascita di un figlio

L'arrivo del/della bambino/a provoca un serio cambiamento nell'equilibrio della coppia, talvolta una vera e propria crisi: il *baby-clash*. I confini dell'intimità coniugale, familiare e personale sono ridisegnati. Il/la neonato/a non fa altro che agire da catalizzatore, evidenziando o peggiorando problemi già esistenti, soprattutto se la scelta di avere un/una figlio/a non è stata voluta da uno o da entrambi i genitori. Prendere la decisione di avere un bambino non è come decidere di cambiare lavoro o acquistare una nuova automobile. È una decisione che coinvolge intimamente due persone e ha una implicazione per tutta la vita (Martyn E., 2001). Un figlio mette a dura prova "la diade", il precedente rapporto a due, la coppia coniugale, perché tutto deve essere rivoluzionato in funzione di un bioritmo completamente diverso: quello della "triade" e i due adulti devono trasformarsi in coppia genitoriale.

Questa crisi non deve essere confusa con il "*baby blues*" o "*maternity blues*" (Winnicott D. H., 1965), riferito allo stato di malinconia che caratterizza i giorni successivi al parto, chiamato anche "malinconia dei quattro giorni" in quanto può normalmente persistere per quattro giorni o durare fino a due settimane dopo il parto. I sintomi sono sbalzi di umore con facile tendenza al pianto, mancanza di concentrazione, ansia, tristezza, sensazione di dipendenza. Ugualmente non va assimilata alla depressione post-partum: un vero e proprio disturbo dell'umore, che può esordire entro sei mesi dopo il parto e perdurare per un anno intero.

Il *baby-clash* è qualcosa di diverso e legato alla difficoltà di elaborare la nuova condizione di coppia genitoriale. La nascita di un bambino, sebbene sia considerata un evento normativo nella vita degli individui e delle famiglie,

costituisce un momento di crisi che comporta il cambiamento e la riorganizzazione nella vita dei genitori (Boss, 2002). L'identità e i ruoli dei genitori, degli altri familiari e soggetti coinvolti vanno ridefiniti (Colman & Colman, 1994) in un processo che richiede tempo e, come tutti i momenti di cambiamento, di solito implica un aumento dei livelli di stress.

I numeri del *baby-clash*

In Francia, dove è stato studiato il fenomeno, risulta che esistono sempre più famiglie monoparentali (nel 2011 sono state censite 25,4% famiglie, con un incremento del 74% tra il 1995 e il 2005)³⁷. In genere la separazione avviene più spesso quando i figli sono adolescenti. I minori tra i 6 e 17 anni che vivono in una famiglia monoparentale si attestano al 21,9%, mentre la percentuale di bambini con meno di due anni che vivono con un solo genitore è del 12,1%³⁸. Ma è comunque difficile parlare di "*baby-clash*", dato che un gran numero di questi bambini non hanno neanche vissuto la separazione dei loro genitori: il 7,4% delle donne sono sole al momento della nascita dei propri figli (sia che abbiano fatto un figlio da sole, sia che si siano separate durante la gravidanza).

Per il dott. Bernard Geberowicz, co-autore, insieme a Colette Barroux³⁹, del libro "*Le baby-clash le couple à l'épreuve de l'enfant*", questo fenomeno, invece, è reale: "*dal 20 al 25% delle coppie si separano nei primi mesi dopo la nascita del bébé. E questa cifra è in crescita continua*".

In Italia, nel 2012, risulta che "*in metà delle separazioni e in un terzo dei divorzi è coinvolto un figlio minore. Nel 2012 65.064 separazioni (il 73,3% del totale) e 33.975 divorzi (il 66,2% del totale) hanno riguardato coppie con figli. I figli coinvolti sono stati 112.253 nelle separazioni e 53.553 nei divorzi. Poco meno della metà (48,7%) delle separazioni e un terzo (33,1%) dei divorzi riguardano matrimoni con almeno un figlio minore di 18 anni. Il numero di figli minori che sono stati affidati nel 2012 è stato pari a 65.064 nelle separazioni e a 22.653 nei divorzi.*

³⁷ INSEE, RP1990 sondage au 1/4, RP1999 à RP2011 exploitations complémentaires." Structure des familles avec enfants sans limite d'âge".

³⁸ INSEE, RP2011 exploration complémentaire. "Enfants des familles par âge et type de famille en 2011".

³⁹ Colette Barroux, journaliste spécialisée en sciences humaines, famille, education.

Nelle separazioni, il 54,5% dei figli affidati ha meno di 11 anni. In caso di divorzio i figli sono generalmente più grandi: la quota di quelli al di sotto degli 11 anni scende al 32,1% del totale”(Fig 1) ⁴⁰.

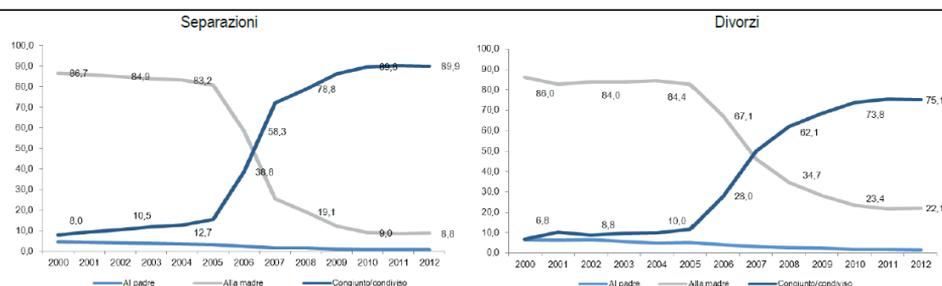


Fig 1. Separazioni e divorzi per tipo di affidamento dei minori (anni 2000-2012, valori percentuali)

Una questione di età

Anche se in Italia non esistono ancora studi approfonditi sul fenomeno del *baby-clash* come sono stati fatti in Francia, esistono fattori di rischio del medesimo, come il fare figli in età sempre più matura (Geberowicz B., 2005).

