



Regione Toscana



**Anno 2012**

**Un'analisi  
dei dati  
dei Centri  
Antiviolenza**

**Quarto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana**

# Quarto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana

**Anno 2012**

Un'analisi dei dati  
dei Centri Antiviolenza



**Regione Toscana**



## Quarto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana - Anno 2012

Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza

Regione Toscana

Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Area di coordinamento Inclusione sociale

Osservatorio Sociale Regionale

L'analisi dei dati, la stesura del rapporto e il coordinamento della ricerca sono a cura di:  
Daniela Bagattini e Valentina Pedani

### In collaborazione con gli Osservatori Sociali Provinciali



L'Osservatorio sociale regionale ha il compito di realizzare un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi del fenomeno violenza di genere e delle politiche nate per il supporto al loro contrasto (L.R. 59/2007 "Norme contro la violenza di genere" art. 10).

Inoltre, sono altresì assegnate all'Osservatorio le funzioni di analisi e monitoraggio del fenomeno migratorio e dell'impatto delle politiche sull'immigrazione (L.R. 29/2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana" art. 6 comma 13).

Più in generale, le attività dell'Osservatorio sociale regionale sono rivolte ai fenomeni e le politiche sociali (L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" art. 40). Per la realizzazione di queste funzioni instaura rapporti di collaborazione scientifica con università, istituti pubblici e privati.

Le funzioni territoriali dell'Osservatorio sociale regionale sono realizzate e portate avanti attraverso un lavoro di Rete con gli Osservatori sociali provinciali (L.R. 41/2005 artt. 13 e 40).

L'obiettivo di fondo di queste attività è la realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del sistema di welfare regionale e locale.

Per il download della pubblicazione e per approfondimenti e maggiori dettagli consultare il sito:

**<http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>**

La georeferenziazione delle strutture che si occupano di violenza di genere è consultabile alla pagina:

**[http://mappe.rete.toscana.it/webstat/index.html?area=contro\\_violenze&legendopen=cv\\_tipologia](http://mappe.rete.toscana.it/webstat/index.html?area=contro_violenze&legendopen=cv_tipologia)**

*Immagine di copertina a cura di Lorenzo Guasti - [www.logu.it](http://www.logu.it)*

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura  
della Biblioteca della Giunta regionale toscana:

### **Quarto rapporto sulla violenza di genere in Toscana :**

anno 2012 : un'analisi dei dati dei Centri antiviolenza

I. Toscana. Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale.  
Area di coordinamento inclusione sociale. Osservatorio sociale regionale

II. Bagattini, Daniela III. Pedani, Valentina

1. Violenza - Vittime : Donne - Toscana - Rapporti di ricerca

362.829209455

Stampa Centro stampa Giunta Regione Toscana  
Ottobre 2012

Tiratura 250 copie  
Distribuzione gratuita

## Sommario

<b>Presentazione</b> .....	5
<b>Premessa. Struttura del lavoro</b> .....	7
<b>Parte I I dati regionali sulla violenza di genere</b> .....	11
<b>1. Il monitoraggio delle richieste di aiuto alla rete regionale contro la violenza di genere (VGRT)</b> .....	15
1.1. Chi si rivolge ai Centri .....	17
1.2. L'accesso ai centri. Il percorso delle donne tra i nodi della rete dei servizi .....	28
1.3. La violenza.....	35
1.3.1. Il tipo di violenza subita.....	35
1.3.2. L'aggressore .....	40
1.3.3. Violenza e aggressori .....	43
1.3.4. La violenza assistita .....	45
1.4. Il percorso nei Centri.....	47
1.5. La denuncia.....	53
<b>2. I dati dei consultori</b> .....	59
<b>3. La sperimentazione del Codice Rosa: i dati del primo semestre</b> .....	67
3.1. Il progetto regionale Codice Rosa: una realtà .....	67
3.2. Gli accessi dal 1 gennaio al 30 giugno 2012.....	68
<b>Parte II Approfondimenti Tra sanitario e sociale: esempi di azioni integrate contro la violenza di genere</b> .....	73
<b>1. Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti</b> .....	77
1.1. Come nasce il Centro di Ascolto per Uomini Maltrattanti e quali servizi offre .....	77
1.2. I rapporti con altri soggetti .....	81
1.3. I numeri del CAM.....	82
1.4. Un'esperienza positiva, con alcuni aspetti da potenziare .....	87
<b>2. Il Codice Rosa</b> .....	89
2.1. Le tappe ufficiali.....	90
2.2. Come nasce il progetto .....	97
2.3. Le caratteristiche del progetto .....	100
2.3.1. Le funzioni.....	100
2.3.2. La Stanza rosa .....	102
2.4. I dati sulla violenza .....	104
2.4.1. Privacy della vittima e sospetta violenza .....	106
2.4.2. L'aggressore e la violenza: una conferma .....	109
2.5. La nascita di un sistema: la formazione, il gruppo, le procedure .....	110
2.5.1. Punti di forza .....	115
2.5.2. Punti di debolezza .....	117
2.6. Sviluppi futuri .....	119
<b>3. La situazione nei Pronto Soccorso della Regione Toscana non inclusi nella sperimentazione sul Codice Rosa</b> .....	122
3.1. Tra sociale e sanitario: un incontro.....	122

3.2. La scheda di rilevazione .....	123
3.3. La presenza di prassi specifiche per l'accesso nei Pronto Soccorso regionali ...	124
3.4. I contatti con la rete territoriale contro la violenza di genere.....	129
3.5. I Pronto Soccorso e l'accesso di pazienti vittime di violenza .....	130
<b>Riflessioni conclusive</b> .....	134
<b>Appendice A. I dati dell'applicativo VGRT</b> .....	137
<b>Bibliografia</b> .....	149

## Presentazione

Il primo compito dell'*Osservatorio regionale sulla violenza di genere*, istituito presso l'Osservatorio Sociale Regionale, così come previsto dalla Legge Regionale 59/2007, è quello di monitorare e analizzare il fenomeno della violenza sulle donne. Solamente attraverso la sua conoscenza, infatti, è possibile impostare politiche di contrasto efficaci e di svolgere un lavoro culturale, che un tempo sarebbe stato chiamato *controculturale*, nella società.

Non è un percorso facile, come alcuni potrebbero ingenuamente pensare. La nostra società occidentale è infatti imbevuta di una cultura patriarcale fondata sul *dominio maschile*, che ha sempre teso a relegare le donne in una posizione di subalternità, ideologicamente mascherata da una separazione della sfera lavorativa dalle altre attività, riproduttiva in testa. Spesso, quindi, anche solo parlare di questi temi risulta purtroppo un tabù.

Il *IV Rapporto sulla violenza di genere in Toscana* continua egregiamente su questa difficile strada intrapresa con risultati davvero positivi nel corso degli anni, su tutti quello essenziale di mettere in rete istituzioni, persone e strutture che operano quotidianamente sul territorio. Ed arricchisce quest'anno il suo approfondimento legando i dati e le esperienze regionali in campo sociale con progetti innovativi nati in ambito sanitario. Un'unione che, alla luce anche della crescita dei femicidi, si rivela essenziale.

*Salvatore Allocca*

*Assessore al Welfare e alle politiche per la casa  
Regione Toscana*



## Premessa. Struttura del lavoro<sup>1</sup>

Le Linee Guida contro la violenza di genere attribuiscono all'*Osservatorio regionale sulla violenza di genere*, istituito presso Osservatorio Sociale regionale, compiti ben precisi, ampliando quanto già previsto dalla Legge Regionale contro la violenza di genere (LR 59/2007)<sup>2</sup>:

«realizzare un sistema di **osservazione, monitoraggio, analisi e previsione del fenomeno** della violenza di genere nonché di **monitoraggio e analisi di impatto delle relative politiche** attraverso la **raccolta** e l'**elaborazione di dati** forniti dai **Centri antiviolenza, dal centro di coordinamento, dai consultori e dai servizi territoriali** nonché, in genere, **da tutti i soggetti aderenti alla rete promossa dalla Regione che ne dovranno prevedere la raccolta e la trasmissione**<sup>3</sup>».

Il legislatore attribuisce dunque all'Osservatorio il compito - tra gli altri - di raccogliere ed analizzare i dati inseriti nell'applicativo regionale dai Centri antiviolenza. Partendo da questo elemento fondamentale, il gruppo di lavoro sulla violenza di genere ha sviluppato tematiche di ampio respiro: dopo aver costruito il quadro entro cui si muovono le reti contro la violenza di genere - descrivendo le attività degli Osservatori Sociali Provinciali (*I Rapporto*<sup>4</sup>), si è puntata l'attenzione sul lavoro dei Centri antiviolenza (*II Rapporto*), per esaminare poi il funzionamento delle reti locali contro la violenza di genere (*III Rapporto*).

L'obiettivo di questo *IV Rapporto* è analizzare quanto nel territorio toscano, soprattutto in ambito sanitario, è stato attivato sul tema della violenza di genere.

---

<sup>1</sup>Ad esclusione di dove diversamente specificato, l'intero volume è opera congiunta delle autrici. In sede di redazione, Daniela Bagattini ha curato la Premessa, i paragrafi 1.1., 1.2., 1.3.1. (Parte I), i paragrafi 2.2., 2.3., il capitolo 3 (Parte II), mentre Valentina Pedani ha curato i paragrafi 1.3.2., 1.3.3., 1.3.4., 1.4., 1.5., il capitolo 3 (Parte I), i paragrafi 2.4., 2.5., 2.6. (Parte II) oltre alle *Riflessioni conclusive*.

<sup>2</sup>LR 59/2007, articolo 10: *Modifiche* all'articolo 40 della l.r. 41/2005

«All'articolo 40 della l.r. 41/2005, sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:

“4 bis Presso l'osservatorio è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sulla violenza di genere.

4 ter L'osservatorio regionale sulla violenza di genere realizza il monitoraggio sulla violenza attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai Centri antiviolenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale; analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio.

4 quater L'osservatorio regionale sulla violenza di genere si avvale degli osservatori provinciali di cui al comma 3.”».

<sup>3</sup> Tali attività «costituiscono elementi rilevanti per la costituzione e il funzionamento della rete di cui alla l.r. 59/2007 nonché per le attività di prevenzione e formazione degli operatori. Il trattamento dei dati avviene nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali).

<sup>4</sup>Nel testo per esigenze di sintesi le edizioni annuali del *Rapporto sulla violenza di genere in Toscana* saranno denominate *I Rapporto, II Rapporto, III Rapporto*.



La prima parte del volume è dedicata ai dati regionali sulla violenza di genere: oltre all'analisi delle informazioni raccolte con le schede di aiuto inserite dai Centri antiviolenza nell'applicativo regionale nel periodo che va dal 1° luglio 2011 al 30 giugno 2012 e al confronto di questi dati con le annualità precedenti (Capitolo 1), sono presentati i dati estratti dall'*Archivio regionale delle Prestazioni Consultoriali* (SPC) e quelli riguardanti i casi di violenza domestica seguiti dai cinque Pronto Soccorso toscani in cui è stata avviata la sperimentazione del progetto Codice Rosa (Arezzo, Lucca, Grosseto, Prato e Viareggio).

Nella seconda parte sono presentati tre approfondimenti.

Nel primo lo sguardo si sposta dalla vittima all'aggressore: la descrizione delle attività del **Centro di ascolto uomini maltrattanti** (CAM), realizzata contando sulla disponibilità delle operatrici dello stesso, ha permesso di studiare e descrivere una buona pratica che va ad integrare il lavoro di rete agendo sulla rieducazione dei maltrattanti.

Per il secondo approfondimento l'attenzione migra dall'ambito sociale a quello sanitario: l'oggetto è il progetto **Codice Rosa** nella realtà in cui esso è nato, l'Azienda USL 9 di Grosseto. Per capire come e se il Codice Rosa possa diventare realmente un progetto regionale - come previsto dal *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIRIR) 2012-2015* - quali ostacoli questo percorso possa incontrare e su quali elementi sia utile puntare, è stato infatti necessario partire dall'inizio, da dove esso nasce. L'approfondimento è stato possibile grazie alla collaborazione del Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale*, dell'Osservatorio Sociale di Grosseto e dei singoli componenti della Task Force progetto Codice Rosa, della cui disponibilità a farsi intervistare e a rispondere anche in seguito ad ogni nostra domanda, abbiamo certamente approfittato.

Gli obiettivi del PSSIR 2012-2015 e, di nuovo, la stretta collaborazione tra OSR e Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale*, sono alla base anche del terzo approfondimento, la **Mappatura delle policies contro la violenza di genere attuate nei Pronto Soccorso della Regione Toscana**. Lo scopo di questa parte è stato individuare l'eventuale presenza di particolari procedure di accesso e/o di percorsi ad hoc per le sospette vittime di violenza, in vista dell'estensione del progetto Codice Rosa a tutti i Pronto Soccorso della Toscana, prevista a partire dal 2013. All'Osservatorio Sociale Provinciale di Pisa, che ha curato la parte della rilevazione online e ai responsabili delle strutture, che hanno risposto con grande attenzione al progetto, va un sentito ringraziamento.

Un lavoro complesso quello che è presentato in questo volume, reso possibile grazie alla collaborazione di una pluralità di soggetti che a vario titolo hanno contribuito alla realizzazione di un rapporto che cerca di testimoniare, documentare e analizzare il forte intreccio di politiche e attori che operano attorno al tema della violenza di genere, prescindendo da ruoli ed etichette.

Una pluralità di voci che si è cercato di riprodurre anche nel testo, chiedendo ai soggetti istituzionali di introdurre con brevi premesse il lavoro svolto, per dare

testimonianza del loro continuo impegno nel sostenere il sistema di rete e l'integrazione tra i diversi settori del sistema toscano.

Questa IV edizione del *Rapporto* si arricchisce inoltre del contributo di alcuni ricercatori di Asel srl che hanno collaborato alla realizzazione degli approfondimenti: Paolo Sambo ha analizzato i dati sui consultori, Luca Caterino ha seguito, impostato e realizzato il lavoro sul Centro Aiuto uomini maltrattanti, Virginia Bettanin ha analizzato i testi ufficiali del Progetto Codice Rosa e ha collaborato alla codifica delle interviste, Doriana Baicchi ha categorizzato le risposte aperte presenti nell'applicativo regionale. Oltre a loro, un sentito ringraziamento va a coloro che ci hanno aiutato in maniera spontanea e volontaria: Nicola Malloggi per le risposte ad ogni dubbio metodologico e statistico, Matteo Isoni, che ha pazientemente riletto il volume e Lorenzo Guasti per l'immagine di copertina che si è offerto di creare.

Un ringraziamento non formale, infine, per il prezioso supporto nel corso del nostro lavoro va all'Osservatorio Sociale Provinciale di Prato ed a tutti i componenti del gruppo di lavoro sulla violenza di genere costituito nell'ambito della Rete degli Osservatori Sociali.



**Parte I**  
**I dati regionali sulla violenza di genere**



Una delle fonti maggiori riportate dalla stampa riguardo alla violenza di genere e al numero di quelli che vengono definiti femicidi<sup>5</sup> ha come origine un paziente e continuo lavoro de *La casa delle donne di Bologna*, svolto sulla stampa locale e nazionale: nessuna banca dati istituzionale, dunque, ma un'analisi delle notizie presenti sui quotidiani. La ricerca infatti «riporta tutti i casi di femicidio avvenuti in Italia nel corso del 2011 a partire dalla cronaca della stampa locale e nazionale». La fonte non è l'attore pubblico, ma i giornalisti e sono le stesse curatrici, a dirsi certe «che il (...) numero è sottostimato in quanto non tutti i femicidi sono riportati sulla stampa, non tutte le donne uccise vengono ricondotte a un'uccisione violenta, in quanto tutti gli anni si scoprono dei casi di morte non sospetta, suicidio o altra morte che poi viene successivamente attribuita a mariti/ex mariti/compagni» (Ioriatti, Crociati 2012, p.5).

A fronte di un dibattito pubblico che a fasi alterne si occupa e preoccupa della violenza di genere, da più parti si fa riferimento alla mancanza di dati strutturati sul tema: gli stessi Centri antiviolenza sono a chiedere<sup>6</sup> di ripetere l'*Indagine multiscopo sulla Sicurezza delle Donne*, condotta dall'Istat nel 2006, ultima ricerca di carattere nazionale che, seppur con i limiti di un'indagine telefonica,<sup>7</sup> ha affrontato in maniera strutturata il tema della violenza sulle donne, rilevando quello che viene ricordato come il dato più significativo: una donna su tre ha subito una violenza fisica e/o sessuale nel corso della propria vita.

La necessità di ampliare e mettere in relazione differenti fonti di informazioni sulla violenza è emersa chiaramente come elemento cruciale nello sviluppo del lavoro regionale contro la violenza di genere. Nel *III Rapporto* sono state individuate due macro finalità legate a tale bisogno.

Da una parte il bisogno di avere una visione più ampia del fenomeno, considerato che, come ricordato in ogni edizione di questo lavoro, le donne che accedono ai Centri antiviolenza «non descrivono un campione di vittime della violenza di genere, ma l'intero universo delle richieste rivolte ai Centri» (*Il Rapporto* 2010, 118) e sarebbe dunque un errore «leggere queste informazioni come un campione della violenza di genere *tout court*» (ibidem). D'altra parte, la possibilità di avere dati strutturati

---

<sup>5</sup> «Con femicidio si intendono **tutte le uccisioni di donne avvenute per motivi di genere**, quindi a prescindere dallo stato o meno di mogli (...) Che l'uccisione della propria compagna sia motivata di volta in volta da questioni religiose, dalla sua intenzione di separarsi, dalla gelosia, per non parlare del troppo amore del femicida, è un modo come un altro per non guardare direttamente in faccia la violenza, e la volontà di distruzione di un altro essere umano che essa reca con sé. Così come utilizzare certe categorie per definire questi delitti, come la categoria di "delitto passionale", di "raptus", come afferma Patrizia Romito, porta ad occultare la dimensione sociale e culturale della violenza agita, nella sua caratteristica fondamentale **di violenza maschile, espressione di una relazione di potere e dominio che corre sulla linea del genere**»(Ioriatti, Crociati 2012, p.4). Al momento in cui questo rapporto va in stampa (ottobre 2012) in Italia le vittime di femicidio censite dall'inizio dell'anno sono state cento. Nel 2011 furono 120.

<sup>6</sup> Bruno 2011.

<sup>7</sup> Su questo tema si veda il *I Rapporto*, in cui sono riportati anche i risultati più significativi dell'indagine citata.

permetterebbe agli operatori di tracciare la storia sociosanitaria della vittima, per rendere più efficace e efficiente il percorso di uscita dalla violenza.

In questo *IV Rapporto* si compie un piccolo ma significativo passo in avanti rispetto alla prima macro finalità: accanto alle informazioni sulle utenti che si rivolgono alle strutture toscane che svolgono attività di Centri antiviolenza (Capitolo 1), vengono presentati sia i dati dei consultori (Capitolo 2) sia le informazioni messe a disposizione dal *Progetto regionale Codice Rosa* riguardanti la sperimentazione dello stesso nel primo semestre del 2012 (Capitolo 3).

## 1. Il monitoraggio delle richieste di aiuto alla rete regionale contro la violenza di genere (VGRT)

Nel database messo a punto dalla Regione Toscana nel luglio 2009, in collaborazione con i sistemi tecnico informatici della Regione, sono presenti i dati inseriti dai Centri antiviolenza dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012. La prima presentazione di questi dati, avvenuta il 25 novembre 2009, riguardava solo un trimestre (luglio-settembre 2009), limitandosi a restituire per l'anno precedente un quadro generale: ai Centri antiviolenza, infatti, fu chiesto di riportare online un riepilogo complessivo dei casi seguiti dal 1 gennaio 2008 al 30 giugno 2009<sup>8</sup>.

Da quel 1 luglio 2009 il lavoro sul database ha permesso di migliorare la scheda di rilevazione, tenendo sempre presente però la necessità di trovare una sintesi tra le esigenze di informazione ed analisi e la possibilità dei Centri di poter rispondere a tale carico di lavoro senza ulteriori aggravii in termini di tempo e risorse.

E' così che dal 1 luglio 2010 la scheda di rilevazione è stata ulteriormente dettagliata e, da questo anno, grazie ad una modifica tecnica sull'applicativo, è possibile usufruire di un maggior numero di elaborazioni per il periodo che va dal 1 luglio 2010 al 30 giugno 2012.