Secondo i dati Istat⁴¹ "la distribuzione delle nascite per età della madre consente di mettere in evidenza lo spostamento della maternità verso età sempre più avanzate, caratteristica questa ancora più evidente per le madri di cittadinanza italiana (Prospetto 4). La posticipazione delle nascite ha contribuito al forte abbassamento della natalità osservato nel nostro Paese dalla seconda metà degli anni Settanta alla prima metà degli anni Novanta. Successivamente si è registrato un parziale recupero delle nascite precedentemente rinviate, in particolare da parte delle baby-boomers, che si è tradotto in un progressivo aumento delle nascite da madri con più di 35 anni, ravvisabile soprattutto al Nord e al Centro. Nel 2013 le donne hanno in media 31,5 anni alla nascita dei figli, oltre un anno e mezzo in più rispetto al 1995 (29,8), valore che sale a 32,1 anni per le madri di cittadinanza italiana" (Fig 2).

⁴⁰ ISTAT, Separazioni e divorzi. Anno 2012. Statistiche report, 23 giugno 2014 (www.istat.it).

⁴¹ ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2013. Statistiche report, 27 novembre 2014 (www.istat.it).

Siamo, insieme a Liechtenstein e Spagna (31,5), Svizzera e Irlanda (31,4), uno dei paesi con le primipare⁴² più "attemperate".

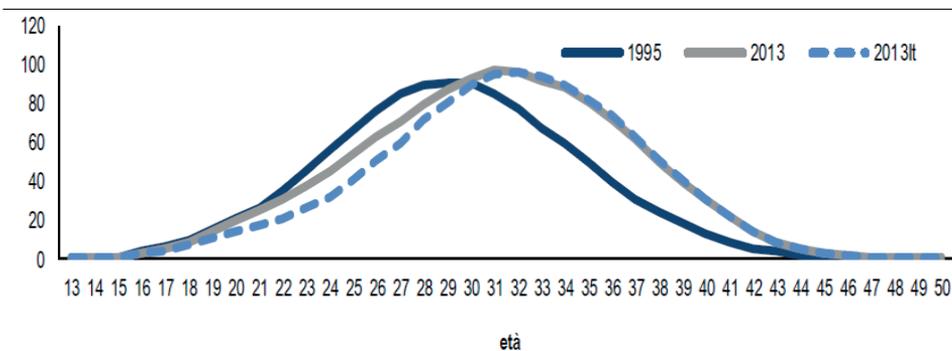


Fig 2. Tassi di fecondità specifici per età delle donne residenti in Italia (anni 1995-2013, valori per 1000 donne)

"I genitori, e in particolare le donne, hanno più responsabilità e impegni da gestire con l'età, tanto a livello professionale, che sociale e personale"; l'arrivo del bambino avviene tra tutte queste priorità; le tensioni rischiano così di essere più forti "e oggi, non appena appare una difficoltà nella coppia, si pensa più facilmente ad una separazione come soluzione" (Geberowicz B., 2005).

La nascita di un figlio per sanare un equilibrio fragile

Un altro fattore di rischio è determinato dalla scelta di fare un bambino per "sanare" una crisi di coppia. L'intenzione di fare un figlio per risaldare il rapporto, infatti, è quasi sempre un'iniziativa destinata al fallimento del rapporto di coppia e del progetto familiare.

Durante la gravidanza, entrambi i componenti della coppia sono portati a riflettere sulle proprie scelte di vita e aspettative. Le differenze possono emergere e far nascere una forte incompatibilità. Il bambino agisce come un fattore accelerante, rivelando o aggravando problemi già esistenti, se non c'è un supporto per riuscire a gestire sia la conflittualità di coppia che il grande evento della nascita. In alcuni casi sarebbe utile un supporto psicologico. Il che richiede necessariamente una conoscenza diffusa dei rischi di *baby-clash* sia da

⁴² EUROSTAT, (online data code: demo_find) "Total fertility rate and Mean age of women at childbirth - 2010 instead of 2011".

parte della popolazione sia delle figure sanitarie coinvolte nel percorso nascita (medico di medicina generale, ginecologo/a, ostetrico/a, pediatra) e relativo invio quando necessario.

“L’arrivo del bambino provoca una crisi, modifica l’equilibrio della coppia. Ma questo non implica necessariamente una separazione. Al contrario, il cambiamento può rivelarsi positivo” (Geberowicz B., 2005). Ciò richiede, però, che la comunicazione nella coppia sia funzionale e solida quanto è necessaria per gestire il cambiamento, la crisi inevitabile nel passaggio dalla vita a due a quella a tre. In questi casi, secondo una bella immagine, *“la gravidanza che va avanti, non è la performance di un solista, ma l’armonia di un duo che dolcemente si trasforma in un trio”*⁴³.

Sintomi del *baby-clash*

Il *baby-clash* (*baby-shock*, nella traduzione italiana del libro), il fenomeno della crisi di coppia in occasione della nascita di un figlio, è caratterizzato da una serie di problematiche e sintomi specifici di disagio individuale e di coppia.

- Fin dai primi giorni di vita in comune con il neonato, s’impone il senso di responsabilità anche per il padre (quasi sempre nella madre nasce progressivamente durante la gravidanza). La responsabilità dei genitori costituisce l’archetipo di ogni responsabilità (Jonas H., 1990) e implica la nozione di dovere che sorprende in particolar modo il padre che, a volte, tenta di allentare questi legami, pur sapendo che non potrà mai liberarsene.
- Nei primi mesi successivi al parto, che sono i più duri da affrontare (carezza di sonno, affaticamento, ecc), sale l’ansia e il nervosismo; ci si sente disorientati per i nuovi importanti compiti.
- Nel post-partum entra in crisi la sessualità, l’aspetto più intimo del rapporto. C’è un calo del desiderio, soprattutto femminile per una pluralità di motivi: dal trauma del parto alle ferite, allo scombussolamento ormonale (gli ormoni della gravidanza, quali estrogeni, progesterone e HCG, diminuiscono fortemente dopo il parto e, contemporaneamente con l’allattamento nel sangue, iniziano a circolare più prolattina e ossitocina).

⁴³ Geberowicz, B., Barroux C. “Le baby-clash : le couple à l’épreuve de l’enfant”, 2005

- Compaiono dei nuovi vissuti di disagio soggettivo e interpersonale. Le donne vedono trasformare ancora il proprio corpo e questo ha spesso risvolti psicologici sull'autostima. I padri, in molti casi, si sentono spodestati e trascurati. Se prima le compagne avevano occhi solo per loro, erano complici e amanti, adesso non è più così, perché le priorità sono cambiate.
- Alcuni uomini hanno bisogno di sentirsi rassicurati sulla loro capacità seduttiva, dato che la paternità sviluppa degli aspetti femminili che non sapevano di avere.
- La coppia di colpo si ritrova in un vortice in cui convergono i doveri, il peso del passato di ciascuno, quello delle rispettive famiglie di origine, nonché la riflessione sull'invecchiamento e sulla morte (Geberowicz B., 2005).

Gestione del cambiamento e della crisi

Come essere sicuri che il "lieto evento" non rimetta in discussione la coppia?

"Non bisogna pensare che l'arrivo del bambino non cambierà nulla! Il suo arrivo modificherà certamente l'equilibrio, è normale. Il punto è saperlo e prepararsi" (Geberowicz B., 2005). Quando il bambino arriva e diventa il centro dell'universo, la vita di coppia non è più la stessa. La "diade" non esiste più. È molto importante per la propria sopravvivenza che la coppia prenda coscienza del fatto che non potrà più vivere come prima; dovrà quindi acquisire consapevolezza del cambiamento a cui va incontro, pianificare e accettare gli inevitabili mutamenti delle proprie abitudini.

Nella coppia ci sono due persone con caratteri differenti e storie diverse per esperienze di vita, educazione. Alcune aspirazioni possono non coincidere, ma con l'espressione affettiva e la volontà di costruire una coesione familiare si può creare un modello condiviso di convivenza. In questo progetto familiare "compromesso" e "dialogo" sono le parole d'ordine che devono regnare nella coppia per riuscire ad attraversare la crisi, senza esserne sopraffatti.

"La voglia di solidificare la loro relazione è il motore della coppia. L'amore, questo miscuglio di desiderio ma anche di curiosità reciproca, ne è il carburante [...] i problemi possono esistere se i due coniugi non sono sulla stessa lunghezza d'onda, se uno ha l'impressione che l'altro si occupi più del piccolo e si sente trascurato. In questo caso, non bisogna esitare e parlarne con il partner. Il dialogo è essenziale". (Geberowicz B., 2005)

Secondo gli autori del libro *“I papà vengono da Marte, le mamme da Venere, il manuale per i genitori ad uso terrestre”*⁴⁴ Alberto Pellai e Barbara Tamborini, genitori anche nella vita privata, questa possibile fase d’*impasse* si può superare, attivando una serie di comportamenti funzionali e comuni:

- apprezzare la tenerezza del papà non solo nei confronti del neonato, ma anche della moglie;
- dimostrarsi vicendevolmente stima e considerazione;
- continuare a dirsi “ti amo”, rassicurando il partner del proprio sentimento di amore;
- ritagliarsi un momento per la coppia, facendosi aiutare;
- non dare niente per scontato.

Esistono, inoltre, dei comportamenti efficaci specifici per ciascuno dei due membri della coppia:

- per la donna è salutare avere la consapevolezza che, oltre ad essere una mamma, è sempre una moglie/compagna;
- per il marito/compagno, oltre al giusto equilibrio di attenzione fra il neonato e la partner, è necessario rendersi conto che la compagna sta vivendo un periodo di forte stress psico-fisico, di grandi cambiamenti corporei che possono mettere in crisi la sua autostima. Occorre, inoltre, che comprenda il valore della sua presenza fisica e pertanto della necessità di alterare alcune precedenti abitudini: palestra, uscite con gli amici, forte impegno lavorativo. Diviene funzionale pertanto dedicare del tempo per la vicinanza, il corteggiamento della compagna, la condivisione di alcune attività nella cura del piccolo.

Conclusioni

In sintesi è necessario acquisire la consapevolezza che un figlio non deve cancellare il “sistema coppia”, ma piuttosto mantenerlo con alcune trasformazioni. Inoltre va compreso che il passaggio dalla “diade” alla “triade” presuppone un opportuno cambiamento delle abitudini di vita di entrambi i partner.

Per fare questo le coppie possono attenersi al *“decalogo per la convivenza pacifica”* (Pellai A., Tamborini B., 2014):

⁴⁴ Pellai A., Tamborini B. *“I papà vengono da Marte, le mamme da Venere, il manuale per i genitori ad uso terrestre”*, 2014

1. Accettare le differenze. Com'è stato evidenziato in precedenza, essere mamma ed essere papà non è la stessa cosa, sia dal punto di vista emotivo che da quello fisiologico.
2. Essere indulgenti con i difetti dell'altro. È inutile mettere a disagio il partner ponendo l'accento ogni volta sui suoi difetti: meglio integrare le sue difficoltà con una propria risorsa.
3. Dare spazio all'intimità e alla sessualità. Sospendere i rapporti sessuali subito dopo il parto è normale (per motivi fisiologici della donna). Se dopo un ragionevole intervallo (al massimo tre mesi) l'attività sessuale non riprende, vuol dire che c'è un problema che, per il benessere della coppia, è bene affrontare subito.
4. Dirsi tutto, ma imparare anche a tacere. Lamentarsi sulle cose non dette o non fatte è controproducente, meglio tenersi per sé (per quanto possibile) le recriminazioni.
5. Curare i particolari che rendono felice il partner. Quando nascono i figli, di solito ci si concentra su tutto ciò che li riguarda. Fa bene alla coppia non scordarsi del compleanno del partner, del proprio anniversario (di nozze, di convivenza, di quando si è formata la coppia), di un mazzo di fiori o un regalo per un onomastico o una ricorrenza speciale.
6. Passare un po' di tempo da soli, senza figli. Una cena, una serata al cinema, lasciando per qualche ora (senza per questo sentirsi "in colpa") in mani sicure e fidate il proprio bebè, può regalare una carica positiva che sarà piacevolmente percepita al rientro a casa.
7. Scoprire nuove attività da fare insieme, anziché rimpiangere quelle cui si è dovuto rinunciare. Per qualche tempo alcune occupazioni (andare in moto fuoriporta, sciare, fare shopping, ecc ...) potrebbero essere messe da parte, ma ad esempio fare delle passeggiate con il bambino rilassa e aumenta le occasioni d'incontro che potrebbero portare ad avere nuove amicizie.
8. Avere fiducia nell'altro. Genitore prima di tutto, nel pediatra, nei nonni, che li accudiscono al rientro del lavoro o quando si vuole ritagliare un momento di coppia, nelle maestre del nido.
9. Fare pace prima di dormire. Si dorme meglio se le questioni sono state chiarite, ma soprattutto andare a letto sereni è fondamentale per la tenuta e il benessere della coppia.
10. Riderci su. Cercare di prendere con ironia i contrattempi che inevitabilmente possono capitare aiuta ad affrontare il proprio lavoro di genitore serenamente.