Le schede di accesso sono compilate al momento della richiesta di aiuto da parte della donna. Queste possono essere modificate dalle operatrici durante il periodo che intercorre tra l'inserimento e l'estrazione dei dati, ma, generalmente, esse rappresentano una fotografia dello stato di fatto che non può, come ogni descrizione di processi mutevoli, non tenere conto dell'estrema dinamicità dei percorsi, sia per quanto riguarda variabili come stato civile, convivenza, aver sporto denuncia, sia per il grado di consapevolezza della violenza subita da parte della vittima, che può modificarsi durante il percorso all'interno del centro. I dati qui presentati, dunque, illustrano un processo dinamico che, in quanto tale, può modificarsi, ma, a parte l'elemento della denuncia sul quale ci possono essere modifiche in due direzioni, ritiro o conferma, in generale possiamo affermare che il quadro qui presentato è il ritratto che descrive le utenti al momento del loro accesso ai Centri antiviolenza.

---

<sup>8</sup> Per questo periodo vennero presentati dati aggregati: per ogni campo della maschera di inserimento dell'applicativo messo a punto dalla Regione Toscana, in cui i Centri antiviolenza immettono i dati sulle utenti, fu inserito il numero totale di casi aventi le caratteristiche indicate, motivo per cui su quel primo set di informazioni non fu possibile mettere in relazione le variabili considerate (*Il Rapporto*).



Esistono dunque diversi punti di vista sulla stessa struttura di dati. Per semplificare la lettura e cercare di non far perdere l'orientamento al lettore, si è scelto di adottare alcuni criteri nella restituzione delle informazioni.

A causa delle modifiche apportate alla scheda, infatti, ad oggi non è possibile ricostruire e analizzare in maniera complessa l'intero corpus di informazioni, come invece è realizzabile per il periodo che va dal 1 luglio 2010 al 30 giugno 2012.

Obiettivi del capitolo saranno, dunque:

- fornire una sintesi dei dati relativi all'ultima annualità (1 luglio 2011 - 30 giugno 2012);
- studiare in profondità, attraverso la relazione tra variabili<sup>9</sup>, le informazioni relative al biennio che va dal 1 luglio 2010 al 30 giugno 2012. Come vedremo infatti le caratteristiche delle utenti e il tipo di informazioni riguardo alla violenza non subiscono significative variazioni nel corso del tempo, quantomeno a livello regionale. A livello provinciale sono invece più frequenti scostamenti che, quando rilevanti, saranno descritti nel testo e riportati in Appendice;
- restituire su alcuni dati principali l'andamento nei tre anni<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup>Quando si è effettuata un'analisi bivariata o trivariata tra variabili le cui categorie hanno numerosità molto diversa, in tabella, accanto all'etichetta delle categorie sono stati riportati i valori assoluti sui quali sono state calcolate le percentuali. Tali valori rappresentano le risposte valide e possono dunque variare in funzione delle analisi proposte.

<sup>10</sup> Come sopra descritto da luglio 2010 la scheda utilizzata è stata modificata: questo rende impossibile la costruzione di un database univoco che comprenda il triennio 2009-2012. Per offrire il maggior numero di informazioni, in Appendice sono riportati dove possibile le distribuzioni di frequenza relative anche alla vecchia scheda, mentre per quanto riguarda le analisi in cui sono messe in relazione due variabili il periodo di tempo considerato è quello che va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012.

### 1.1. Chi si rivolge ai Centri

Sono state abilitate alla compilazione delle schede quelle strutture che sul territorio risultano possedere le seguenti caratteristiche:

- appartengono all'ambiente del terzo settore e sono convenzionate con la struttura pubblica;
- svolgono attività come Centri antiviolenza.

Il riferimento è alla Legge regionale 59/2007, articolo 6, il cui testo è riportato nel box.

1. I Centri antiviolenza sono gestiti autonomamente da associazioni operanti nella Regione e iscritte agli albi del volontariato o della promozione sociale, da organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) e da altre forme organizzative come cooperative sociali che abbiano come finalità la prevenzione e la lotta alla violenza di genere ed il sostegno e la protezione delle vittime e dei minori.

2. Al fine di garantire le attività di cui al comma 1, il centro dispone di personale adeguatamente formato sui temi della violenza.

3. I Centri antiviolenza forniscono servizi di ascolto e di sostegno alle vittime di violenza e, in particolare:

- a) colloqui preliminari di valutazione e rilevazione del pericolo e per fornire le prime indicazioni utili;
- b) colloqui informativi di carattere legale;
- c) affiancamento, su richiesta delle vittime, nella fruizione dei servizi pubblici e privati, nel rispetto dell'identità culturale e della libertà di scelta di ognuna di esse;
- d) sostegno al cambiamento e al rafforzamento dell'autostima anche attraverso gruppi autocentrati;
- e) percorsi personalizzati di uscita dal disagio e dalla violenza, tendenti a favorire nuovi progetti di vita e di autonomia.

4. I Centri antiviolenza svolgono le seguenti attività:

- a) iniziative culturali e sociali di prevenzione, di informazione, di sensibilizzazione e di denuncia in merito al problema della violenza di genere, anche in collaborazione con enti, istituzioni, associazioni e privati;
- b) raccolta di dati relativi all'utenza dei Centri antiviolenza stessi e delle case rifugio di cui all'articolo 8.

La scelta è dovuta alla necessità di andare verso l'obiettivo di estendere la rilevazione a più strutture, volendo però evitare il rischio che «diverse strutture registrino le informazioni appartenenti alla stessa donna e che quindi ci siano duplicazioni di schede<sup>11</sup>».

Per esigenze di sintesi, il termine usato sarà Centro anti violenza anche nel caso di Centri di ascolto e associazioni che rispondono alle caratteristiche di cui sopra.

**Tab. 1 Elenco dei centri che hanno inserito i dati per Provincia, Comune e Tipo di Struttura<sup>12</sup>:**

Provincia:	Comune	Tipo Struttura:	Struttura selezionata:
AREZZO	Arezzo	Centro anti violenza	Associazione "Pronto Donna"
	Arezzo	Centro ascolto	Sportello Donna
FIRENZE	Empoli	Centro anti violenza	Progetto Lilith
	Firenze	Centro anti violenza	Associazione Artemisia
GROSSETO	Grosseto	Centro anti violenza	Centro anti violenza Olympia de Gouges
	Orbetello	Centro ascolto	Punto di ascolto
	Follonica	Centro ascolto	Punto di ascolto
	Castel del Piano	Centro ascolto	Punto di ascolto
LIVORNO	Piombino	Centro anti violenza	Centro donna anti violenza Piombino
	Livorno	Centro anti violenza	Centro Donna Livorno
	Livorno	Centro ascolto	Associazione Randi
LUCCA	Viareggio	Centro anti violenza	Casa delle donne Centro anti violenza "L'una per l'altra"
	Lucca	Centro anti violenza	Associazione Luna onlus
	Lucca	Centro anti violenza	SoS Angeli La voce del Silenzio
MASSA E CARRARA	Pontremoli	Centro anti violenza	Centro Donna Lunigiana
	Massa	Centro anti violenza	Centro Donna
	Carrara	Centro ascolto	Donna chiama Donna
PISA	San Miniato	Centro anti violenza	Associazione FRIDA donne che sostengono donne
	Pisa	Centro anti violenza	Casa della donna
PISTOIA	Montecatini Terme	Centro anti violenza	LibereTutte
	Pistoia	Centro anti violenza	Aiutodonna
PRATO	Prato	Centro anti violenza	Centro anti violenza "La Nara"
SIENA	Colle Val d'Elsa	Centro anti violenza	Donne Insieme Valdelsa
	Montepulciano	Centro anti violenza	Amica Donna
	Siena	Centro anti violenza	Donna Chiama Donna

<sup>11</sup> Verbale del Tavolo contro la violenza di genere, 13 gennaio 2010

<sup>12</sup> Per informazioni dettagliate sui Centri si rimanda al sito dei Sistemi Informativi Georeferenziati della Regione Toscana: [www.e.toscana.it/strutture\\_violenza](http://www.e.toscana.it/strutture_violenza)

D'ora in poi il riferimento alle province denoterà l'insieme dei centri di quel territorio. Dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012 si sono rivolte ai Centri 5.723 donne, con un trend in costante aumento.

Nell'ultimo anno infatti le utenti che nel territorio toscano si sono rivolte **per la prima volta** ad un Centro hanno superato quota duemila.

**Tab. 2 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012). Distribuzione provinciale - valori assoluti.**

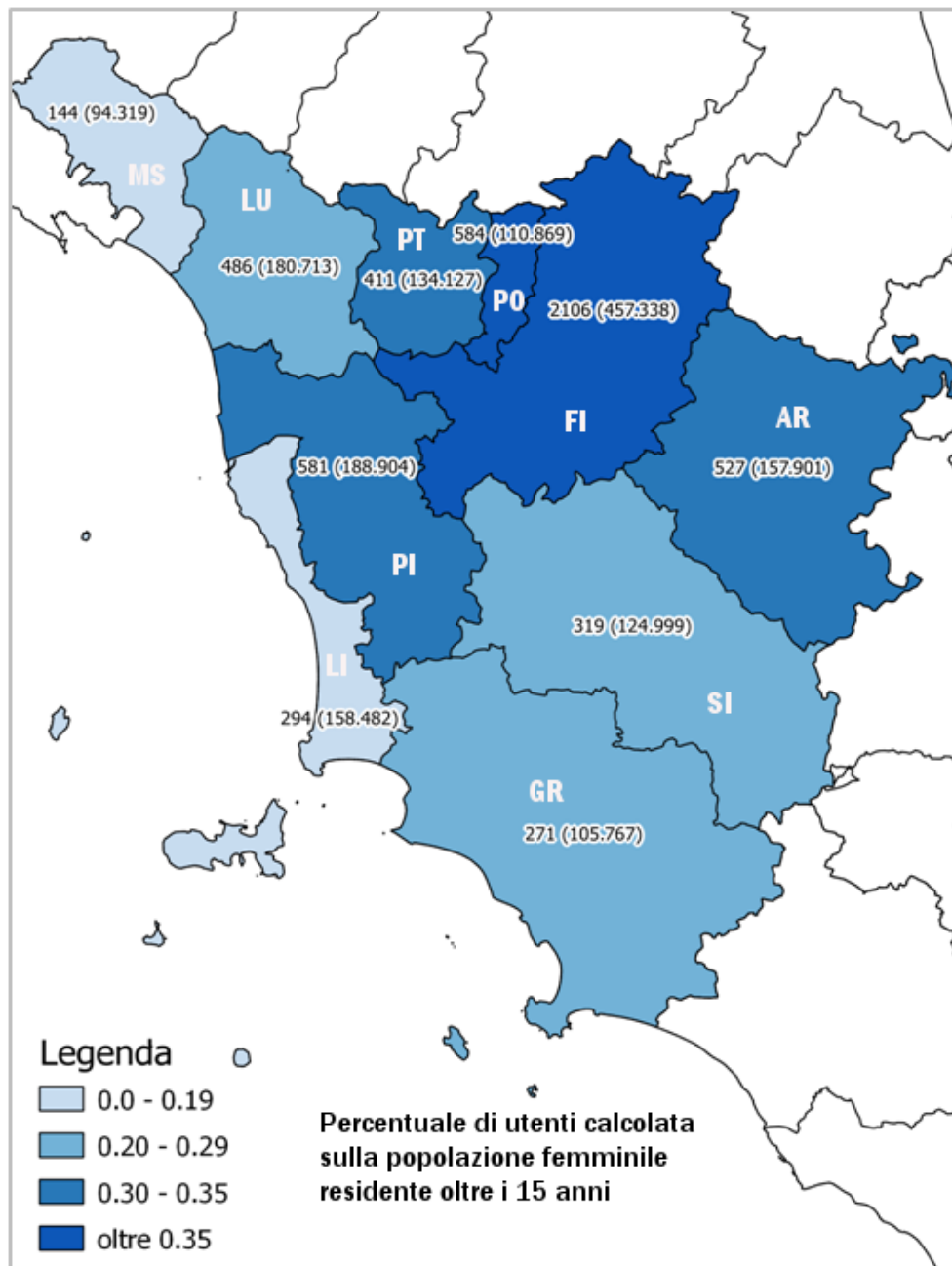
	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PT	PO	SI	Totale
2009-2010	97	715	81	89	143	50	193	132	173	88	1.761
2010-2011 <sup>13</sup>	214	685	102	100	167	27	176	149	184	125	1.929
2011-2012	216	706	88	105	176	67	212	130	227	106	2.033
<b>Totale 2009-2012</b>	<b>527</b>	<b>2.106</b>	<b>271</b>	<b>294</b>	<b>486</b>	<b>144</b>	<b>581</b>	<b>411</b>	<b>584</b>	<b>319</b>	<b>5.723</b>

Nella figura 1 è fornita una rappresentazione grafica relativa agli accessi ai Centri antiviolenza dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012. Le cifre tra parentesi indicano la popolazione femminile dai 15 anni in su residente<sup>14</sup> nelle province al 1 gennaio 2012. In legenda è riportato il dato relativo alla proporzione di utenti dei centri sul totale delle residenti. Come specificato in ogni edizione di questo rapporto, il numero di donne che si rivolgono ai centri non è un campione rappresentativo delle vittime di violenza: uscire dal silenzio per chiedere aiuto è un piccolo fondamentale passo che ad oggi solo in poche fanno. La decisione di compiere questa scelta non ha motivazioni casuali: in esse confluiscono numerosi fattori psicologici, ma anche sociali e contestuali. Se possiamo ipotizzare che i fattori psicologici si distribuiscano uniformemente sul territorio toscano, lo stesso non vale per le altre variabili. In modo particolare alcuni fenomeni come campagne di sensibilizzazione (nazionali o territoriali) possono far aumentare il numero di donne che riconoscono nella loro situazione quella di vittima e/o decidono di tentare di uscire dalla condizione di sopruso che stanno vivendo. La presenza di strutture contro la violenza fortemente radicate nel territorio, il legame tra queste e altri soggetti istituzionali e non, la formazione di operatori che operano nel settore sociosanitario pubblico e privato (sociale e non) sono fattori che possono contribuire a un maggior afflusso delle donne ai Centri antiviolenza.

<sup>13</sup> I valori per l'annualità 2010-2011 si discostano da quanto indicato nel *III Rapporto* in quanto alcuni centri, in particolare Siena, al momento della chiusura della pubblicazione non avevano inserito tutti i casi relativi al periodo considerato e, nel corso dell'anno, hanno aggiornato il dato.

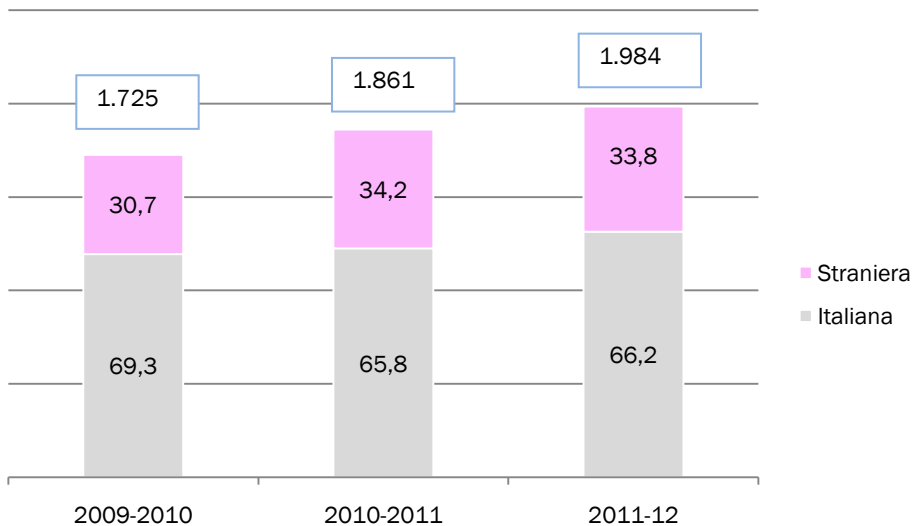
<sup>14</sup> Trattandosi di popolazione residente sono incluse in queste cifre anche le donne con cittadinanza non italiana regolarmente residenti nel territorio.

Fig. 1 Donne dai 15 anni in su residenti al 1° gennaio 2012 (cifre tra parentesi) e donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012. Distribuzione provinciale - valori assoluti.



Nel corso degli anni la percentuale di donne straniere non ha subito scostamenti significativi e a fronte dell'aumento del numero di accessi, la percentuale di italiane è rimasta oltre il 65%, come illustrato nel grafico 1 che mostra il trend di crescita degli accessi per cittadinanza dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012.

**Graf. 1 - Donne che si sono rivolte ai Centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per cittadinanza<sup>15</sup>. Distribuzione regionale – percentuali valide<sup>16</sup>. Nei box è riportato il numero complessivo delle utenti per le quali è indicata la cittadinanza**



A livello provinciale gli scostamenti tra le ultime due annualità sono leggermente più significativi. In particolare laddove il numero di utenti è aumentato, la crescita in termini assoluti riguarda soprattutto le utenti italiane (cfr. tab. 1, Appendice).

Nel corso degli anni le informazioni raccolte nel database regionale permettono di delineare alcune caratteristiche delle donne che si rivolgono ai centri e per il periodo che va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 si può affermare che:

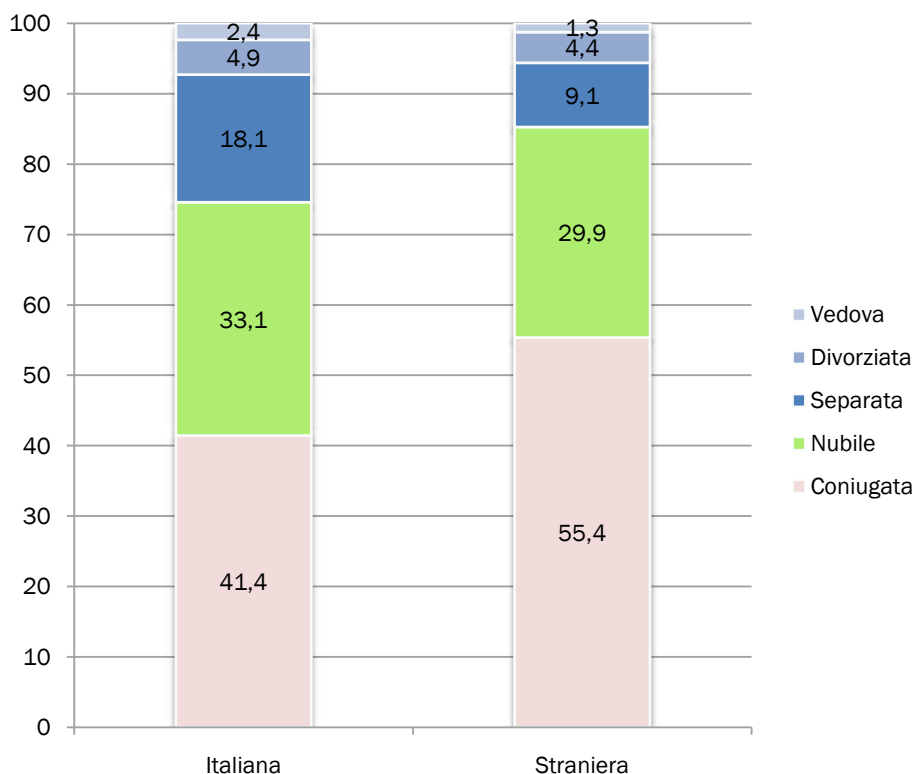
- più della metà delle donne straniere (55,4%) è sposata, percentuale che scende al 41,4% per le italiane. Le separate sono invece il 18,1% tra le

<sup>15</sup> Il riferimento è alla cittadinanza intesa come «condizione della persona fisica alla quale l'ordinamento giuridico di uno Stato riconosce la pienezza dei diritti civili e politici». A differenza della nazionalità, dunque, il riferimento è al rapporto giuridico tra cittadino e Stato (Inps Coordinamento e supporto delle attività connesse al fenomeno migratorio Direzione INPS ROMA).