Farcela è dura, ma la relazione con il partner non dovrà sembrare un thriller, ma una commedia di sentimenti.

Bibliografia

- Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach*. Sage Publications.
- Colman, L.L., & Colman, A. (1994). *Gravidèz – a experiencia psicologica*
- Geberowicz, B., Barroux C. (2005). *Baby shock! La coppia alla prova quando nasce un bambino*
- Jonas, H. (1990). *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi.
- Martyn, E. (2001). *Babyschock!: Your Relationship Survival Guide*. Random House.
- Pellai, A., Tamborini B. (2014). *I papà vengono da Marte, le mamme da Venere, il manuale per i genitori ad uso terrestre*.
- Winnicott D.W. (1965). La preoccupazione materna primaria. In: Winnicott D.W. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*.

Sitografia

- EUROSTAT (online data code: demo_find) "Total fertility rate and Mean age of women at childbirth – 2010 instead of 2011"
- INSEE, RP2011 exploration complémentaire. "Enfants des familles par âge et type de famille en 2011".
- INSEE, RP1990 sondage au 1/4, RP1999 à RP2011 exploitations complémentaires. "Structure des familles avec enfants sans limite d'âge".
- ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2013. Statistiche report, 27 novembre 2014 (www.istat.it)
- ISTAT, Separazioni e divorzi. Anno 2012. Statistiche report, 23 giugno 2014 (www.istat.it)

Diventare Padri: Uomini a Confronto con le Proprie Emozioni per la Costruzione di un Nido Sicuro e di un Sano Equilibrio Familiare

Tommaso Fanzone

Psicologo, Gruppo di Accompagnamento alla Paternità (GAP)

Introduzione

Il nostro interesse verso “l’uomo incinta” è sorto notando la scarsità di materiale scientifico e di studi relativi alla tematica e alla dimensione maschile legata alla nascita. Solo negli ultimi decenni, infatti, sono cominciati a emergere i primi studi e le prime meta-analisi che hanno messo in evidenza, non solo l’importanza della figura paterna per la crescita dei figli ed il benessere della famiglia (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, 1975; Minuchin, Fishman, 1981; Wiley, Hoboken & Draper, 2002; Fletcher, Silberger & Galloway, 2004), ma anche come il suo coinvolgimento sano e precoce all’interno del nuovo nucleo familiare diminuisca il rischio di disturbi del comportamento nei figli (Sarkadi, Krisstianson, Oberklaid & Blemberg 2008).

Questo “gap” di attenzioni del mondo scientifico fra universo maschile e femminile nel periodo peri/post natale può derivare dal fatto che da sempre il tema della gravidanza ruota quasi totalmente intorno alla figura della donna, perché da un punto di vista fisiologico è lei che dal giorno del concepimento porta con sé il bambino nel periodo della gestazione e si occupa totalmente della sua nutrizione per i primi mesi dopo il parto. Fino a pochi decenni fa, inoltre, era la madre che veniva identificata come la principale *caregiver*: colei che nella coppia genitoriale doveva occuparsi della maggior parte degli aspetti della vita dei figli.

È importante sottolineare che solo negli ultimi trenta anni accanto a un affiancamento di tipo strettamente medico è aumentata la sensibilità verso tutti gli aspetti psicologici legati al delicato passaggio alla genitorialità e che possono contribuire alla formazione di equilibri più o meno sani nel nuovo nucleo

familiare. Questo momento critico implica, infatti, non solo una rielaborazione dei propri vissuti di figli, ma anche del rapporto con il proprio compagno e la propria compagna nel passaggio di ruolo fra amanti, genitori e coppia. Tempi di elaborazione e di raggiungimento del ruolo differenti, situazioni nuove e emotivamente molto intense in unione con le differenti specificità, che l'uomo e la donna affrontano nel divenire genitori, possono essere causa di tensioni e influire negativamente sugli equilibri familiari a vari livelli e varie intensità.

Il Gruppo di Accompagnamento alla Paternità

Il Gruppo di accompagnamento alla Paternità (GAP)⁴⁵, nasce nel 2004 a Firenze, presso il Centro di psicoprofilassi ostetrica "La Margherita" dell'Azienda Ospedaliera Careggi (AOUC), con l'idea di colmare il vuoto presente nel supporto agli uomini in attesa di diventare padri e di studiare al tempo stesso l'universo maschile durante il periodo peri/post natale.

Il progetto GAP, uno dei primi a strutturarsi in Italia, è stato reso possibile grazie alla volontà del Dipartimento Materno Infantile dell'Azienda Ospedaliera Careggi (AOUC) e, in particolare, del "Centro Nascite La Margherita" di introdurre elementi di sperimentazione organizzativa e di innovazione.

Si tratta di un gruppo di lavoro interdisciplinare composto da varie figure professionali che, nel 2007, inizia a strutturarsi organizzando una serie di incontri riservati ai solo "uomini in attesa", creando uno strumento *ad hoc* per indagare i loro vissuti e offrendo un servizio di supporto psicologico per i futuri/neo padri che ne fanno richiesta. Gli incontri hanno lo scopo di accompagnare i futuri padri nell'elaborazione dei propri vissuti, dare suggerimenti pratici per affrontare consapevolmente e al meglio situazioni nuove e spesso non semplici, favorendo al tempo stesso un confronto tra pari che aiuti a ridurre i livelli di ansia che spesso si presentano nel periodo della gravidanza.