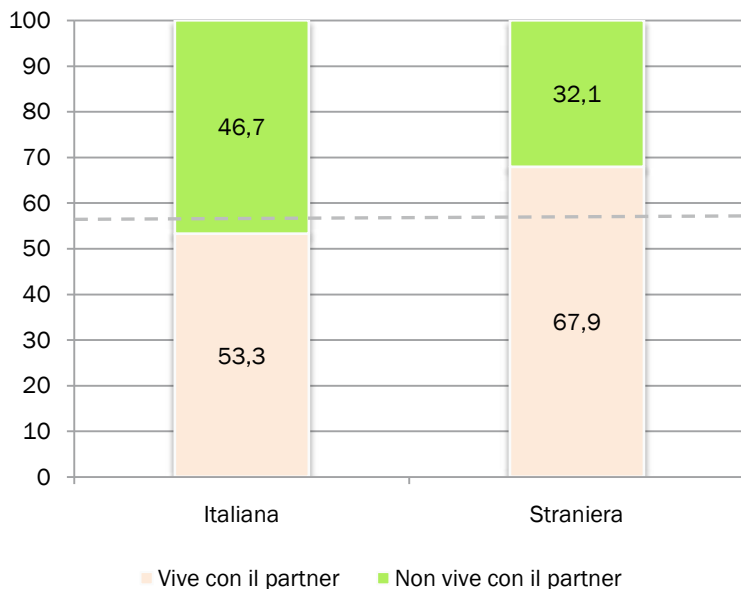
<sup>16</sup> Con "percentuale valida" s'intende il valore calcolato sul totale delle rispondenti alla domanda specifica e non sul totale di segnalazioni.

- italiane e il 9,1% tra le straniere (cfr. graf. 2). Il 67,9% delle straniere e più della metà delle donne autoctone vive con il proprio partner (cfr. graf. 3);
- le donne straniere che si rivolgono ai Centri antiviolenza sono più giovani delle autoctone; quasi il 30% delle utenti con cittadinanza non italiana ha meno di 29 anni, il 39,9% ha tra i 30 e i 39 anni; tra le italiane la fascia di età più numerosa è quella che va dai 40 ai 49 anni (il 31,1%; cfr. graf 4);
  - in genere, senza differenze sensibili tra cittadinanza, sono **donne mediamente istruite: più della metà possiede almeno il diploma di scuola superiore**; in particolare, il 40,5% ha il diploma e il 13% la laurea, dati a cui va aggiunto un 3,2% di donne che possiedono altri titoli (es. corsi di formazione; cfr. graf. 5);
  - tra le donne straniere le occupate regolarmente sono il 37,6%, tra le italiane il 48,3% (cfr. graf. 6). Se si confrontano i dati della sola annualità 2011-2012 (schede inserite dal 1° luglio 2011 al 30 giugno 2012) con quelli dell'annualità precedente (cfr. tab. 5, Appendice) si può notare come sia aumentato il numero delle donne non occupate (da 515 a 642 casi).

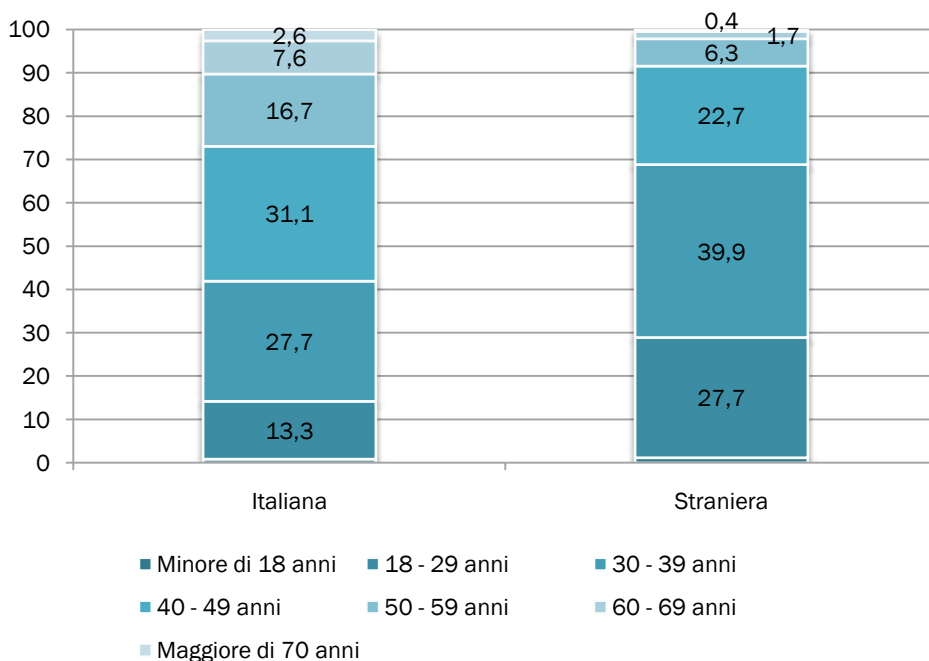
**Graf. 2- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e stato civile. Distribuzione regionale –percentuali valide.**



**Graf. 3 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per stato di convivenza. Distribuzione regionale - valori percentuali. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che vivono con il partner**

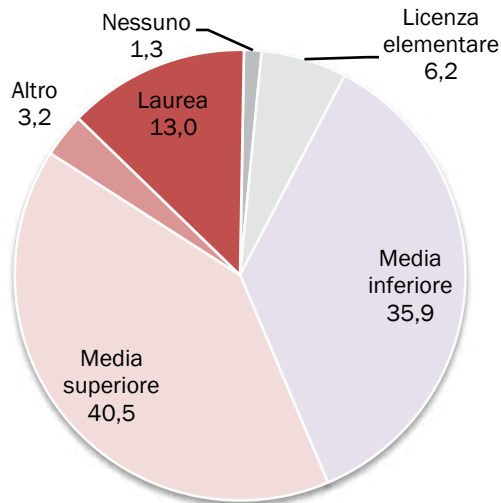


**Graf. 4 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e fascia di età. Distribuzione regionale - valori percentuali.**

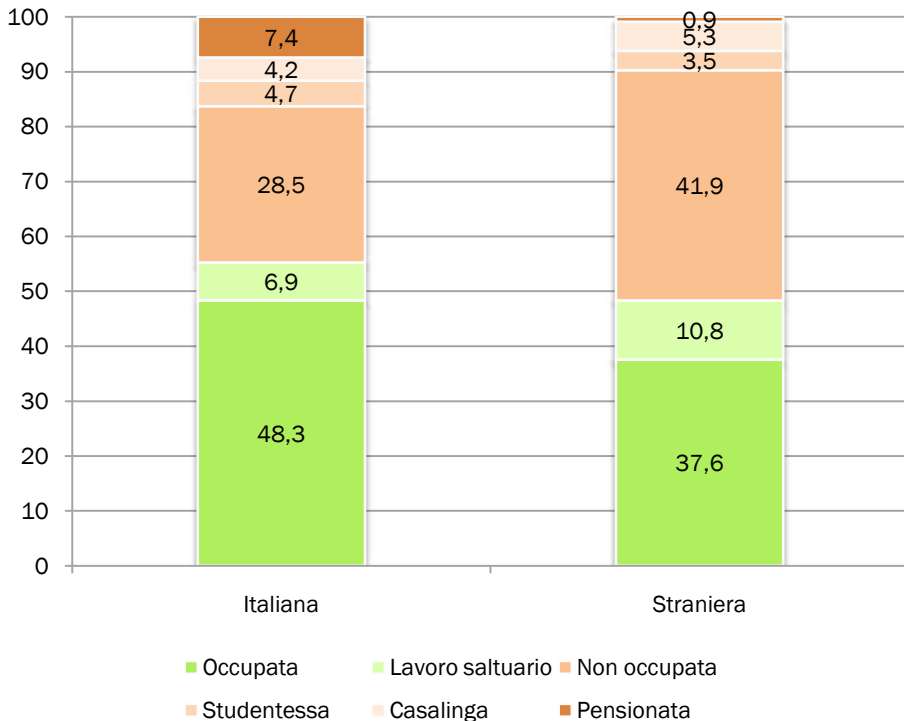




**Graf. 5 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per titolo di studio. Distribuzione regionale - valori percentuali.**

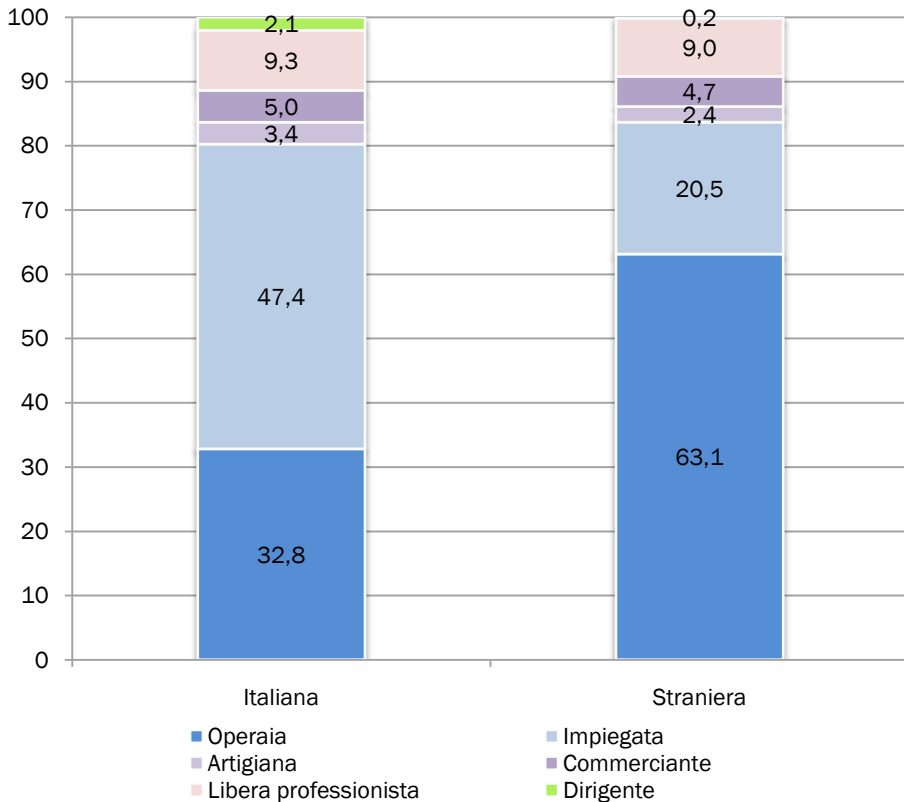


**Graf. 6 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e situazione occupazionale. Distribuzione regionale - valori percentuali.**



Dal grafico 7 si deduce che la violenza sulle donne non risparmia nessun settore professionale. La distribuzione del tipo di occupazione varia tra italiane e straniere: tra le prime infatti la professione impiegatizia è la più diffusa (47,4%) mentre tra le seconde quella operaia (63,1%) rispecchiando un po' quella che è la situazione occupazionale dell'universo femminile in Italia.

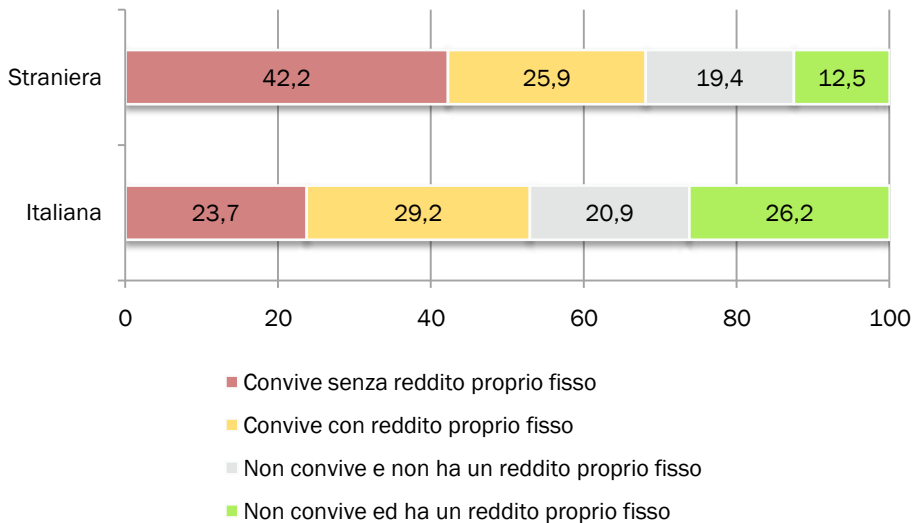
**Graf. 7 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e tipo di occupazione. Distribuzione regionale - valori percentuali.**



Il grafico 8 rappresenta un'analisi trivariata tra le variabili cittadinanza, stato di convivenza e situazione occupazionale - quest'ultima ricodificata nella variabile stato reddituale<sup>17</sup> - al fine di cercare di creare una tipologia di utenza dei centri.

<sup>17</sup> La variabile stato reddituale comprende le categorie "con reddito fisso" in cui sono stati riaggregati gli stati "occupata" e "pensionata" e "senza reddito fisso" in cui sono stati riaggregati gli stati "lavoro saltuario", "non occupata", "studentessa" e "casalinga".

**Graf. 8 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza, stato di convivenza e stato reddituale. Distribuzione regionale dei quattro tipi più frequenti – valori percentuali.**



Mentre tra le italiane i quattro tipi individuati si distribuiscono in maniera quasi equa seppur con una predominanza delle categorie “convive con reddito proprio fisso” (29,2%) e “non convive ed ha un reddito proprio fisso”(26,2%), tra le straniere domina il tipo “convive senza reddito proprio fisso” (42,2%).

Da notare che tra le straniere, le conviventi senza reddito fisso sono il 62% del totale (cfr. tab. 3) e il 7,3% di queste ha un lavoro saltuario, contro il 3,6% delle italiane (cfr. tab. 6, Appendice).

**Tab.3 Donne conviventi che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e stato reddituale. Distribuzione regionale - frequenze e valori percentuali.**

		Italiana	Straniera	Totale
Con reddito proprio fisso	N	616	295	911
	% valida	55,2	38,0	48,2
Senza reddito proprio fisso	N	500	481	981
	% valida	44,8	62,0	51,8
<b>Totale risposte valide</b>		<b>1.116</b>	<b>776</b>	<b>1.892</b>
Non rilevato	N	23	7	30
Non risponde	N	103	57	160
<b>Totale</b>		<b>1.242</b>	<b>840</b>	<b>2.082</b>

## 1.2. L'accesso ai centri. Il percorso delle donne tra i nodi della rete dei servizi

Tra luglio 2011 e giugno 2012, 1.301 donne si sono rivolte ai centri in maniera autonoma, mentre 721 sono state segnalate da altri servizi. Se rivolgiamo lo sguardo al passato, vediamo che se nel primo anno di rilevazione le donne che accedevano direttamente erano il 70% circa del totale, dal luglio 2010 si assestano poco sopra il 60%: il 62,8% nel secondo anno di rilevazione e il 64% nel terzo (percentuali calcolate con i valori assoluti indicati nella tab. 7 dell'Appendice).

**Tab. 4 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e modalità di accesso.**

**Altri servizi da cui è stata segnalata la donna, per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012).**

**Distribuzione regionale - valori assoluti.**

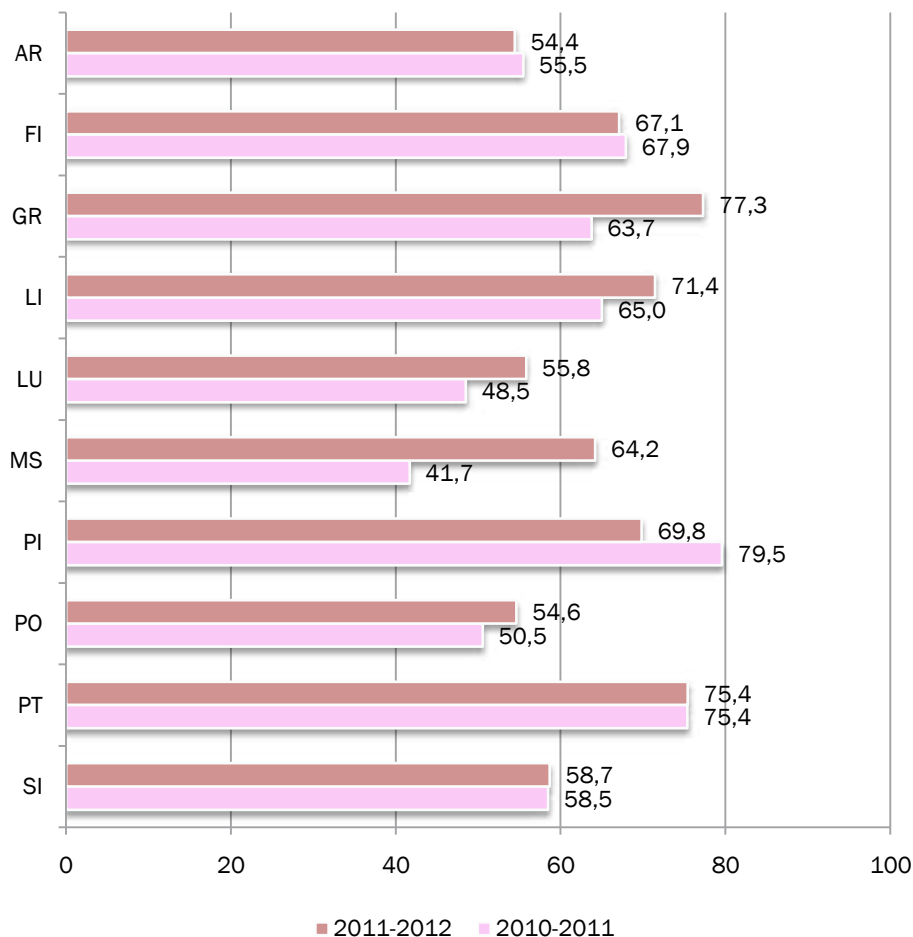
	2010-2011	2011-2012
Diretto	1.211	1.301
Segnalazione da altri servizi	696	721
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.907</b>	<b>2.022</b>
<i>Altri servizi da cui è stata segnalata la donna</i>		
Consultorio	9	18
Forze dell'Ordine	75	106
Pronto Soccorso	35	54
Servizio Sociale	177	176
Altro	241	202
<b>Non rilevato</b>	<b>22</b>	<b>11</b>
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

Più interessante osservare i cambiamenti nel dettaglio provinciale: se confrontiamo le percentuali di **accesso diretto** tra le ultime due annualità nelle diverse province vediamo che a Grosseto e a Prato si registra un consistente aumento; dal 63,7% al 77,3% nel primo caso e dal 50,5% al 54,6% nel secondo (cfr. graf. 9). Una diminuzione si ha invece a Pisa (dal 79,5 al 69,8) che però con il suo 79,5% nel 2010-2011 si poneva molto al di sopra del valore regionale di accessi diretti (62,8%).

A segnalare le donne ai centri sono soprattutto il Servizio Sociale e le Forze dell'Ordine (in aumento negli ultimi dodici mesi, senza significative differenze territoriali).

Per il dettaglio provinciale si rimanda alla tabella 8, riportata in Appendice.

**Graf. 9 - Donne che si sono rivolte direttamente ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per annualità. Distribuzione provinciale - valori percentuali.**



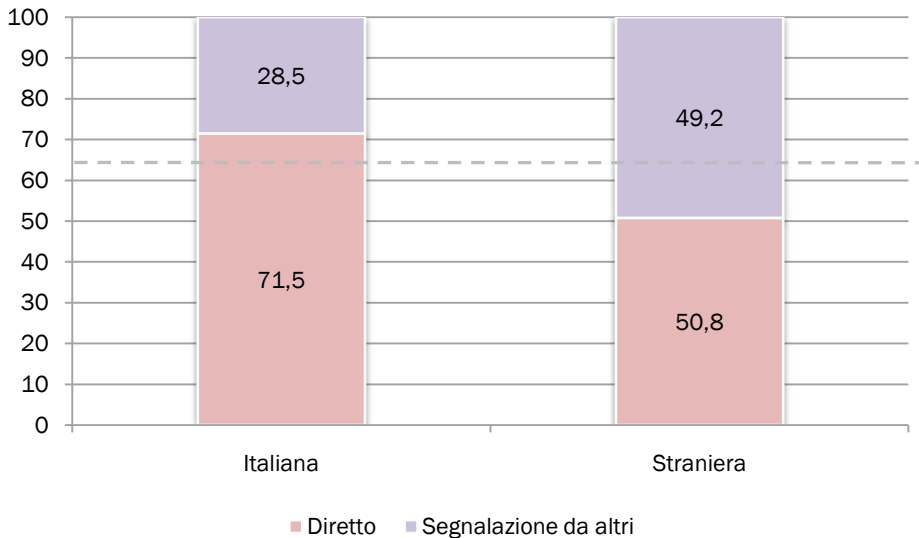
Da un'analisi delle risposte aperte alla categoria **altro** (altro servizio da cui è stata segnalata la donna), la prima per numero di frequenze, emerge come<sup>18</sup>:

- 221 donne sono arrivate ai centri tramite una rete relazionale (passaparola tra amici, parenti e simili);
- 125 donne sono state segnalate da associazioni o da altri Centri antiviolenza (anche fuori regione);
- in 65 casi si è avuta la segnalazione da parte di enti istituzionali (Comune, Centro per l'Impiego);
- 22 accessi sono stati accompagnati dal Sindacato o tramite intervento legale.

<sup>18</sup> Il totale di risposte aperte, riferito al periodo che va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012, è minore del totale di risposte "altro" in quanto il campo non è sempre stato riempito con la specifica dell'altro servizio.

Nel grafico 10 si evidenzia la differenza proporzionale tra donne italiane e straniere rispetto alle modalità di accesso: il 71,5% delle donne italiane è arrivata ai centri direttamente contro il 50,8% delle straniere.

**Graf. 10 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e modalità di accesso. Distribuzione regionale – percentuali valide. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che si sono rivolte direttamente ai centri.**



Un dato importante per tracciare il percorso delle donne vittime di violenza è relativo al numero e al tipo di servizi ai quali si sono rivolte prima di arrivare al Centro antiviolenza.

Negli ultimi dodici mesi considerati, 1.189 utenti dei Centri si erano precedentemente rivolte ad altri servizi della rete (cfr. tab. 5).

La maggior parte di queste donne ha avuto contatti con le Forze dell'Ordine e il Servizio Sociale. Molte anche le vittime che erano già passate dal Pronto Soccorso.

**Tab. 5 - Donne che si sono rivolte ai centri per l'essersi rivolte precedentemente ad altri servizi per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012). Altri servizi a cui si sono rivolte le donne per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) - Distribuzione regionale - valori assoluti<sup>19</sup>**

	<b>2010-2011</b>	<b>2011-2012</b>
Non si è rivolta ad altri servizi	635	718
Si è rivolta ad altri servizi	1.090	1.189
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.725</b>	<b>1.907</b>
<i>Altro servizio a cui si è rivolta la donna<sup>20</sup></i>		
Consultorio	38	83
Forze dell'Ordine	568	594
Pronto Soccorso	250	279
Servizio Sociale	424	478
Altro	322	269
<b>Non risponde</b>	<b>148</b>	<b>65</b>
<b>Non rilevato</b>	<b>56</b>	<b>61</b>
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

Nel grafico 11 è riportato il dettaglio provinciale sul periodo che va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012: per dare un dato complessivo che rispecchi la situazione dei rapporti tra donne e servizi le percentuali sono calcolate sul totale delle segnalazioni e non solo sulle donne che hanno dichiarato di aver avuto accesso ad altri servizi. Se per approfondite riflessioni sulle differenze territoriali sarebbe necessaria un'attenta analisi che tenesse conto dei processi istauratisi a livello locale, nell'ottica di questo Rapporto è interessante notare come un quarto delle utenti dei Centri della Provincia di Grosseto si sia rivolta precedentemente al Pronto Soccorso. Da sottolineare anche l'alta percentuale di donne che ad Arezzo, Livorno e Pistoia ha avuto un contatto con le Forze dell'Ordine.

Per i valori assoluti che consentono un confronto provinciale tra le due annualità si rimanda all'Appendice (cfr. tab. 9, Appendice).

Alla voce **altro** sono riportati dati significativi. Riducendo le informazioni a quattro macro-categorie, possiamo vedere come:

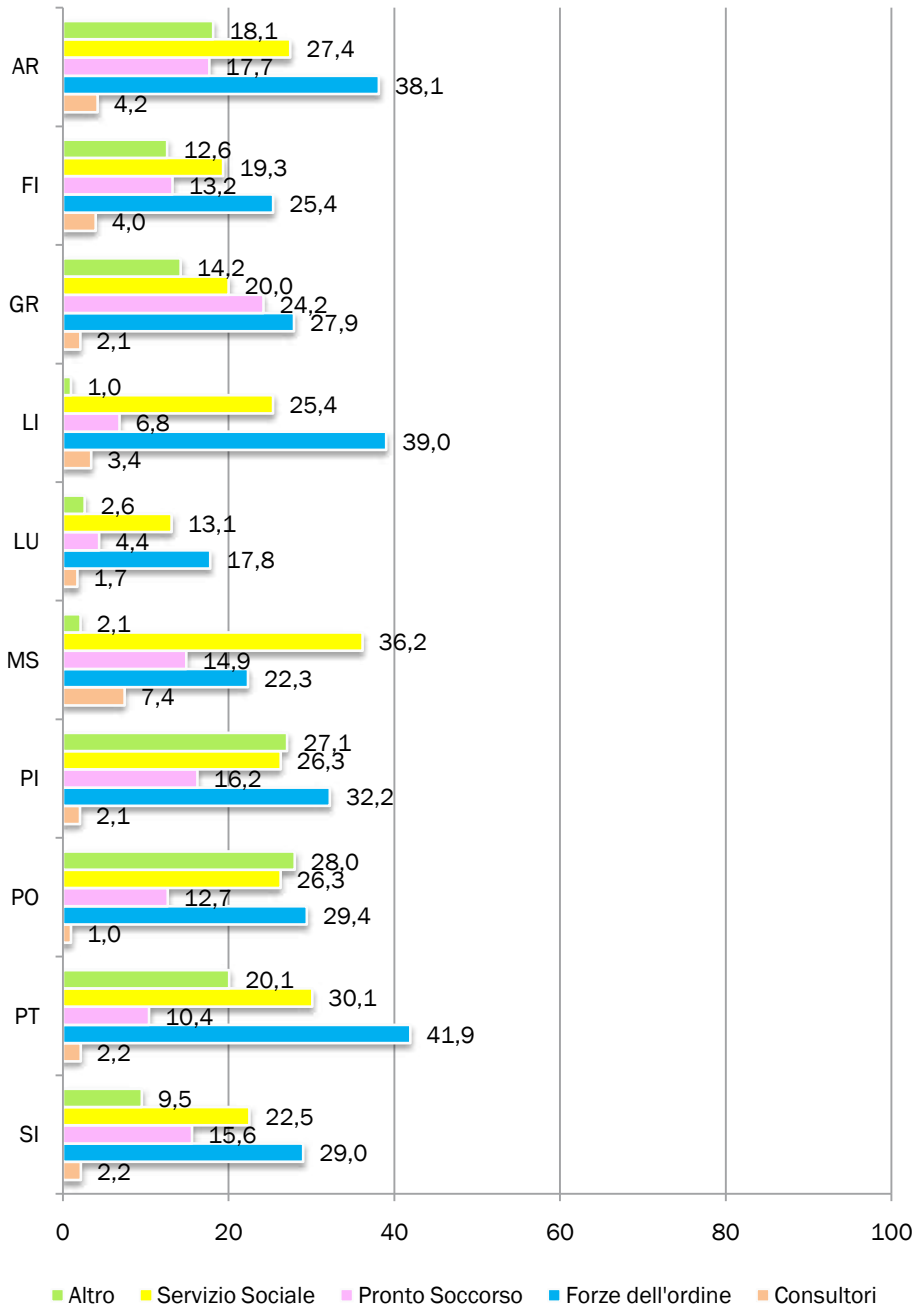
- 151 donne si sono precedentemente rivolte a servizi istituzionali;
- 174 hanno usufruito di un intervento legale e/o sindacale;
- 133 ad associazioni o altri Centri antiviolenza;
- 109 di un sostegno privato (ad esempio psicologico).

<sup>19</sup> Per questa tabella non è possibile il confronto con il periodo 2009-2010, in quanto nella prima scheda elaborata non era prevista la possibilità di indicare più di un servizio.

<sup>20</sup> Era possibile indicare più di un servizio, essendo un campo a risposta multipla.



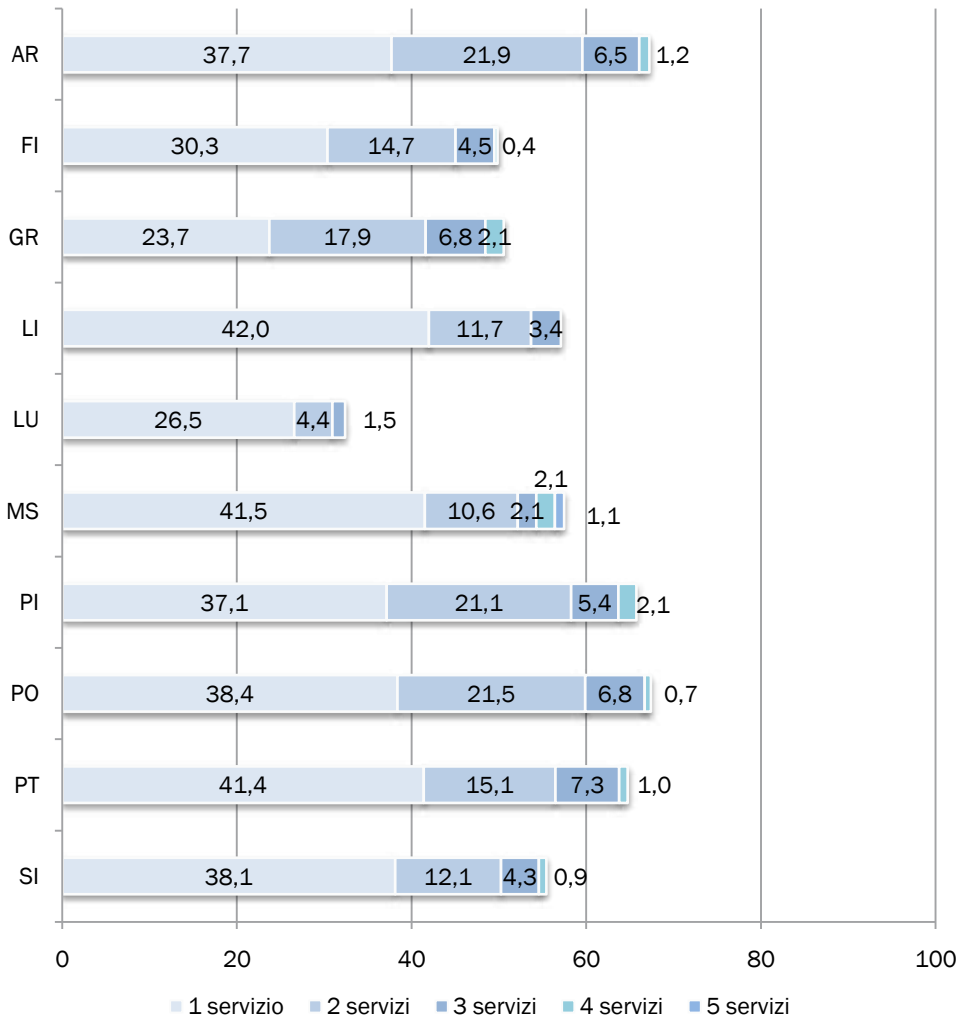
**Graf. 11- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per servizi a cui si sono rivolte precedentemente. Distribuzione provinciale -valori percentuali. Domanda a risposta multipla**



Complessivamente 1.354 donne si sono rivolte ad un unico servizio, 613 a due, 197 a tre servizi, 32 a quattro ed una donna a cinque.

Nel grafico 12 è illustrata a livello provinciale la percentuale di utenti per numero di servizi ai quali si sono precedentemente rivolte.

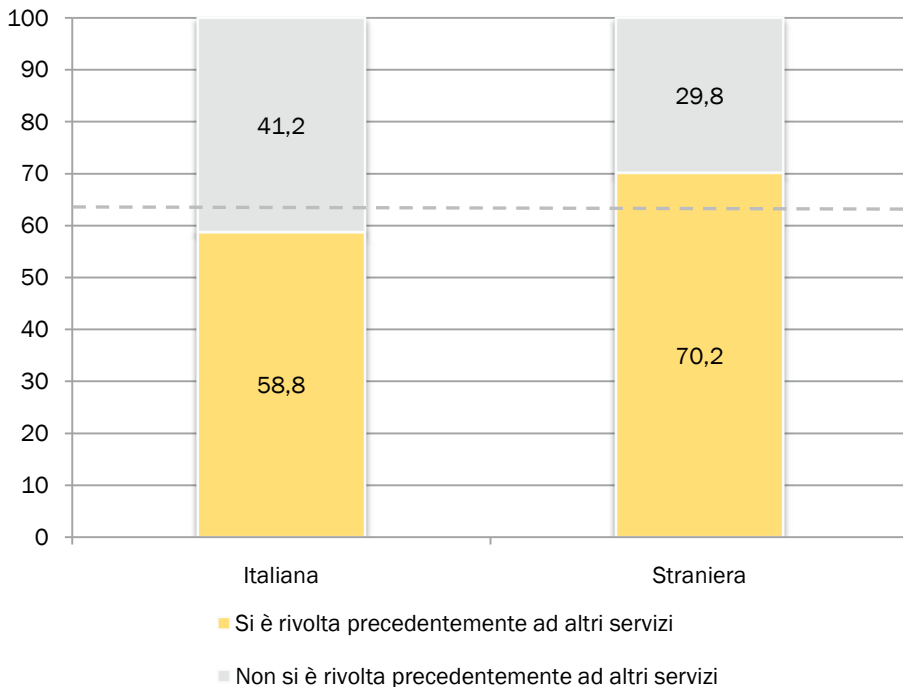
**Graf. 12- Numero di servizi a cui sono rivolte le utenti dei centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012. Distribuzione provinciale - valori percentuali.**



Come illustrato nel grafico 13, anche in questo caso tra utenti italiane e straniere ci sono delle differenze, seppur in misura minore rispetto alla variabile precedente: sono soprattutto le donne senza cittadinanza italiana ad aver avuto contatti con altri servizi prima dell'accesso al Centro (70,2%). Per le italiane la proporzione scende al 58,8%; si tratta comunque di un dato significativo per gli obiettivi di questo lavoro: complessivamente 2.279 utenti che sono arrivate ai centri dal 1 luglio 2010 al 30 giugno 2012 si erano precedentemente rivolte ad altri servizi e sarebbe interessante approfondire che ruolo tali servizi hanno avuto nella scelta di intraprendere il percorso di uscita dalla violenza.

**Graf. 13 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e per l'essersi rivolta precedentemente ad altri servizi. Distribuzione regionale percentuali valide.**

La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che si sono rivolte ad altri servizi prima di accedere ai centri.



### 1.3. La violenza

In questo paragrafo l'attenzione si sposta sull'evento della violenza: le informazioni riguardano le forme di sopruso subite, il tipo di aggressore (identificato dal tipo di relazione che ha con la vittima), l'eventuale presenza di figli che assistono ai maltrattamenti.

#### 1.3.1. Il tipo di violenza subita

Generalmente le donne sono vittime di più di un tipo di violenza, solo poco più di quarto delle donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012, infatti, ha subito un unico tipo di sopruso.

In particolare:

- 1.797 donne hanno subito due tipi di violenza;
- 699 sono vittime di tre tipi di sopruso;
- 154 hanno alle spalle quattro e più tipi di violenza.
- 

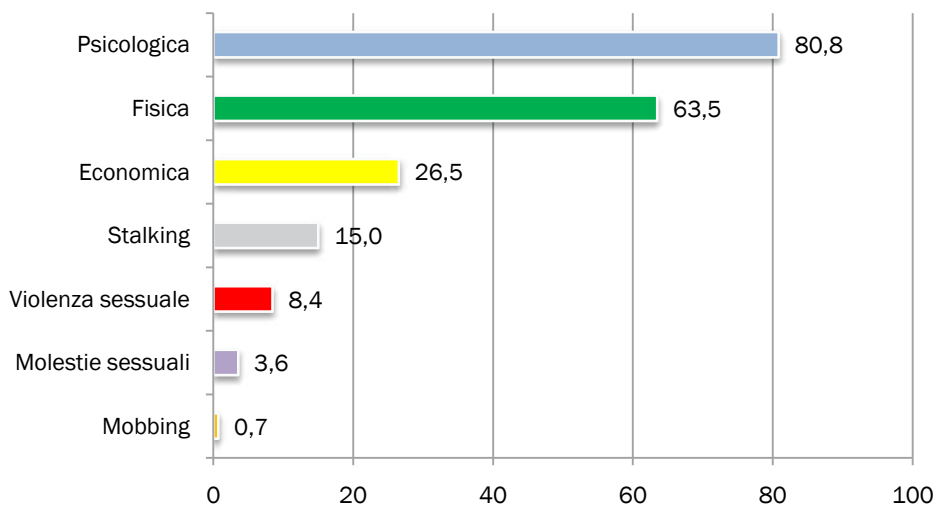
Sono soprattutto le vittime del partner a subire più tipi di violenza.

Nella tabella 6 è riportato nel dettaglio il numero di utenti che nei due periodi considerati hanno subito il tipo di violenza indicato, mentre le percentuali riportate nel grafico 14 sono calcolate complessivamente sull'intero periodo che va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012.

**Tab. 6 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale - valori assoluti. Risposta multipla.**

	2010-2011	2011-2012
Fisica	1.136	1.239
Psicologica	1.464	1.561
Economica	502	490
Stalking	287	274
Violenza sessuale	182	134
Molestie sessuali	69	64
Mobbing	15	11
<b>Totale risposte valide</b>	<b>3.655</b>	<b>3.773</b>
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.811</b>	<b>1.931</b>
Non rilevato	44	25
Non risponde	74	77
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

**Graf. 14 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale – percentuali valide. Risposta multipla.**

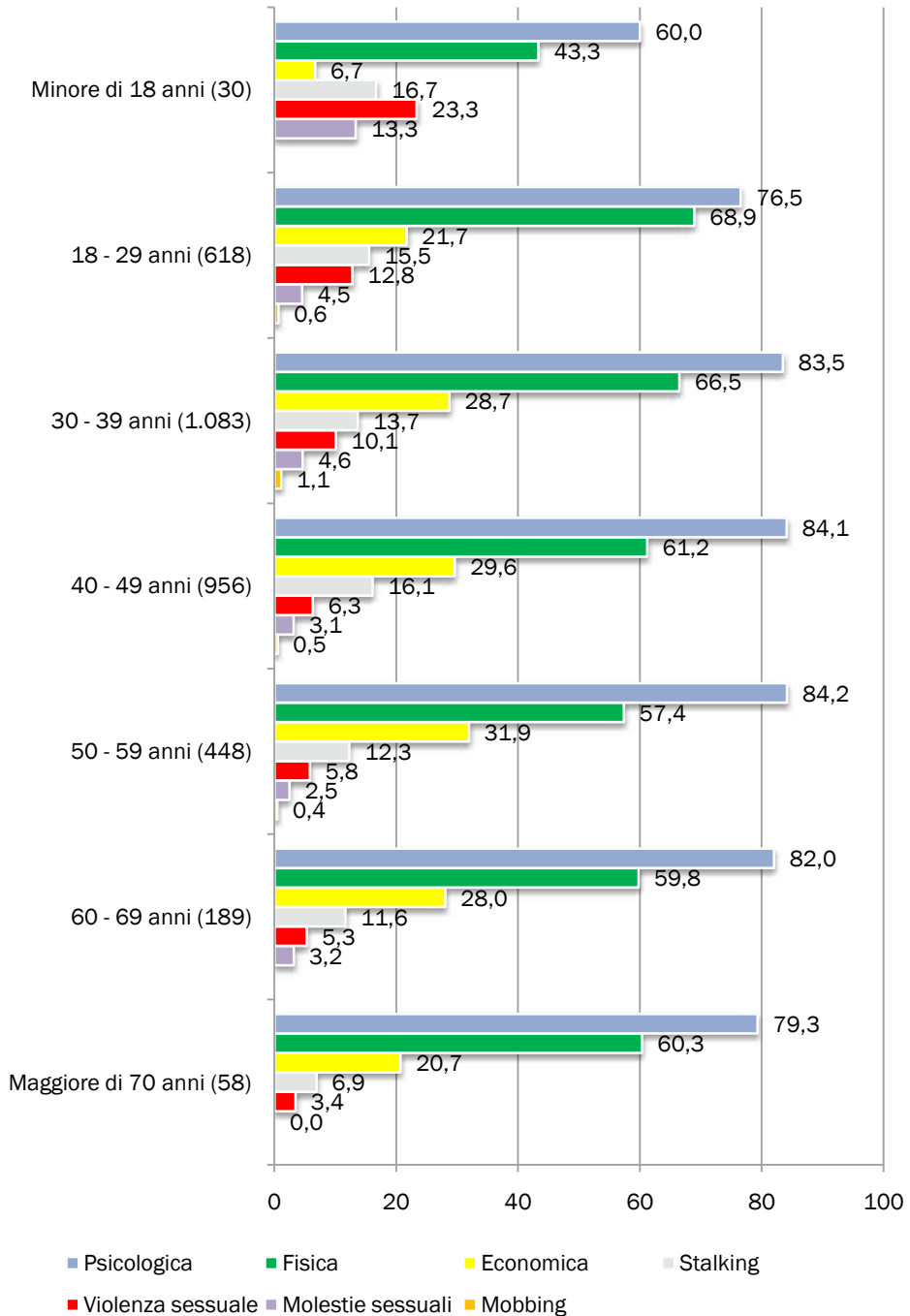


Nei grafici seguenti l'informazione sul tipo di violenza subita è messa in relazione con tre variabili: età, condizione occupazionale e cittadinanza.