⁴⁵ Il GAP (Gruppo di accompagnamento alla Paternità) è composto dal dottor Mario Landi (neuropsichiatra infantile), la dott.ssa Maria Cristina Stefanini (neuropsichiatra infantile), la dott.ssa Giuliana Lino (psicologa), il dott. Francesco Bulli (psicologo, psicoterapeuta), il dott. Marco Vieri Cenerini (psicologo, psicoterapeuta), il dott. Paolo Dirindelli (neuropsichiatra infantile), il dott. Tommaso Fanzone (psicologo, psicoterapeuta), ed il dott. Marco Santini (ginecologo).

Ad oggi, gli incontri, a cadenza bisettimanale, sono condotti da un/una professionista (neuropsichiatra infantile o psicologo/psicoterapeuta) e così suddivisi:

- un incontro rivolto alla coppia, in cui si spiegano le modalità di svolgimento del
- percorso per i padri e s'iniziano a toccare quelle che saranno le tematiche che
- verranno affrontate durante il ciclo;
- un incontro introduttivo rivolto ai soli padri;
- quattro incontri rivolti ai soli padri incentrati su quattro temi principali;
- un incontro post parto per i padri.

Durante l'incontro con la coppia viene affrontato il tema *"Diventare padre, lo specifico maschile"*. Si tratta di un confronto su tutto quello che comprende l'universo maschile nel periodo della gravidanza, fra dubbi, aspettative, emozioni e vita pratica.

Nei quattro incontri rivolti ai soli padri, vengono presentate quattro tematiche principali.

Il primo tema, *"La gravidanza paterna"*, è un incontro di riflessione su tutto ciò che può essere considerato appartenente al termine "maschio" in relazione alla famiglia e alla paternità.

Il secondo tema, *"L'evoluzione della relazione di coppia prima e dopo la nascita di un figlio"*, è una riflessione su tutte le criticità, le ansie, e le gioie che si possono vivere nel delicato passaggio dalla diade alla triade, le quali possono avere conseguenze importanti sulla stabilità e sulla serenità del nuovo nucleo familiare.

Il terzo tema, *"Il padre: l'assente inaccettabile"*, è un incontro dove si riflette sull'evoluzione della figura paterna nel corso degli anni, sui suoi cambiamenti, sul ruolo che il padre aveva in passato e ha nel presente. Particolare attenzione viene data ai rischi che possono venir fuori quando la funzione normativa, che nel passato era prevalentemente paterna, viene a mancare ed è sostituita da una funzione unicamente affettiva, portando a una pericolosa assenza di regole.

Infine l'ultimo tema affrontato è *"Il padre e la sala parto"*, ovvero un incontro dedicato alla presenza del padre in sala parto, nel quale ci si confronta sulla scelta di essere presenti. In questo incontro si cerca di far emergere le ansie, le gioie e più in generale le emozioni personali legate al pensiero della

nascita, fornendo anche consigli pratici su come comportarsi e come rendersi utili il giorno del grande evento e nei primi mesi dopo il parto, favorendo così "l'entrata in campo" del padre nel suo nuovo ruolo fin dalla nascita dei figli.

Tutti gli incontri hanno come obiettivo quello di rendere più consapevoli i padri delle proprie emozioni, di aiutarli allo stesso tempo a entrare nel loro nuovo ruolo genitoriale fin dall'inizio. Durante gli incontri vengono forniti ai padri una serie di strumenti utili a affrontare, con le proprie risorse e in maniera più consapevole, le situazioni legate al periodo pre/post parto che possono andare ad influire positivamente e negativamente sugli equilibri della coppia e della nuova famiglia. Nel nostro percorso, per contribuire alla prevenzione di problematiche correlate alla nascita e fare salute di genere, riteniamo fondamentale valorizzare le differenti specificità dell'uomo e della donna.

Oltre alla volontà dei professionisti di portare avanti il progetto GAP, a titolo esclusivamente gratuito, altri fattori aiutano a incrementare la motivazione dei futuri padri alla partecipazione agli incontri. Gli uomini in attesa di un figlio, sia per motivi socioculturali, quali l'aumento del senso di responsabilità e protezione nei confronti della nuova famiglia, che per motivi fisiologici, come l'aumento della prolattina e la diminuzione del testosterone, tendono a avere maggiori capacità autoriflessive, a mettersi in discussione più facilmente e ad accrescere la predisposizione a entrare in empatia con la partner. Di conseguenza, durante questo periodo, tendono a lasciare da parte lo stereotipo di uomo forte e anaffettivo, che frequentemente è causa di barriere nella comunicazione, nella espressione dei propri vissuti, nella comprensione dei sentimenti dell'altro e quindi di blocchi e disequilibri nell'evoluzione personale, della coppia e della famiglia (Brizendine, 2010).

La ricerca e la nostra esperienza sul campo

In parallelo agli incontri di gruppo del progetto GAP è stata condotta una ricerca con i padri che avevano partecipato ad almeno un incontro del percorso GAP. Lo scopo della ricerca era quello di descrivere le rappresentazioni paterne in gravidanza e mettere a confronto i futuri padri/neo padri con le proprie aspettative e emozioni rispetto al parto, al periodo post parto, al diventare genitore e ai bisogni e i vissuti della compagna.

Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario anonimo individuale costruito *ad hoc* che si ispirava a uno strumento già presente in letteratura:

l'intervista clinica per lo studio delle rappresentazioni paterne in gravidanza (IRPAG) (Ammaniti, Odorisio & Tambelli, 2006). Il questionario era costituito da 19 item: 16 a risposta chiusa e 3 a risposta aperta. Le domande a risposta aperta riguardavano: 1) il periodo pre/parto, parto, nascita; 2) le condizioni di coppia, e 3) le aspettative verso il ruolo di padre e sui bisogni dei figli.