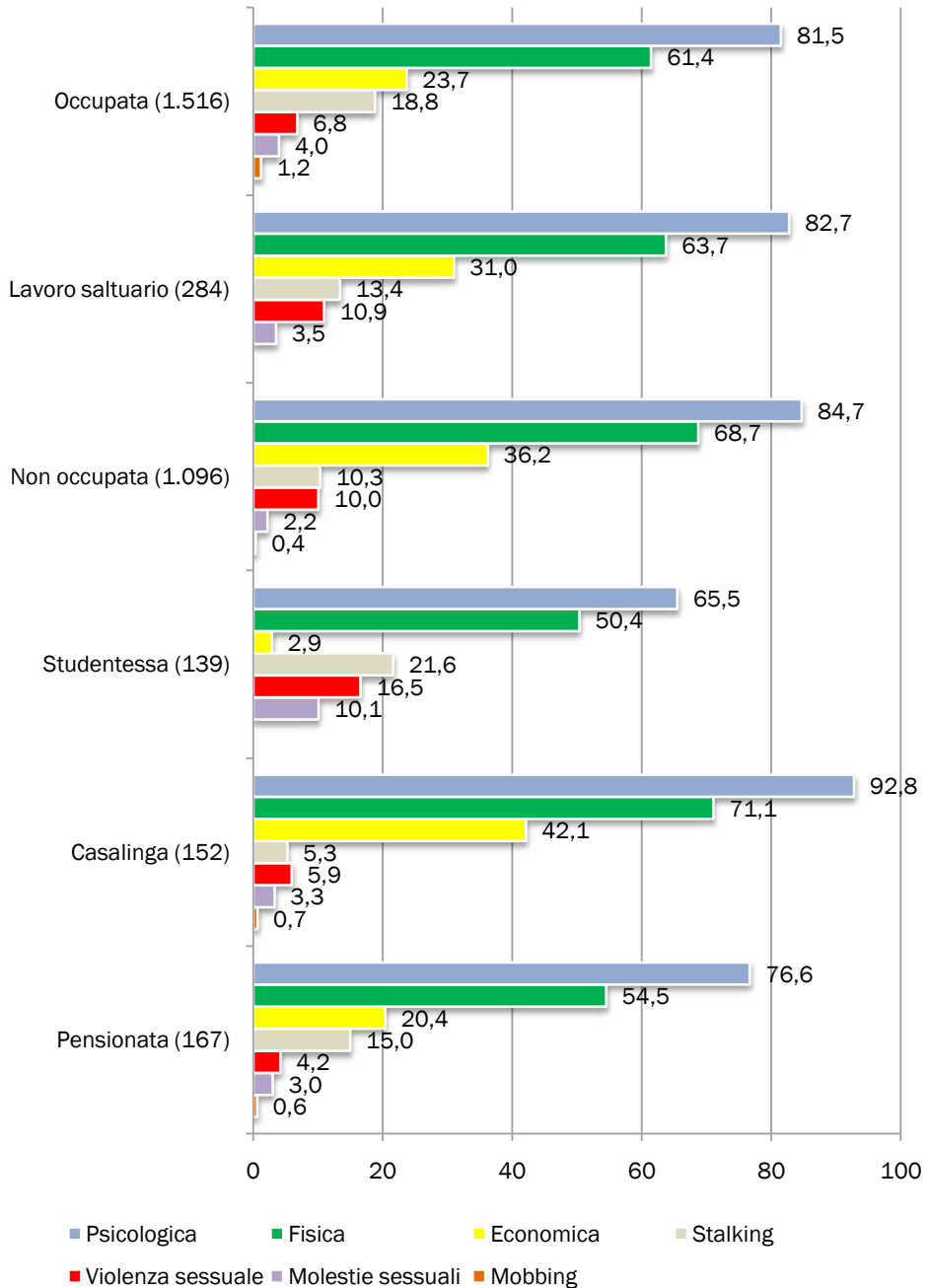
Da queste analisi emerge che:

- sono le donne straniere a denunciare maggiormente più di un tipo di violenza;
- se la violenza psicologica è la più diffusa, essa raggiunge le percentuali più elevate nelle donne tra i 30 e i 59 anni ed in particolare tra le casalinghe (92,8%);
- le ragazze più giovani che si rivolgono ai centri lo fanno per denunciare violenze sessuali e molestie in misura maggiore rispetto alle altre donne;
- la violenza fisica è denunciata in misura maggiore da donne straniere che non lavorano;
- tra le utenti dei centri la violenza economica riguarda soprattutto donne tra i 40 e i 59 anni che non lavorano, in particolare straniere.

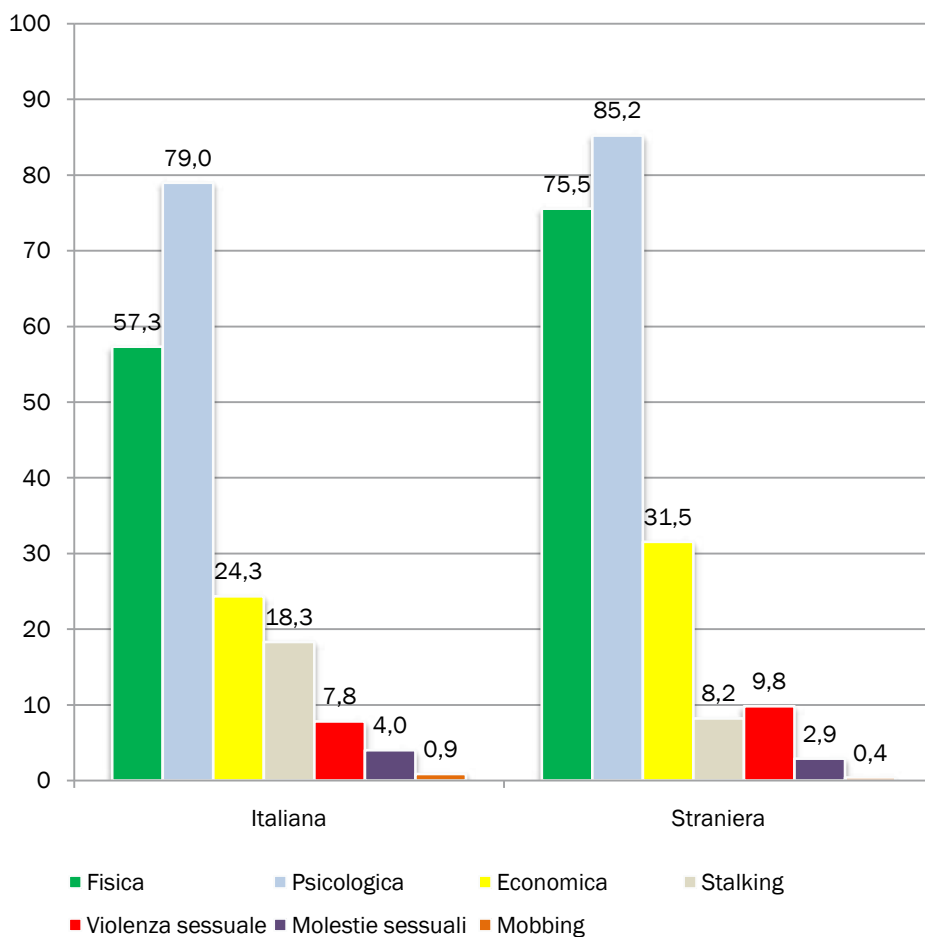
**Graf. 15 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2011 per fascia di età e tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale – percentuali valide. Risposta multipla.**



**Graf. 16 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012 per situazione occupazionale e tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale - percentuali valide. Risposta multipla.**



**Graf. 17 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale - percentuali valide. Risposta multipla.**





### 1.3.2. L'aggressore

Dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012, 2.321 donne su 3.756<sup>21</sup> hanno subito violenza dal partner.

Nella tabella 7 è riportato il dettaglio per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima: gli stessi dati sono rappresentati sotto forma di percentuale nel grafico 18, in un ordine che tiene insieme i raggruppamenti proposti<sup>22</sup>.

**Tab. 7 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima. Distribuzione regionale - valori assoluti. Risposta multipla<sup>23</sup>.**

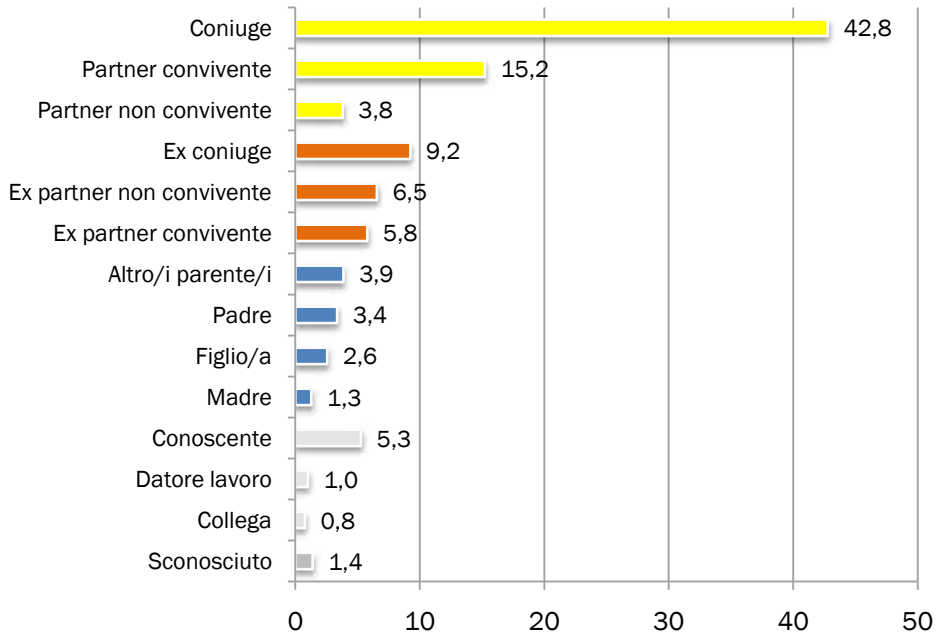
	2010-2011	2011-2012
Coniuge	791	815
Partner convivente	277	295
Partner non convivente	66	77
Ex coniuge	162	185
Ex partner convivente	101	116
Ex partner non convivente	111	135
Datore di lavoro	24	14
Collega	17	12
Conoscente	98	100
Padre	51	75
Madre	10	38
Figlio/a	43	53
Altro/i parente/i	83	62
Sconosciuto	22	30
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.856</b>	<b>2.007</b>
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.815</b>	<b>1.941</b>
Non risponde	76	69
Non registrato	38	23
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

<sup>21</sup> Numero complessivo di donne per cui è disponibile il dato.

<sup>22</sup> Si propone di riaggregare nella categoria **partner** il coniuge, il partner convivente e il partner non convivente; nella categoria **ex partner** l'ex coniuge, l'ex partner convivente e l'ex partner non convivente; nella categoria **parente** il padre, la madre, il figlio/a e l'altro/i parente/i; nella categoria **conoscente** il datore di lavoro, il collega e il conoscente. Lo **sconosciuto** rimane come categoria a se stante.

<sup>23</sup> La domanda della scheda prevede una risposta multipla. In realtà solo il 2,4 delle utenti degli ultimi due anni indica più di un aggressore.

**Graf. 18 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima. Distribuzione regionale - percentuali valide. Risposta multipla.**



I dati negli anni non si discostano da quanto emerso dai precedenti rapporti: si può dunque continuare a parlare di “violenza interpersonale”<sup>24</sup> per spiegare la quasi totalità dei soprusi per i quali le donne si rivolgono ai Centri antiviolenza.

A differenza delle altre edizioni di questo lavoro, in questo *IV Rapporto* è proposta una classificazione che separi l’aggressore sconosciuto dagli altri tipi di aggressore che non ricadono nelle categorie di partner, ex partner o parente: anche se i numeri assoluti sono molto bassi (52 casi in due anni), l’aggressore sconosciuto si differenzia notevolmente da un tipo di maltrattante con cui si ha una qualunque relazione.

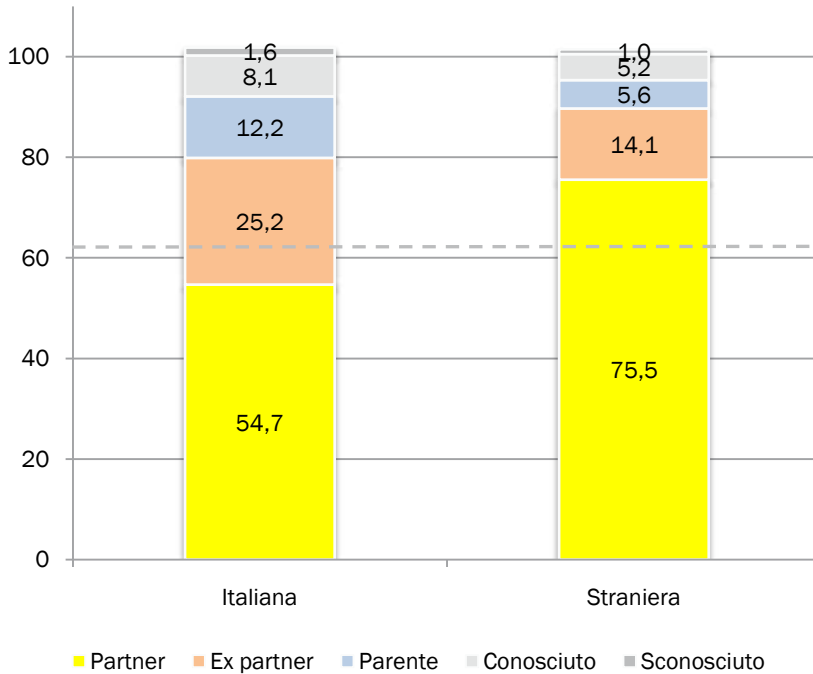
La messa in relazione tra il tipo di aggressore e la cittadinanza della donna pone in luce come ben due terzi di utenti straniere siano vittime del proprio partner: è fondamentale ricordare a questo proposito che la cittadinanza considerata è quella

<sup>24</sup> Con il termine violenza interpersonale s’intende: «ogni forma di violenza psicologica, fisica, economica, sessuale e di persecuzione attuata, tentata o minacciata, che ha comportato o meno un danno fisico [e] agita all’interno di una relazione intima, presente o passata» (Provincia di Pisa – Assessorato alle Pari Opportunità 2010, 8). I termini “violenza domestica” e “violenza (intra) familiare” «non sono più pienamente sufficienti per descrivere il fenomeno della violenza nelle relazioni intime. Infatti si è rilevato che le donne non sono le sole a subire violenze, ma anche le/i loro figlie/i assistendo alle aggressioni sulle madri hanno gravi danni e che spesso la relazione si chiude ma la violenza continua, come nel caso dello *stalking*» (2010, 7-8).

dell'utente, mentre non si hanno informazioni a livello regionale su quella dell'aggressore.

**Graf. 19 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima e cittadinanza. Distribuzione regionale - percentuali valide. Risposta multipla.**

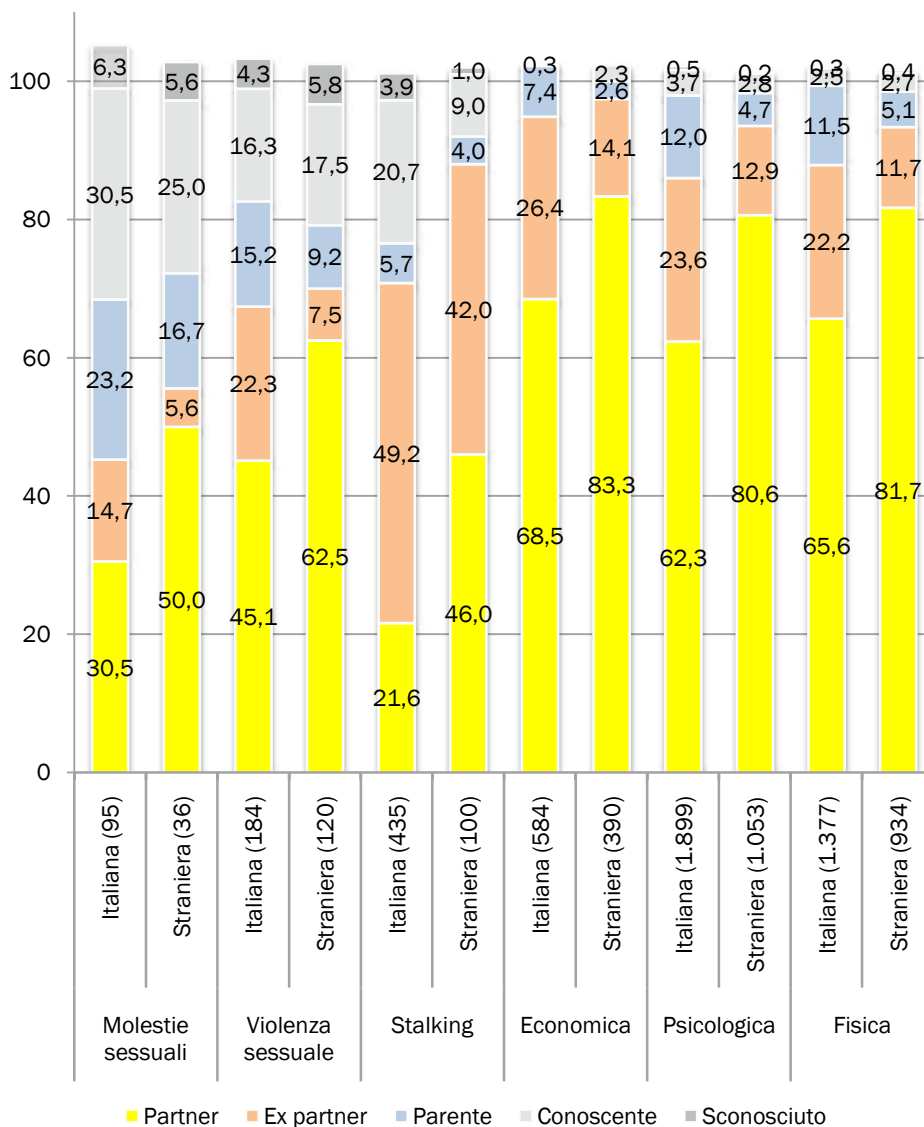
La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che hanno subito violenza dal partner



### 1.3.3. Violenza e aggressori

Nel grafico 20 sono analizzate contemporaneamente tre informazioni: la nazionalità della vittima, il tipo di aggressore, il tipo di violenza subita.

**Graf. 20 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza, tipo di violenza e tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima. Distribuzione regionale - percentuali valide. Risposta multipla.**



In particolare si nota che<sup>25</sup>:

- tra le utenti straniere il peso della violenza tra le mura domestiche è particolarmente drammatico. Si tratta soprattutto di **violenza fisica** (l'81,7% di donne con cittadinanza non italiana che subisce violenza fisica ha come aggressore il proprio partner) ed economica;
- la **violenza sessuale** subita dalle utenti dei centri è perpetrata dal partner per il 45,1% delle italiane che ne parlano e per il 62,5% delle donne straniere. Ex partner e parenti sono colpevoli del 37% delle violenze sessuali subite dalle italiane;
- lo stalking si conferma come tipo di violenza tipica dell'ex partner, anche se con sensibili differenze tra utenti italiane e straniere, dove queste ultime subiscono questo reato persecutorio anche dal partner attuale.

---

<sup>25</sup> La relazione tra tipo di violenza e tipo di aggressore non è un dato semplice da analizzare: entrambi i campi del database, infatti, sono a risposta multipla e non correlati tra loro; le operatrici riempiono due campi distinti, senza che sia specificato, ad esempio, quale aggressore abbia perpetrato quello specifico tipo di abuso. Vista la rilevanza di quest'informazione, grazie ad una decisione collettiva discussa all'interno del tavolo della rete sulla violenza, si è deciso d'illustrare comunque questi dati, dando le percentuali per tipo di violenza e se le donne denunciano mediamente almeno due tipi di violenza, come già specificato, solo il 2,4% delle donne indica più di un tipo di aggressore. Pur dovendo abbandonare una totale rigorosità statistica, possiamo comunque descrivere con un margine sostenibile di errore quali figure agiscano i diversi tipi di violenza denunciati.

### 1.3.4. La violenza assistita

Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del/la 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». (C.I.S.M.A.I., 2001)

Un tema drammatico, quello della violenza assistita, su cui, come ricordato nel *III Rapporto*<sup>26</sup>, i Centri antiviolenza chiedono di porre particolare attenzione<sup>27</sup>.

**Tab. 8 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per presenza di figli che assistono alla violenza. Distribuzione regionale - valori assoluti**

	2010-2011	2011-2012
Presenza di figli che assistono alla violenza	1.023	1.032
Assenza di figli che assistono alla violenza	590	701
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.613</b>	<b>1.733</b>
Non rilevato	187	183
Non risponde	129	117
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

La maggior parte delle donne ha figli che assistono alla violenza da loro subita: si tratta del 58,2% delle donne italiane e del 67,2% delle straniere (cfr. graf. 21).

Dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 4.060 ragazzi hanno visto le proprie madri vittime di un sopruso perpetrato soprattutto tra le mura domestiche.

Di questi 2.960 sono minorenni.

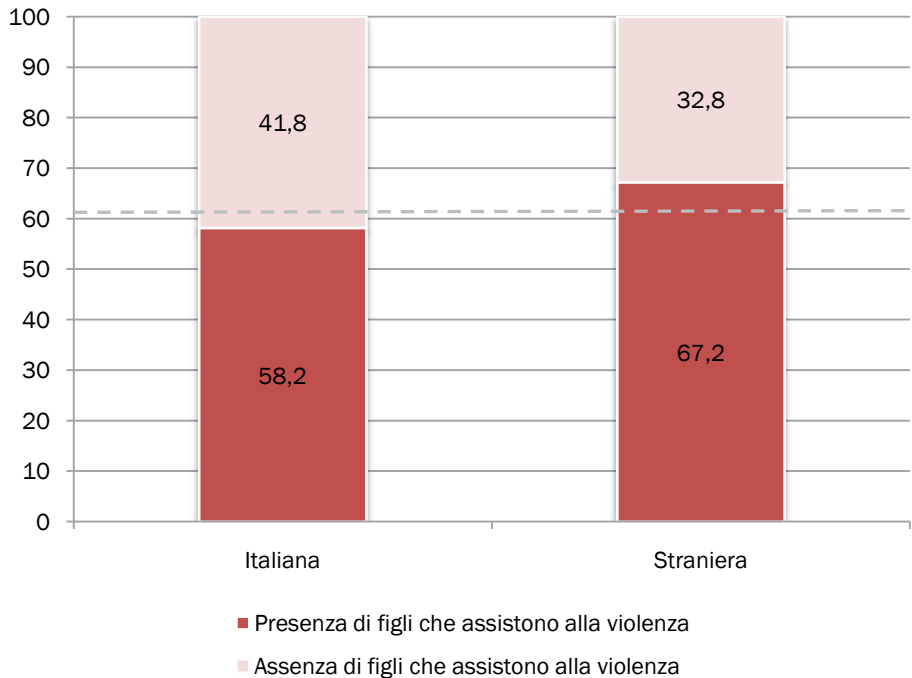
<sup>26</sup> *III Rapporto*, p.100: il riferimento citato è all'intervento più volte riportato della dottoressa Teresa Bruno al Seminario *Politiche di contrasto alla violenza di genere: prospettive della nuova programmazione regionale* (Bruno, 2011)

<sup>27</sup> Come specificato precedentemente, le voci della scheda non consentono associazioni: per questo motivo non possiamo incrociare i dati della violenza assistita con il tipo di violenza subita. Una donna ha generalmente indicato due tipi di violenza, non ci sono informazioni sul tipo di violenza alla quale abbiano assistito il figlio/figli.

**Tab.9 - Numero di figli che assistono alla violenza (donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012) - Distribuzione regionale**

	Numero figli
Minorenni Maschi:	1.678
Minorenni Femmine:	1.282
Maggiorenni Maschi:	657
Maggiorenni Femmine:	443
<b>Totale figli</b>	<b>4.060</b>

**Graf. 21- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza e presenza di figli che assistono alla violenza. Distribuzione regionale – valori percentuali. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne i cui figli assistono alla violenza.**



#### 1.4. Il percorso nei Centri

Tra le utenti per le quali è stata inserita questa informazione, dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012, 1.347 hanno richiesto un solo servizio ai Centri, 1.441 due, 767 tre e 310 quattro o più.

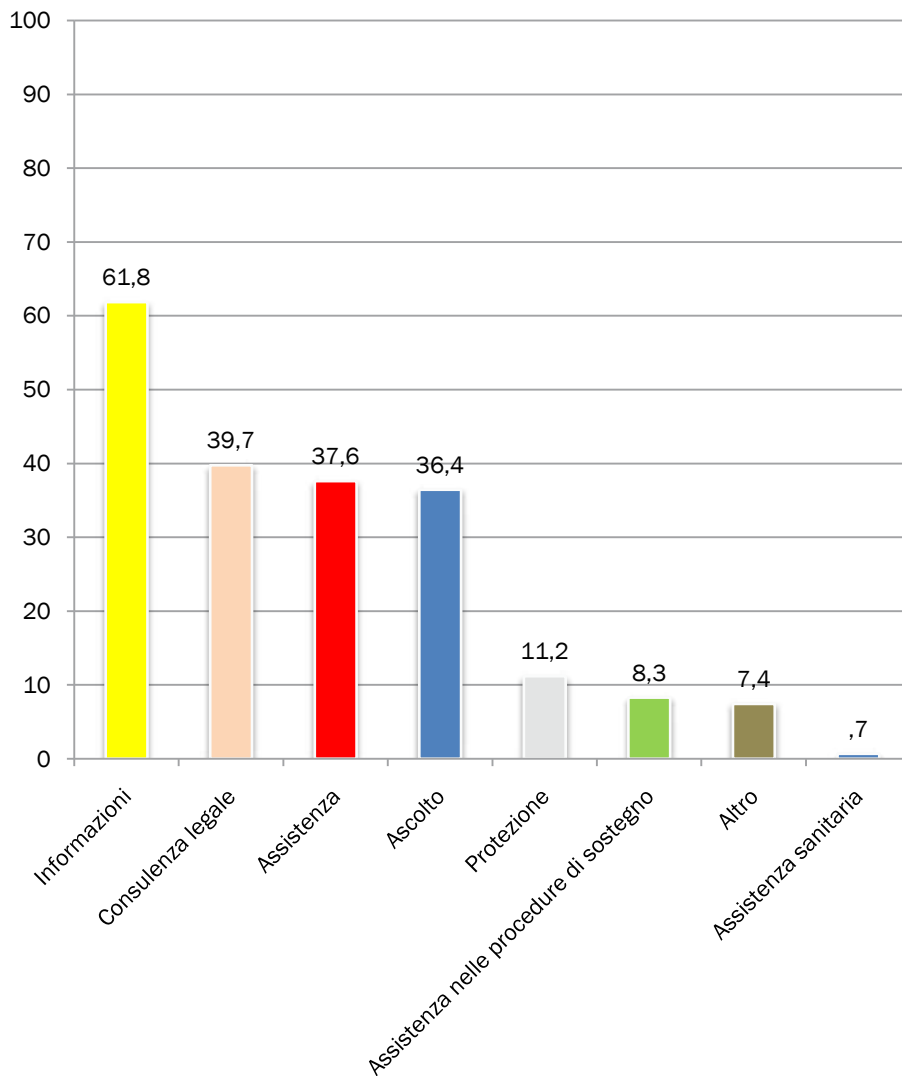
Nella tabella 10 sono riportati i valori per le due annualità considerate; i servizi più richiesti sono: informazioni (61,8%), seguite da consulenza legale, assistenza e ascolto, con valori che vanno dal 39,7% al 36,4% (cfr. graf. 22).

**Tab. 10 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per tipo di servizio richiesto. Distribuzione regionale - valori assoluti. Risposta multipla.**

	2010-2011	2011-2012
Informazioni	1.181	1.209
Consulenza legale	737	799
Assistenza psicologica	734	719
Ascolto	655	753
Assistenza sanitaria	13	13
Protezione	228	204
Assistenza nelle procedure relative al percorso di sostegno	159	161
Altro	95	192
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.864</b>	<b>2.000</b>
Non risponde	32	12
Non registrato	33	21
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>



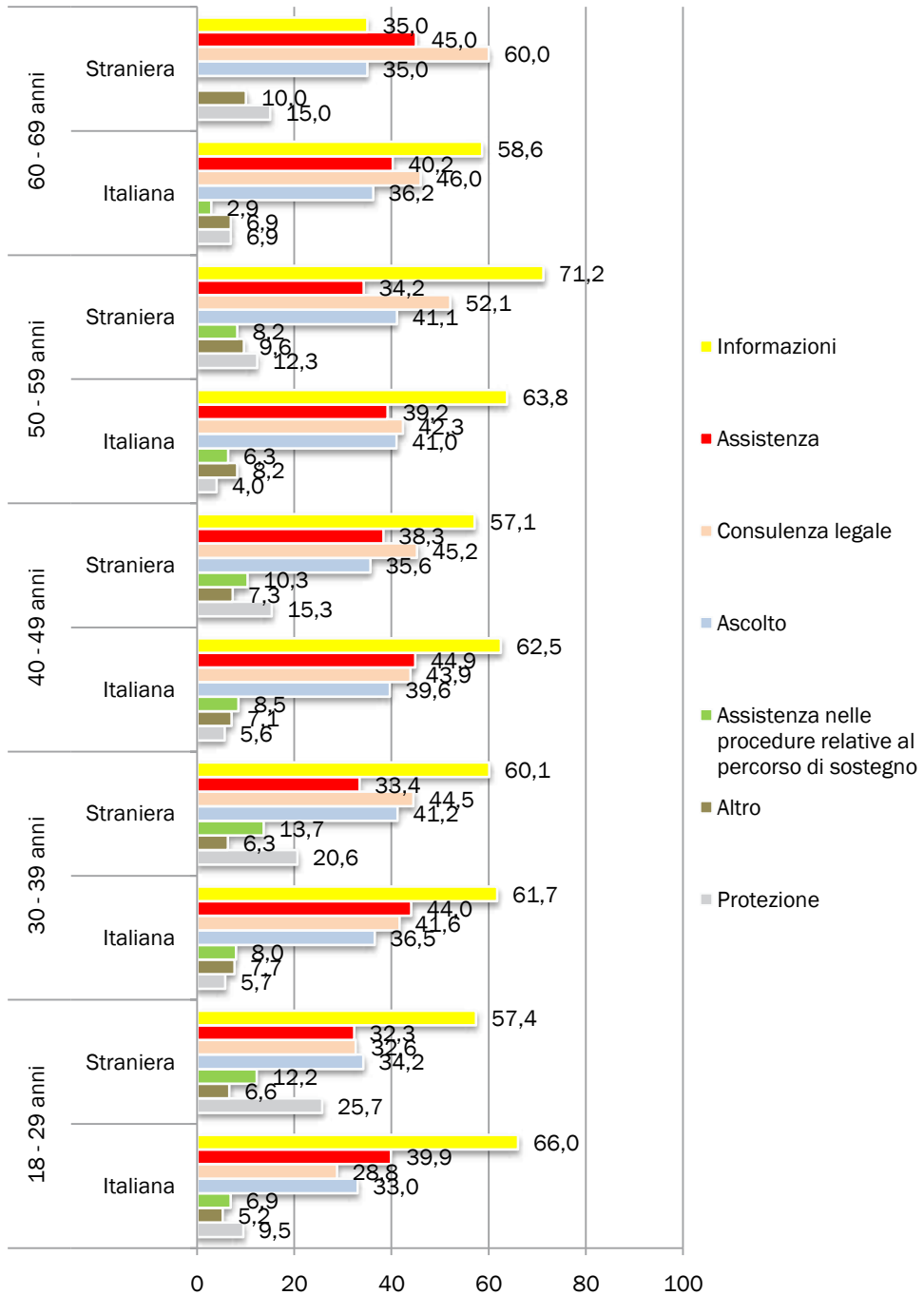
**Graf. 22- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di servizio richiesto. Distribuzione regionale – valori percentuali. Risposta multipla.**



Nel grafico 23 sono considerate tre variabili: il tipo di servizio richiesto, l'età e la cittadinanza.

Dal grafico sono escluse le fasce estreme di età (sotto i 18 anni e sopra i 70) e l'assistenza sanitaria, perché categorie poco numerose.

**Graf. 23 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per cittadinanza, fascia d'età e tipo di servizio richiesto. Distribuzione regionale percentuali valide. Risposta multipla.**



La maggior parte delle donne che si sono rivolte ai centri intraprende un percorso o esclusivamente all'interno della struttura (2.261 donne tra il 1° luglio 2010 e il 30 giugno 2012), o presso anche altri servizi (662 donne), o esclusivamente in altri servizi (594 donne). Solo 349 utenti non iniziano alcun percorso.

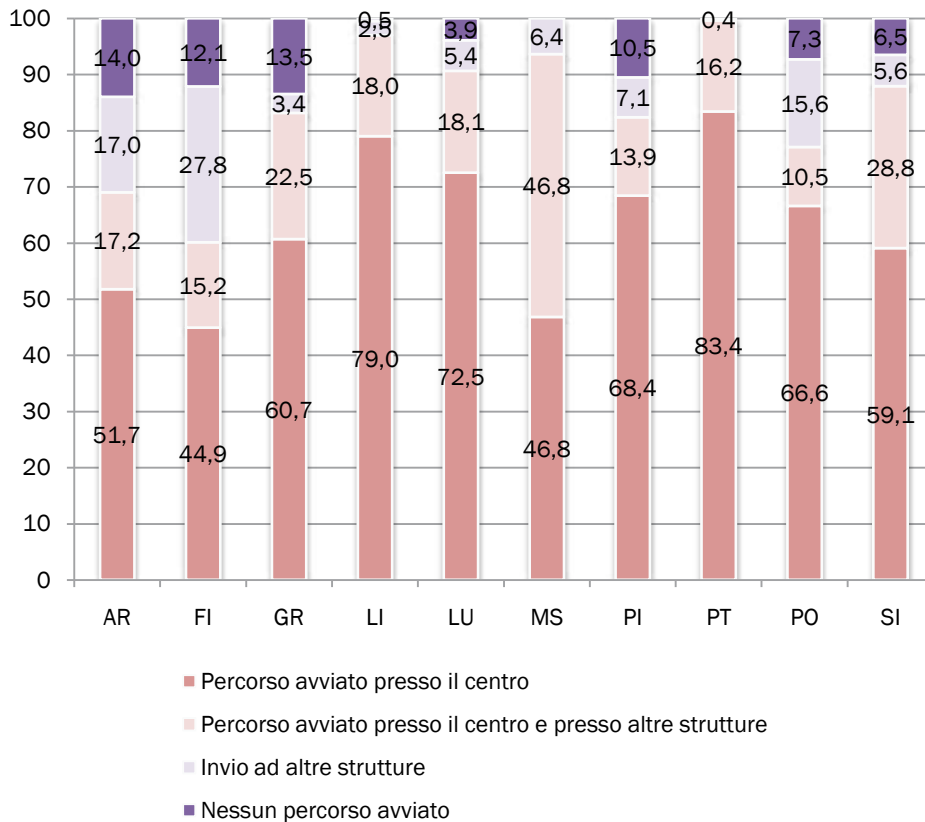
Nel grafico 24 è illustrato il dettaglio provinciale. In Appendice (cfr. tab. 10) sono riportati i dati territoriali per annualità.

**Tab. 11 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per esito del percorso. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

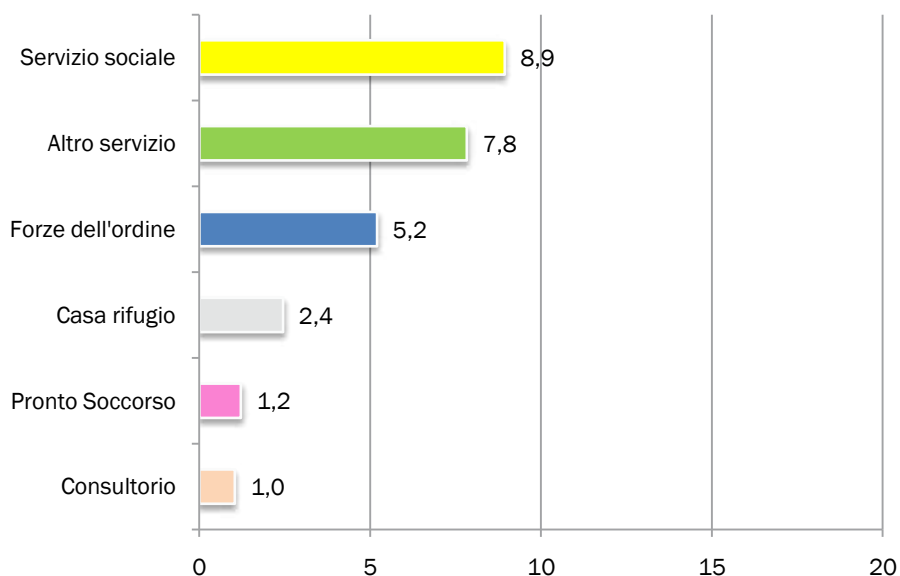
	2010-2011	2011-2012
Nessun percorso avviato	169	180
Invio ad altre strutture	258	336
Percorso avviato presso il centro	1.127	1.134
Percorso avviato presso il centro e presso altre strutture	324	338
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.878</b>	<b>1.988</b>
Non rilevato	51	45
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

A seguire le utenti, in maniera esclusiva o insieme al Centro antiviolenza, è soprattutto il servizio sociale (nell'8,9% dei casi), come mostra il grafico 25.

**Graf. 24 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2011 per esito del percorso. Distribuzione provinciale percentuali valide.**



**Graf. 25- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di servizio da cui sono state seguite (sia insieme al centro sia in maniera esclusiva). Distribuzione regionale percentuali valide. Risposta multipla.**



E' interessante notare come anche in questo caso esista una fortissima relazione tra Centri, come dimostra l'analisi delle risposte aperte riportate da chi ha selezionato la categoria **altro**:

- 129 casi sono seguiti da altri Centri anti violenza, in collaborazione o meno con quello a cui si sono rivolte
- in 74 casi si tratta di servizi che riguardano le istituzioni
- 51 la donna è seguita (anche) da supporti informali/rete di relazioni
- 35 donne attivano un percorso legale

## 1.5. La denuncia

Come dichiarato nel *III Rapporto*, «anche se, come più volte ribadito, questi dati sono la fotografia di un momento preciso all'interno di un percorso dinamico, i dati sul numero di donne che hanno o non hanno sporto denuncia forniscono interessanti informazioni soprattutto se incrociati con altri tipi di variabile»<sup>28</sup>.

Negli ultimi dodici mesi sono leggermente calate le utenti che hanno denunciato l'aggressore, passando da 481 a 463.

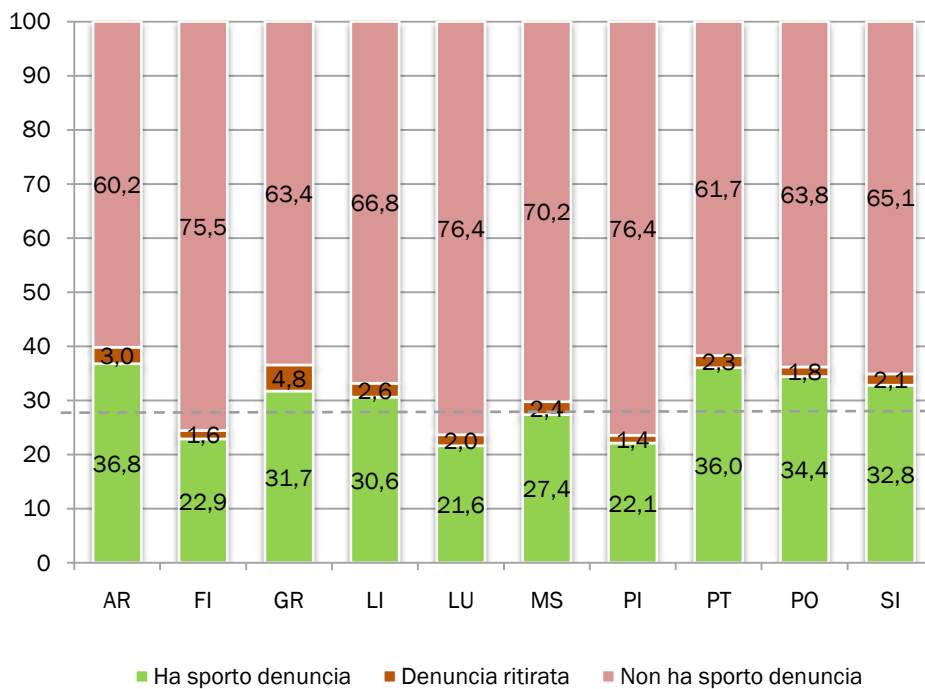
La percentuale di donne che hanno sporto denuncia varia a livello provinciale dal 22,9% di Firenze al 36,8% di Arezzo (cfr. graf. 26). Come per altre tabelle, in Appendice è riportato il confronto territoriale sulle due annualità considerate.