Il questionario è stato somministrato a un campione complessivo di 96 padri, di cui il 95,8% era in attesa del primo figlio e al momento della compilazione si trovavano in media alla 30esima settimana di gravidanza (range 8-38). L'età media dei partecipanti è risultata di 36,6 anni (con un range di 26-49). Oltre l'80% dei partecipanti era in possesso di almeno un diploma di scuola media superiore e il 94,8% del campione aveva una partner che lavorava. Nel 60% dei casi la gravidanza era stata programmata.

Oltre alla compilazione del questionario, è stato proposto ai padri del progetto GAP un incontro post natale per raccontare la propria esperienza del parto e dei primi mesi dopo la nascita dei figli. L'obiettivo era quello di avere un feedback rispetto ai temi sviluppati negli incontri e confrontarsi rispetto alle aspettative e la realtà nel periodo perinatale e post natale. I padri sono stati invitati a partecipare all'incontro post parto tramite un'email.

In questo caso i partecipanti durante 3 incontri svoltisi, sono stati 26, con un range di età compreso fra i 26 ed i 39 anni. L'età dei figli variava dai 3 ai 29 mesi.

I risultati della ricerca

I risultati emersi dalla compilazione dei questionari riguardano principalmente il periodo prenatale, la sala parto e il periodo post parto.

- Nel periodo prenatale, i futuri padri avevano la tendenza a idealizzare la gravidanza, affrontandola prevalentemente senza vissuti negativi (Fig.1), senza preoccupazioni per gli equilibri della coppia, ma con più concentrazione sugli aspetti pratici dell'organizzazione familiare, come l'acquisto del necessario per la cameretta, le visite mediche o la gestione degli sbalzi di umore della partner.

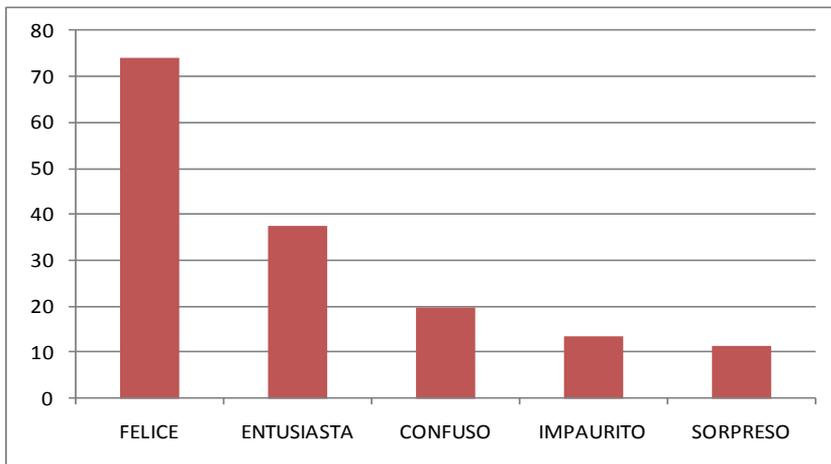


Fig 1. Sensazioni periodo pre-parto

- Relativamente alla sala parto, emergevano invece forti ansie, timori di non essere all'altezza, di impressionarsi, di non sapere aiutare la propria compagna, oppure, all'opposto, totale assenza di sentimenti di preoccupazione. C'era la tendenza, anche in questo caso, a concentrarsi sugli aspetti tecnici del parto; si evidenziava inoltre, il timore di perdita d'attrazione sessuale dopo aver assistito alla nascita.
- Pensando al periodo post parto, i padri avevano la consapevolezza delle difficoltà presenti in questo periodo, ma non riuscivano a immaginarsi come sarebbe stata la vita a tre. Riferivano inoltre che si sarebbero concentrati sull'assistenza alla partner, ma senza dare importanza alla condivisione delle difficoltà (Fig 2). Dalla figura 2, emerge chiaramente la presenza di una volontà di partecipare e supportare la compagna dopo la nascita dei figli, ma questa viene espressa con tutta la specificità "maschile" di un supporto per lo più pratico e strumentale che trascurava un supporto emotivo come il dare amore e affetto, il contribuire a creare un ambiente sereno e il condividere le difficoltà del periodo con la partner. Elementi, questi, forse tipicamente più "femminili", ma fondamentali per il superamento di una fase così delicata e per la creazione di nuovi equilibri familiari solidi e stabili. Emergeva, infine, come i futuri papà s'immaginassero già i figli come "grandi" (8-12 anni) e avevano difficoltà a focalizzarsi su come sarebbe stato e come avrebbero gestito la vita e la relazione con i bambini nei primi mesi dopo la nascita.

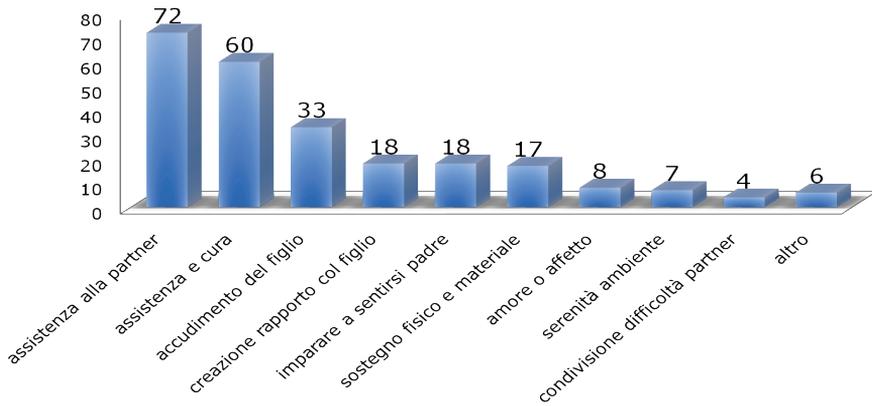


Fig 2. Elementi principali di cui si dovrà occupare il padre nei primi tre mesi di vita del/della neonato/a

Un altro utile strumento d'indagine è stato l'incontro post parto che ci ha fornito un valido feedback rispetto ai temi sviluppati nel ciclo di incontri pre parto e ha consentito ai padri di raccontare la propria esperienza, confrontandosi con altre persone che stavano vivendo la stessa situazione.

All'incontro post parto ha partecipato un numero ridotto di partecipanti rispetto ai gruppi precedenti, presumibilmente a causa dell'incremento degli impegni familiari dopo l'arrivo del/della neonato/a e non a un calo della motivazione verso il tema della paternità e alla voglia di confrontarsi rispetto a questo. Tali ipotesi è confermata anche dalle numerose e-mail di risposta al nostro invito alla partecipazione, in cui veniva evidenziata la volontà di partecipare e l'impossibilità a farlo a causa dell'aumentato carico di impegni in famiglia.

Quello che è emerso di rilevante durante gli incontri può essere così riassunto schematicamente:

- i neo papà riportavano dei forti sentimenti di esclusione nel rapporto con la partner e il/la neonato/a dovuto al legame quasi simbiotico fra questi ultimi, soprattutto nei primi 4 mesi dopo la nascita;
- i neo papà si sforzavano, con fatica, di partecipare alla vita familiare, cercando quando possibile di rendersi utili, soprattutto nella gestione pratica delle situazioni (cambio pannolino, addormentamento, ecc.);

- i neo papà sentivano molto il bisogno di rassicurazione rispetto alla loro importanza e al rapporto con la compagna. Data la richiesta di incontri regolari post parto, è possibile ipotizzare che proprio nel gruppo, nella possibilità di confronto fra pari e scambio di esperienze, i neo papà abbiano trovato una risposta parziale a questo bisogno di rassicurazione.

In tutti i gruppi dei padri partecipanti al progetto GAP è stato evidenziato un feedback positivo rispetto all'esperienza degli incontri pre parto. I neo padri ritenevano che il ciclo di incontri pre parto li aveva aiutati a capire l'importanza del loro ruolo come figura di riferimento fondamentale per la nuova famiglia, accrescendo la motivazione a mantenere una forte presenza, anche nei momenti più difficili e stancanti, e arrivando meno impreparati alla gestione della gravidanza, del rapporto con la compagna e dell'organizzazione della vita dopo la nascita dei/delle figli/e.

Conclusioni

L'esperienza con i numerosi gruppi di futuri/neo padri, seguiti durante il corso degli anni con il progetto GAP, ci ha permesso di affermare che, come evidenziato dalla letteratura scientifica, è necessario un supporto psicologico per gli uomini nel percorso nascita.

I futuri/neo padri esprimono pareri positivi rispetto alla possibilità di un confronto fra uomini che vivono la stessa esperienza e di uno spazio specifico per poter discutere, guidati da esperti, di tematiche, sentimenti, dubbi e difficoltà che, nella maggior parte dei casi, li accompagnano dal giorno in cui vengono a sapere che diventeranno genitori fino a mesi dopo la nascita dei figli.

La necessità di un percorso di accompagnamento alla nascita maschile viene evidenziata dall'invio nei gruppi da parte di ex partecipanti che ritengono di averne precedentemente tratto dei benefici e dalle partner, che evidentemente sentono la necessità di rafforzare la presenza del padre nella vita familiare fin da prima della nascita e che vedono nei nostri incontri una possibilità per farlo.

Inoltre, l'evidente discrepanza fra aspettative pre e post parto, di cui la maggior parte dei futuri padri risente fortemente, è per noi un forte indicatore della necessità di un supporto maschile alla paternità e alla gestione delle relazioni familiari dopo la nascita di un/una figlio/a.

Riteniamo, infine, che le specificità "maschili" di supporto, che spesso emergono sia all'interno dei gruppi che dai risultati dei questionari, possano

avere una grande influenza sulle relazioni familiari e di conseguenza sulla creazione di un sano equilibrio del nuovo nucleo. Discutere di queste specificità, durante il ciclo di incontri, può rendere gli uomini consapevoli di tali caratteristiche personali e quindi aiutarli a gestirle meglio e ad adattarsi efficacemente alle situazioni.

Purtroppo, a causa del grande investimento economico e di tempo, non è stato possibile portare avanti studi a lungo termine sull'andamento delle famiglie, i cui padri hanno partecipato ai nostri incontri. Sarebbe molto importante e interessante poterli comparare con famiglie, i cui uomini non hanno partecipato al progetto GAP, per studiare l'incidenza degli incontri su vari aspetti della vita post parto: benessere percepito, conflittualità fra partner, ecc.

Di più facile realizzazione e sicuramente di grande utilità potrebbe essere la creazione di un questionario di autovalutazione post parto, che possa servire al GAP come ulteriore feedback rispetto agli incontri e al percorso fatto con i padri e a questi ultimi come strumento di riflessione rispetto alle tematiche trattate, alla consapevolezza raggiunta e più in generale rispetto a un eventuale cambiamento. In ogni caso è importante sottolineare che, per quanto non abbia rilevanza scientifica, tutti i padri che hanno partecipato agli incontri dopo il parto hanno riferito che nei gruppi hanno avuto la possibilità di riflettere su tematiche per loro importanti in quel momento e che hanno aumentato la loro consapevolezza rispetto al loro ruolo e alla sua importanza all'interno del nucleo familiare. Questo ha permesso loro di gestire, sia emotivamente che praticamente, in maniera più consapevole, meno impulsiva e quindi probabilmente più equilibrata la nuova vita, in particolare per quello che riguarda la relazione con la partner e la gestione/accudimento dei figli nei primi mesi dopo la nascita.

Bibliografia

Ammaniti, M., Tambelli, R., and Odorisio, F., (2006) "Intervista clinica per lo studio delle rappresentazioni paterne in gravidanza: IRPAG" - *Età Evolutiva*, vol. 85, 30-40.

Fletcher, R., Silberberg, S., & Galloway, D. (2004). New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 18-26.

Brizendine, L. (2006). *The female brain*. London: Bantam Books

- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. and Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systemic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97, 153-158.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975). *Paradosso e controparadosso*, Milano: Feltrinelli.



CONCLUSIONI



Che Genere di Benessere.

Considerazioni sulla Salute di Genere

Patrizia Meringolo

*Dipartimento di Scienze della Formazione e Psicologia
Università di Firenze*

La varietà e la ricchezza dei temi che sono stati analizzati portano ad alcune considerazioni che riteniamo importanti per il lavoro professionale dello/a psicologo/a.