**Tab. 12 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per aver sporto denuncia. Distribuzione regionale - valori assoluti**

	2010-2011	2011-2012
Ha sporto denuncia	481	463
Denuncia ritirata	29	41
Non ha sporto denuncia	1.120	1.298
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.630</b>	<b>1.802</b>
Non rilevato	169	130
Non risponde	130	101
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

<sup>28</sup> Cfr. *Terzo rapporto di monitoraggio sulla Violenza di Genere in Toscana*, p. 109.

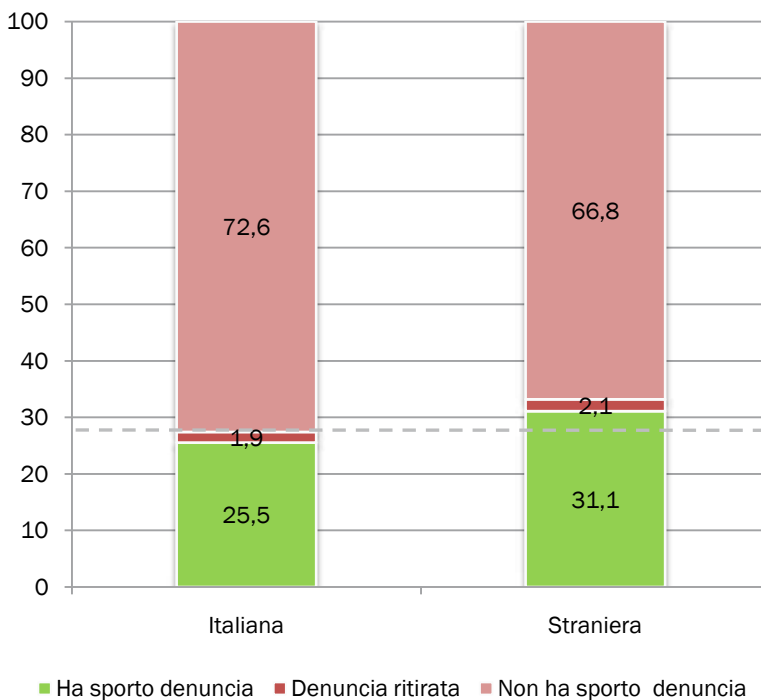
Graf. 26 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per aver sporto denuncia. Distribuzione provinciale - percentuali valide. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che denunciano l'aggressore.



Dalla relazione tra denuncia e cittadinanza (graf. 27) e presenza di figli che assistono alla violenza (graf. 28) emerge che:

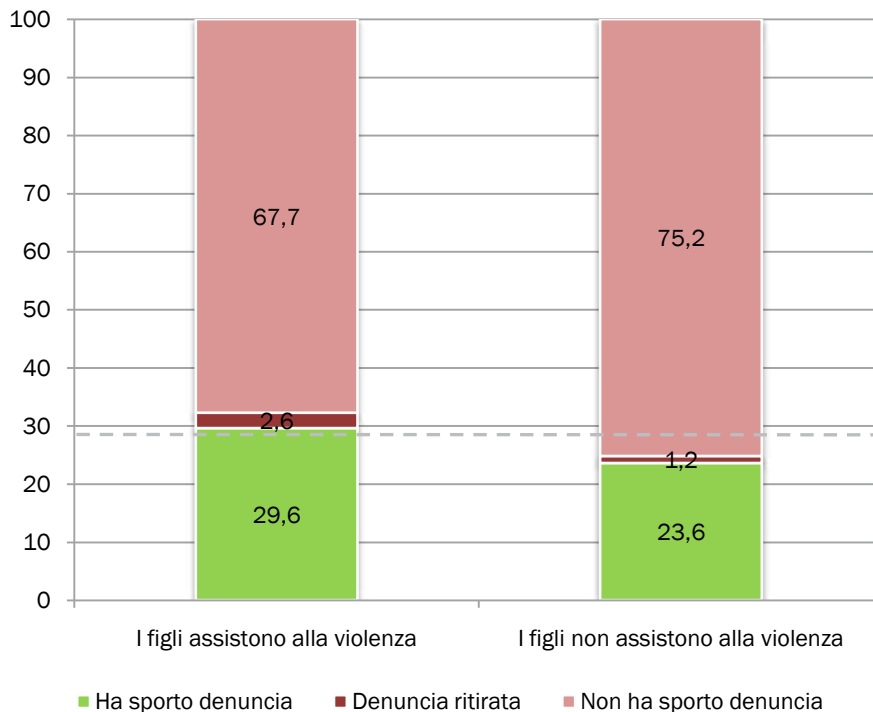
- sono soprattutto le donne straniere a sporgere denuncia: il 31,1% del totale, contro il 25,2% delle italiane (cfr. graf. 27)
- la propensione alla denuncia aumenta se alla violenza assistono dei figli (cfr. graf. 28)

**Graf. 27 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per aver sporto denuncia e cittadinanza. Distribuzione regionale – percentuali valide. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che denunciano l'aggressore.**





**Graf. 28- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per presenza di figli che assistono alla violenza e aver sporto denuncia. Distribuzione regionale – valori percentuali. La linea tratteggiata rappresenta il valore medio regionale di donne che denunciano l'aggressore.**

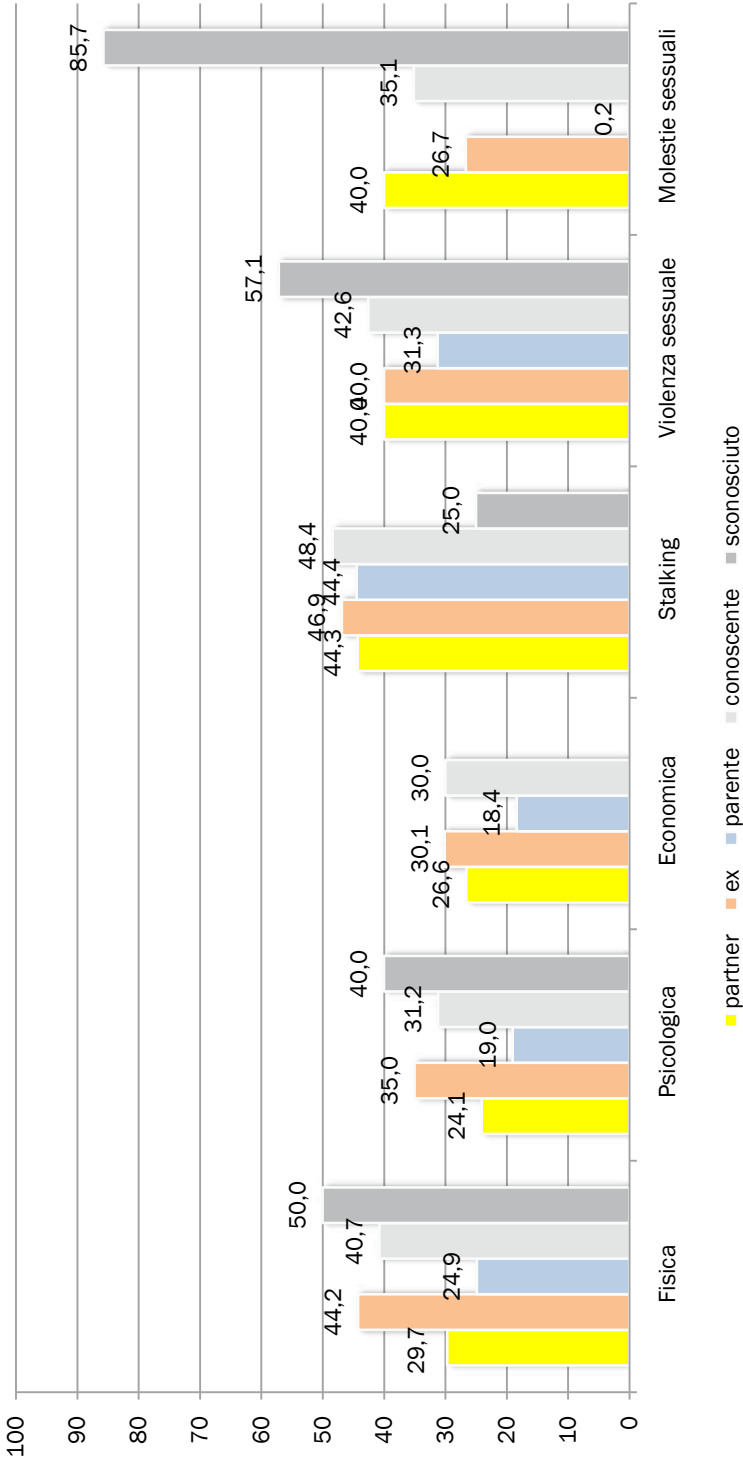


Nella tabella 13 l'informazione sulla denuncia è incrociata con altre due variabili: il tipo di relazione che intercorre tra vittima e aggressore e il tipo di violenza riferita. Le stesse informazioni sono riportate nel grafico 29, nel quale per ogni tipo di violenza sono riportate le percentuali di donne che la denunciano, secondo il tipo di aggressore. Dalla relazione tra questi due elementi emerge quanto ipotizzato nei Rapporti precedenti: la propensione alla denuncia è inversamente proporzionale alla strettezza del legame tra vittima e carnefice, che condiziona l'atteggiamento delle donne ancor più della gravità fisica dell'atto.

**Tab. 13- Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima, tipo di violenza subita e aver sporto denuncia. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	Fisica	Psicologica	Economica	Stalking	Violenza sessuale	Molestie sessuali	Mobbing
Partner	Ha sporto denuncia	451	448	176	58	56	16
	Denuncia ritirata	39	42	16		3	1
	Non ha sporto denuncia	1029	1371	470	73	81	23
Ex partner	Ha sporto denuncia	168	187	59	112	18	4
	Denuncia ritirata	10	14	8	13	4	
	Non ha sporto denuncia	202	333	129	114	23	11
Parente	Ha sporto denuncia	44	47	9	12	10	11
	Denuncia ritirata	3	4	2			
	Non ha sporto denuncia	130	196	38	15	22	15
Conoscente	Ha sporto denuncia	22	29	3	44	20	13
	Denuncia ritirata	1	1				1
	Non ha sporto denuncia	31	63	7	47	27	23
Sconosciuto	Ha sporto denuncia	3	4	4	8	6	1
	Denuncia ritirata						
	Non ha sporto denuncia	3	6		12	6	1

Graf. 29 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 che hanno sporto denuncia, per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima e tipo di violenza subita<sup>29</sup>. Distribuzione regionale - percentuali valide.

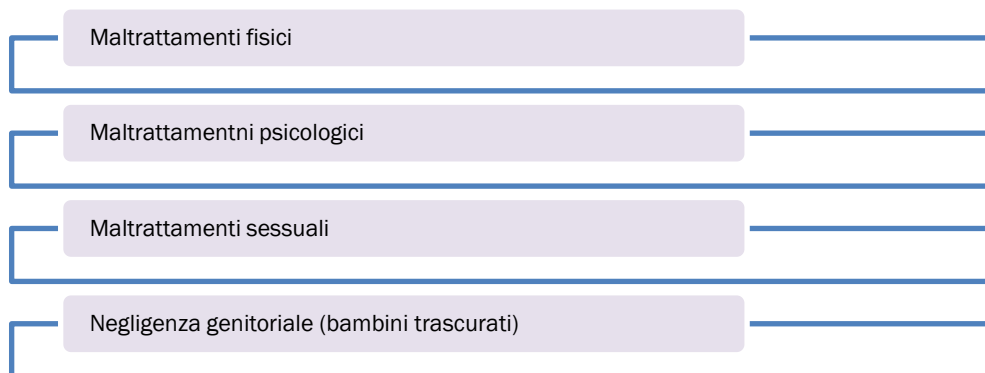


<sup>29</sup> Dal grafico è escluso il mobbing a causa della bassa numerosità della categoria

## 2. I dati dei consultori

A cura di **Paolo Sambo**

La scheda del consultorio ha una voce specifica per l'abuso e il maltrattamento, composta a sua volta di quattro sub-aree:



I dati sono estratti dall'*Archivio regionale delle Prestazioni Consultoriali (SPC)* e resi disponibili dal Settore *Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale* della Regione Toscana.

Si tratta dei flussi degli anni 2009, 2010, 2011 e 2012 (dati parziali estratti il 13 settembre): per ogni annualità presentiamo il totale di prestazioni a livello regionale ed il dettaglio per Azienda USL relativo all'area abuso e maltrattamento.

**Tab. 1 – Motivi della visita al consultorio per aree. Distribuzione regionale, anni 2009-2010 - valori assoluti e percentuali.**

	2009		2010	
	Valori assoluti	Percentuale	Valori assoluti	Percentuale
Maternità	296.371	48,26	376.855	48,80
Prevenzione oncologica	138.722	22,59	168.685	21,84
Altre tematiche ginecologiche	69.494	11,32	96.718	12,52
Contraccezione	39.735	6,47	51.745	6,70
Disagio	17.468	2,84	18.933	2,45
Menopausa	14.748	2,40	16.104	2,09
IVG	14.182	2,31	17.370	2,25
Nessuna/Non applicabile	5.062	0,82	5.383	0,70
Adozione ed affidamento	4.481	0,73	4.506	0,58
Area pediatrica	3.597	0,59	4.288	0,56
Malattie sessualmente trasmesse (MST)	2.961	0,48	2.961	0,38
Sterilità	2.889	0,47	3.968	0,51
Sessualità	2.317	0,38	2.458	0,32
Sviluppo e crescita	946	0,15	1.066	0,14
Disturbi della condotta alimentare	561	0,09	410	0,05
<b>Abuso e maltrattamento</b>	<b>489</b>	<b>0,08</b>	<b>796</b>	<b>0,10</b>
Mutilazioni genitali femminili	26	0,00	12	0,00
Genetica	19	0,00	25	0,00
<b>Totale</b>	<b>614.068</b>	<b>100,00</b>	<b>772.283</b>	<b>100,00</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

**Tab. 2 – Motivi della visita al consultorio per aree. Distribuzione regionale, anni 2011-2012(a) - valori assoluti e percentuali.**

	2011		2012(a)	
	Valori assoluti	Percentuale	Valori assoluti	Percentuale
Maternità	404.318	47,98	176.173	49,21
Prevenzione oncologica	177.764	21,10	79.110	22,10
Altre tematiche ginecologiche	98.726	11,72	35.973	10,05
Contraccezione	55.941	6,64	27.471	7,67
Disagio	18.661	2,21	8.042	2,25
Menopausa	16.408	1,95	8.248	2,30
IVG	17.863	2,12	9.591	2,68
Nessuna/Non applicabile	3.400	0,40	1.644	0,46
Adozione ed affidamento	5.490	0,65	3.536	0,99
Area pediatrica	3.377	0,40	1.751	0,49
Malattie sessualmente trasmesse (MST)	3.385	0,40	1.957	0,55
Sterilità	4.497	0,53	1.634	0,46
Sessualità	1.821	0,22	1.785	0,50
Sviluppo e crescita	1.355	0,16	382	0,11
Disturbi della condotta alimentare	287	0,03	135	0,04
<b>Abuso e maltrattamento</b>	<b>797</b>	<b>0,09</b>	<b>564</b>	<b>0,16</b>
Mutilazioni genitali femminili	7	0,00	6	0,00
Genetica	18	0,00	11	0,00
<b>Totale</b>	<b>842.657</b>	<b>100,00</b>	<b>358.013</b>	<b>100,00</b>

(a) dati parziali estratti il 13 settembre 2012

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

Circa la metà delle visite al consultorio (il 48% nel 2011) avviene per maternità; tra i principali motivi di accesso, seguono nell'ordine prevenzione oncologica (21,1% nel 2011), altre malattie ginecologiche (11,7% nel 2011) e contraccezione (6,6% nel 2011). La macroarea abuso e maltrattamento rappresenta circa un caso ogni mille: le visite registrate per questo motivo sono state infatti 489 nel 2009 (pari allo 0,08% del totale), 796 nel 2010 (lo 0,1%) e 797 nel 2011 (lo 0,09%). Per quanto riguarda l'anno in corso, i dati parziali estratti nel mese di settembre si allineano a quelli degli anni precedenti: le 564 visite registrate portano infatti ad una proiezione a fine anno pari a circa 800 unità.

Gli accessi per l'area mutilazioni genitali femminili<sup>30</sup> sono diminuiti dai 26 del 2009 ai 7 del 2011.

**Tab. 3 - Motivi della visita al consultorio per area "abuso e maltrattamento". Tipi di maltrattamento subiti. Distribuzione per Azienda USL, anno 2009 - valori assoluti e percentuali.**

	Fisici	Psicologici	Sessuali	Negligenza genitoriale (bambini trascurati)	Totale	Percentuale sul totale di casi seguiti
USL 1 - Massa Carrara	0	0	0	0	0	0
USL 2 - Lucca	0	39	0	0	39	0,16%
USL 3 - Pistoia	0	0	2	0	2	0
USL 4 - Prato	0	1	0	0	1	0
USL 5 - Pisa	1	8	2	0	11	0,02%
USL 6 - Livorno	0	1	8	0	9	0,01%
USL 7 - Siena	93	11	45	170	319	0,73%
USL 8 - Arezzo	0	9	0	12	21	0,03%
USL 9 - Grosseto	8	46	6	0	60	0,18%
USL 10 - Firenze	6	4	1	0	11	0,01%
USL 11 - Empoli	0	1	1	0	2	0
USL 12 - Viareggio	0	14	0	0	14	0,07%
<b>Totale regionale</b>	<b>108</b>	<b>134</b>	<b>65</b>	<b>182</b>	<b>489</b>	<b>0,08%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

<sup>30</sup> Le mutilazioni genitali femminili sono pratiche tradizionali che vengono eseguite principalmente in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana, per motivi non terapeutici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che siano già state sottoposte alla pratica 130 milioni di donne nel mondo, e che 3 milioni di bambine siano a rischio ogni anno. Il 6 febbraio si celebra in tutto il mondo la Giornata Mondiale contro l'infibulazione e le mutilazioni genitali femminili.

**Tab. 4 – Motivi della visita al consultorio per area “abuso e maltrattamento”. Tipi di maltrattamento subiti. Distribuzione per Azienda USL, anno 2010 - valori assoluti e percentuali.**

	Fisici	Psicologici	Sessuali	Negligenza genitoriale (bambini trascurati)	Totale	Percentuale sul totale di casi seguiti
USL 1 - Massa Carrara	3	0	0	0	3	0
USL 2 - Lucca	0	28	12	0	40	0,14%
USL 3 - Pistoia	0	0	14	0	14	0,01%
USL 4 - Prato	0	2	1	0	3	0,01%
USL 5 - Pisa	46	42	42	0	130	0,21%
USL 6 - Livorno	31	1	4	8	44	0,06%
USL 7 - Siena	101	123	44	209	477	1,21%
USL 8 - Arezzo	0	4	5	30	39	0,05%
USL 9 - Grosseto	19	11	2	0	32	0,10%
USL 10 - Firenze	6	0	6	0	12	0,01%
USL 11 - Empoli	0	0	0	0	0	0
USL 12 - Viareggio	0	2	0	0	2	0,01%
<b>Totale regionale</b>	<b>206</b>	<b>213</b>	<b>130</b>	<b>247</b>	<b>796</b>	<b>0,10%</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana



**Tab. 5 – Motivi della visita al consultorio per area “abuso e maltrattamento”. Tipi di maltrattamento subiti. Distribuzione per Azienda USL, anno 2011 - valori assoluti e percentuali.**

	Fisici	Psicologici	Sessuali	Negligenza genitoriale (bambini trascurati)	Totale	Percentuale sul totale di casi seguiti
USL 1 - Massa Carrara	16	22	0	19	57	0,06
USL 2 - Lucca	0	18	6	0	24	0,06
USL 3 - Pistoia	0	0	10	0	10	0,01
USL 4 - Prato	0	6	0	0	6	0,02
USL 5 - Pisa	135	23	10	0	168	0,28
USL 6 - Livorno	17	43	42	0	102	0,13
USL 7 - Siena	29	52	89	152	322	0,82
USL 8 - Arezzo	9	18	4	1	32	0,04
USL 9 - Grosseto	2	27	0	0	29	0,09
USL 10 - Firenze	12	2	1	0	15	0,01
USL 11 - Empoli	0	0	0	0	0	0
USL 12 - Viareggio	3	5	0	24	32	0,10
<b>Totale regionale</b>	<b>223</b>	<b>216</b>	<b>162</b>	<b>196</b>	<b>797</b>	<b>0,09</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

Analizzando la distribuzione degli accessi al consultorio registrati dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2011 (2.082 visite complessive classificate nell'area abuso e maltrattamento) per tipo di maltrattamento subito, osserviamo che il 30% dei casi ha riguardato casi di negligenza genitoriale (bambini trascurati), il 27% maltrattamenti psicologici, il 25,8% maltrattamenti fisici ed il 17,1% maltrattamenti sessuali.