Il genere esiste. Non è una tematica che si può giustapporre alle altre, non è una variabile aggiunta ad altri aspetti esaminati dalla ricerca, non è un “di più” politicamente corretto a cui rendere omaggio formale. Il genere esiste e – come si è visto – influisce sul nostro *essere* (biologico, psicologico, relazionale e sociale) e soprattutto sul nostro *benessere*, per cui si ritiene fondamentale parlare di salute di genere.

Il tema non è indenne da disagi e conflittualità, tuttavia alcune distinzioni vanno sottolineate, per non correre il rischio di attribuire a un generico ordine o disordine sociale fenomeni che sono molto diversi tra loro e che portano a conseguenze differenti, con diverse gravità e costi individuali e collettivi.

Sul costrutto di genere si può basare:

- uno stereotipo, inteso nel suo senso originario di credenza sulla cui base un gruppo attribuisce determinate caratteristiche a un altro. Una visione semplificata del mondo, quindi, una scorciatoia del pensiero, che irrigidisce l’altro/a in una categoria precostituita, influenzando le strategie per interpretare la realtà. Lo stereotipo è socializzante: si apprende per imitazione e fornisce un quadro a cui adeguarsi per essere “socialmente accettato”. Molti progetti di intervento psicologico vengono realizzati – utilmente – nelle istituzioni scolastiche per introdurre una visione critica del genere, che permetta alle bambine e ai bambini di crescere con visioni più “sane” della femminilità e della mascolinità, non permeate di un senso comune spesso del tutto inadeguato perfino alle realtà

sociali più conformiste. Quando parliamo di stereotipi occorre riferirsi anche a chi fa una scelta diversa nell'identità sessuale (come ad esempio l'omosessualità) che non può che beneficiare di un'educazione libera da stereotipie.

- una fragilità psicologica. L'interiorizzazione dello stereotipo si può saldare con aspetti psichici irrisolti, dando una parvenza di salute a comportamenti anomali. Pensiamo all'aggressività maschile, tradizionalmente intesa come un attributo fondamentalmente "normale" per un genere, che solo in determinate circostanze viene letta come disturbata e disturbante, quasi fosse una sorta di effetto collaterale dell'essere uomo. E non c'è solo l'aggressività: il coraggio che i bambini (maschi) devono dimostrare diventa ingombrante quando da adolescenti dobbiamo lavorare con loro sui comportamenti a rischio. E fin qui siamo ai tratti potenzialmente pericolosi su cui interveniamo a livello di formazione psicologica.

- un conflitto. La difficoltà, e spesso l'incapacità, di mediare è presente in molte coppie, senza distinzioni di genere. La mediazione di genere è un campo di estremo interesse, un terreno di lavoro su cui intervenire e le cui basi devono essere poste – come opportunamente si sta facendo – fino dalla proposta educativa di modelli maschili e femminili.

- una violenza. Spesso non si distingue sufficientemente tra conflitti di coppia, anche con alti livelli di comportamenti psicologicamente distruttivi, e violenza. È per questo motivo che talvolta (o anche spesso?) viene banalizzata la violenza domestica, cercandone le responsabilità nella provocazione della vittima o contrapponendo alle schiaccianti percentuali di autori maschili (dati della Polizia di Stato) un'ipotetica azione pregressa di istigazione femminile.

- un reato. Chi commette violenza è autore di un reato, come chi commette un furto o un omicidio o un atto di corruzione. Non si può confondere con una personalità disturbata o con una aggressività non gestita o con un malinteso senso degli affari pubblici. Il reato è una negazione di diritti della vittima, individuale o collettiva, e in questa materia il nostro ordinamento legislativo ha due implicazioni: in primo luogo si tratta di un problema che non si risolve tra i due (vittima/autore del reato) ma con l'intervento della collettività che ne sancisce la gravità, tenta una mediazione quando possibile e ne stabilisce la sanzione. In secondo luogo la pena, secondo la nostra Costituzione, dovrebbe essere rieducativa, e questo ovviamente comprende la presa in carico e la cura, che tuttavia non sostituisce il riconoscimento della rottura dell'ordine sociale provocata dall'atto deviante. Forse vale la pena sottolinearlo, altrimenti applichiamo ai reati di violenza, ai femminicidi, allo *stalking* dei criteri diversi da

quelli con cui si opera per reati di altro genere, anche più radicati nella fragilità individuale e collettiva.

Di fronte a questo problema, in tutte le sue articolazioni e complessità, quale può essere un intervento adeguato? La prima risposta emersa da tutte le analisi proposte (e dal titolo di questa giornata di studio) è quella di fare rete. La rete è una necessità, perché la rilevanza della questione è tale che solo una visione multidisciplinare del fenomeno può costituire la premessa per interventi efficaci.

In questo quadro il ruolo dello psicologo/a può esplicitarsi a diversi livelli: verso le vittime *di primo grado*, che subiscono una violenza; verso quelle *di secondo grado*, che ne sono a diretto contatto; e verso quelle *di terzo grado*, cioè i "soccorritori", intesi sia come i professionisti direttamente coinvolti sia quelli che pur essendo vicini non hanno uno specifico ruolo nel problema. In questa visione l'intervento psicologico non si limita alla cura, ma diventa un nodo importante del sistema di presa in carico della sofferenza e del disagio.

Il punto di forza principale del lavoro di rete sul genere è indubbiamente il lavoro comune svolto da professionalità diverse, delle quali saranno da armonizzare saperi, linguaggi e metodi.

Il punto di criticità emerso dai diversi contributi al dibattito deriva proprio dal diverso "peso sociale" delle discipline, per cui si assolutizzano alcuni percorsi di cura a discapito di altri e/o si ripropongono modalità standardizzate e difficilmente generalizzabili.

Un'ultima notazione a proposito dell'importanza della ricerca. La ricerca non è delegabile a istituzioni separate, è un metodo che fa parte della professionalità dello psicologo (e non solo), e non consiste nella produzione di dati numerici che cercano di fotografare una realtà, ma nella descrizione dinamica dei fenomeni in grado di proporre una visione critica, complessa e problematizzata di essi.