Dal dettaglio per USL spicca il dato di Siena. Oltre la metà delle prestazioni consultoriali registrate in Toscana tra il 2009 ed il 2011 per motivi di abuso e maltrattamento si è infatti avuto nell'Azienda USL 7 (il 53,7%, 1.118 accessi). Nell'anno 2011 nell'Azienda Sanitaria di Siena sono stati complessivamente registrati 39.262 accessi al consultorio, pari al 4,7% del totale degli accessi rilevati a livello regionale. Gli accessi per abuso e maltrattamento hanno rappresentato lo 0,82% del totale (vs. lo 0,09% a livello regionale).

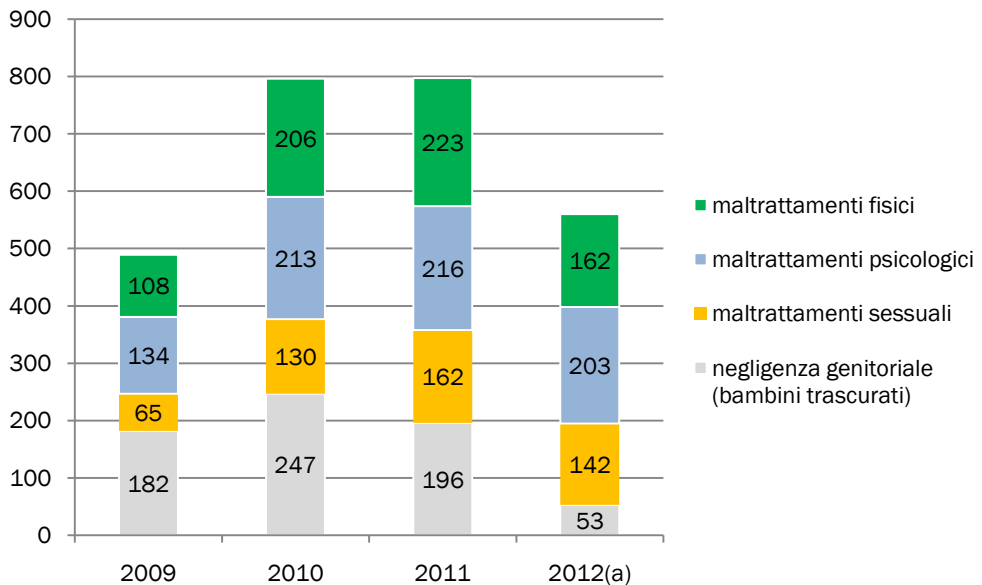
Sempre per quanto riguarda l'Azienda USL di Siena, è da sottolineare il numero di visite per problematiche di negligenza genitoriale: ben 531 casi dal 2009 al 2011, pari al 47,5% del totale delle prestazioni consultoriali per abuso e maltrattamento registrate nell'Azienda Sanitaria senese, e pari all'85% del totale degli accessi per negligenza genitoriale (625) in tutta la Toscana. Come rilevato attraverso la mappatura delle *policies* contro la violenza di genere attuate nei Pronto Soccorso (PS) della Regione, presso il Policlinico Santa Maria alle Scotte (Azienda Ospedaliera Universitaria Senese)

esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro i bambini, con la previsione di spazi dedicati e corsie preferenziali; in tutti i casi avviene inoltre l'immediata segnalazione all'assistente sociale.

Tra le altre Aziende USL, il numero di accessi per abuso e maltrattamento risulta in crescita nel 2011 rispetto all'anno precedente per Pisa (168 casi, di cui ben 135 per maltrattamenti fisici, pari allo 0,28% del totale degli accessi ai consultori), Livorno (da 44 a 102) e Massa Carrara (da 3 a 57).

Per quanto riguarda l'Azienda USL di Grosseto, oggetto di specifico approfondimento in questa pubblicazione, il numero di accessi al consultorio risulta contenuto (29 casi). Ciò non sorprende: la sperimentazione del percorso Codice Rosa, che ha visto l'Azienda USL 9 capofila a livello regionale, ha accresciuto la visibilità e la riconoscibilità del PS come punto di accesso sul territorio.

**Graf. 1 - Motivi della visita al consultorio per subarea "abuso e maltrattamento". Tipi di maltrattamento subiti. Distribuzione regionale, anni 2009, 2010, 2011 e 2012 (a) - valori assoluti.**

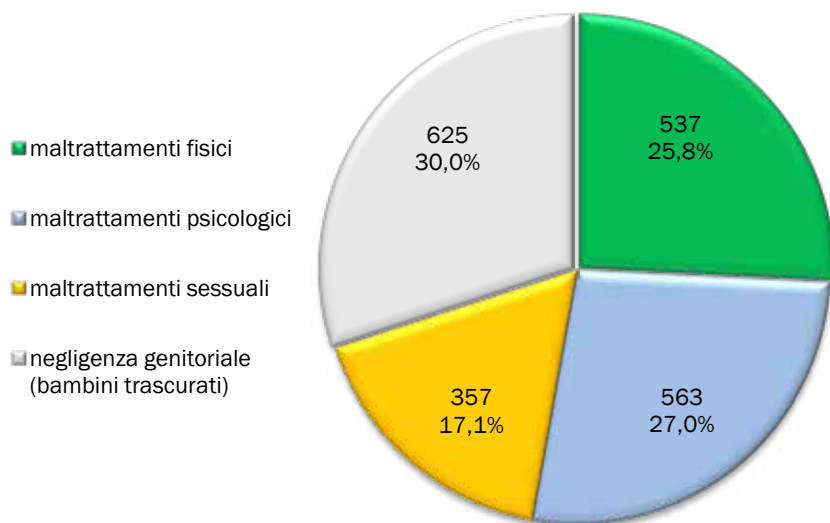


(a) dati parziali estratti il 13 settembre 2012

(b) Per 4 visite registrate nel 2012 dall'Usl 9 di Grosseto non è disponibile il tipo di maltrattamento

Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

**Graf. 2 - Motivi della visita al consultorio per subarea "abuso e maltrattamento". Tipi di maltrattamento subiti. Distribuzione regionale, dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2011 - valori assoluti e percentuali.**



*Fonte: nostra elaborazione su dati archivio regionale delle Prestazioni consultoriali (SPC) resi disponibili dal Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*

### 3. La sperimentazione del Codice Rosa: i dati del primo semestre

In questo paragrafo sono riportati i dati riguardanti i casi di violenza riferita, riconducibili al Codice Rosa, seguiti dai cinque Pronto Soccorso regionali di Arezzo, Lucca, Grosseto, Prato e Viareggio. Le informazioni sono fornite dal *Progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale, DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale* – Regione Toscana<sup>31</sup>

#### 3.1. Il progetto regionale Codice Rosa: una realtà

*di Paola Magneschi*<sup>32</sup>

Il colore rosa, non più identificativo solo del genere femminile, viene utilizzato in talune strutture di Pronto Soccorso come codice per riconoscere i casi che necessitano di una attenzione ed un “ascolto” particolare, per cercare dietro a certi sguardi sfuggenti o a giustificazioni poco credibili, il dramma che vi si nasconde e cela una richiesta inespressa che se accolta può “schiudersi” in una domanda di aiuto.

Il Pronto Soccorso quindi come punto di arrivo e cura, ma anche per l'attivazione, nel caso in cui la situazione lo richieda, della collaborazione delle strutture territoriali per l'accoglienza in luoghi protetti delle vittime e dei loro familiari e, in caso di denuncia, per il coinvolgimento della Procura e delle Forze dell'Ordine per il repertamento delle prove e l'avvio delle procedure per assicurare celermente alla giustizia gli autori del reato.

Per rispondere in modo adeguato alle situazioni di emergenza che oltre agli aspetti di cura richiedono anche attenzione alla tutela ed alla sicurezza delle persone, è indispensabile poter contare su un lavoro di squadra. Il personale del Pronto Soccorso e delle Forze dell'Ordine, deve poter agire secondo modalità di intervento e procedure condivise per accogliere le vittime nel rispetto dei tempi dei loro silenzi, per ricreare quella condizione di “fiducia”

---

<sup>31</sup> Le categorie usate e la registrazione dei dati sono a cura del Progetto Codice Rosa. Le elaborazioni qui presentate e la grafica sono a cura di, e sotto la responsabilità, delle curatrici di questo rapporto. Si ricorda che il Codice Rosa non riguarda solo le donne, ma tutte le “fasce deboli” della popolazione. Se per un approfondimento su questo punto e sulle implicazioni dello stesso rimandiamo alla // Parte di questo lavoro, è qui necessario sottolineare che possono far parte di tale categoria anche anziani, omosessuali e immigrati che subiscono violenza sessuale o domestica. Per le modalità di raccolta dati non è stato possibile fornire elaborazioni per genere e per tipo di fascia debole. Prima di illustrare i dati è opportuno ricordare che nei Pronto Soccorso di Arezzo, Lucca, Prato e Viareggio, a differenza di Grosseto, si tratta del primo semestre di attività. L'inizio di una sperimentazione rappresenta sempre un periodo molto delicato: è una fase di rodaggio e di messa a punto di un nuovo sistema, che riflette le differenze di partenza tra territori e strutture.

<sup>32</sup> Funzionario regionale titolare della posizione organizzativa cambiamento organizzativo e miglioramento della qualità delle performance sanitarie in ambito ospedaliero, dal 2011 referente metodologico del progetto regionale “Codice Rosa”.

che è stata distrutta dall'atto violento ma che è indispensabile per ricostruire i rapporti interpersonali.

Tutto questo è possibile perché le “squadre” che lavorano nel Pronto Soccorso, oltre ad avere la possibilità di accogliere le vittime in locali che consentono la tutela della privacy, hanno condiviso momenti di formazione specifica, definito procedure operative, concordato modalità per il riconoscimento dei casi.

Il progetto regionale Codice Rosa, nato dall'esperienza realizzata nell'Azienda USL 9 di Grosseto già a partire dal 2010, dal 1° gennaio 2012, con l'avvio della sperimentazione nelle Aziende USL di Arezzo, Lucca, Prato e Viareggio, è diventato progetto regionale ed ha permesso lo sviluppo di esperienze straordinarie di riconoscimento, cura ed accoglienza delle vittime. Il dato dell'attività del primo semestre 2012 indica 682 casi trattati solo nelle cinque aziende oggetto della sperimentazione. Il nostro impegno per il 2013 sarà di proseguire nello sviluppo del progetto rendendolo operativo in altre cinque Aziende sanitarie per arrivare a completare, nel 2014, la diffusione in tutte le Aziende Sanitarie della regione allo scopo di garantire accoglienza, cura e assistenza alla popolazione su tutto il territorio regionale.

### 3.2. Gli accessi dal 1 gennaio al 30 giugno 2012

Dal 1 gennaio 2012 i cinque i Pronto Soccorso toscani in cui è attivo il Codice Rosa hanno registrato complessivamente 682 casi, di cui 80 relativi a bambini (tab. 1).

I dati vengono registrati secondo la variabile “tipo di violenza subita” che comprende tre categorie:

- maltrattamenti;
- abusi (in cui è compresa la violenza sessuale);
- stalking<sup>33</sup>.

**Tab. 1 Totale codici rosa nelle Aziende Sanitarie (AS) che hanno avviato la sperimentazione per tipo di violenza subita e tipo di paziente. Dati assoluti al 30 giugno 2012,**

	Adulti	Casi Pediatrici	Totale
Maltrattamenti	572	59	631
Abusi	21	21	42
Stalking	9		9
<b>Totale</b>	<b>602</b>	<b>80</b>	<b>682</b>

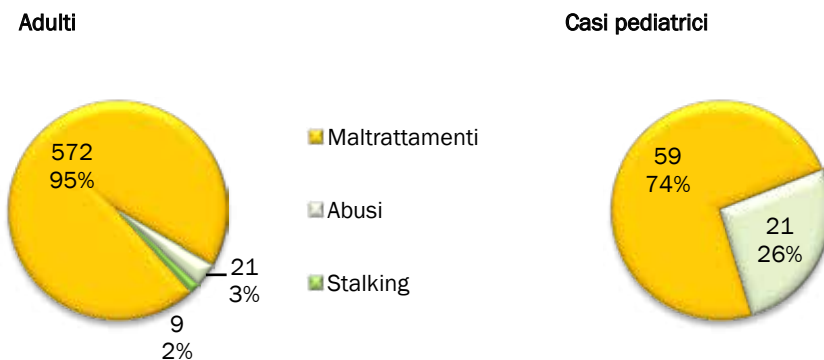
*Elaborazione su dati forniti dal progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale*

*DGDiritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*

<sup>33</sup> In questo caso si tratta di violenza a seguito di *stalking*.

La maggior parte di questi casi riguarda maltrattamenti, di cui sono vittime il 95% degli adulti e il 73,8% dei casi pediatrici. Più di un quarto dei codici rosa per pazienti bambini riguarda abusi di vario tipo, come emerge dal grafico 1 che mette a confronto la distribuzione percentuale del tipo di violenza subita per tipo di paziente.

**Graf. 1 Percentuale di codici rosa nelle AS che hanno avviato la sperimentazione per tipo di violenza subita e per tipo di paziente. Dati assoluti e percentuali al 30 giugno 2012.**

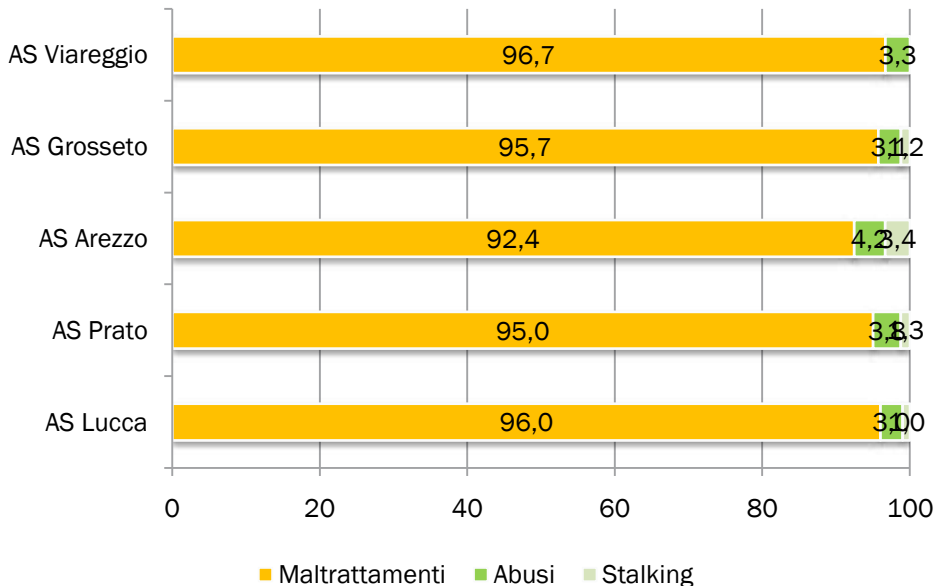


*Elaborazione su dati forniti dal progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale  
DGDiritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*

Per quanto riguarda gli adulti è possibile presentare la ripartizione percentuale del tipo di violenza subita<sup>34</sup> per Pronto Soccorso (cfr. grafico 2). Non vi sono sostanziali differenze: nei cinque Pronto Soccorso della Regione la percentuale di maltrattamenti tra i pazienti adulti è superiore al 90%, variando dal 92,4% di Arezzo al 96,7% di Viareggio.

<sup>34</sup> Non mostriamo la stessa distribuzione sui casi pediatrici in quanto, come mostra la tabella 1, i numeri sono troppo bassi e non serve tabularne le percentuali.

**Graf. 2 Percentuale di pazienti adulti per tipo di violenza subita e per AS di riferimento. Valori percentuali al 30 giugno 2012.**



*Elaborazione su dati forniti dal progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale*

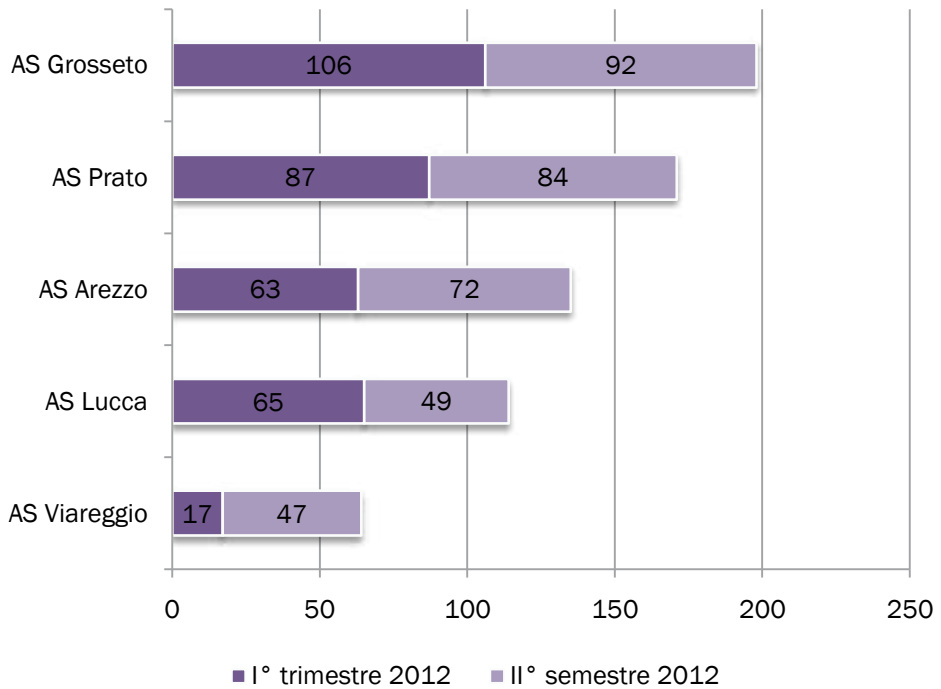
*DGDiritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*

Il grafico 3 illustra le informazioni relative ai numeri assoluti di codice rosa, senza distinzione per tipo di paziente, per trimestre.

La situazione, in termini di numero di utenti, è abbastanza variabile: dai 198 casi di Grosseto (se si sommano i due trimestri) ai 64 di Viareggio, che, come mostra il grafico, ha avuto un notevole incremento nel secondo trimestre.

Il Pronto Soccorso di Grosseto, in cui il progetto del resto è partito da più tempo, registra più accessi, mentre i dati delle altre strutture appaiono in stretta relazione con diversi fattori: il bacino di utenza che i Pronto Soccorso riescono a coprire, la situazione pre-esistente, l'eventuale esistenza di pratiche pregresse, il legame con la rete provinciale contro la violenza di genere. Sarà interessante, a questo proposito, continuare l'analisi di questi dati confrontandoli con quelli dei Centri antiviolenza: ad oggi infatti sembrerebbe esserci una relazione positiva tra numero dei casi giunti al Pronto Soccorso e numero di casi registrati dei Centri antiviolenza delle zone di intervento dell'Azienda Sanitaria.

**Graf. 3 Totale codici rosa nelle AS che hanno avviato la sperimentazione per trimestre e tipo di AS. Valori assoluti al 30 giugno 2012.**



*Elaborazione su dati forniti dal progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale*

*DGDiritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*



**Tab 2 Totale codici rosa nelle AS che hanno avviato la sperimentazione per trimestre, per tipo di AS e per tipo di violenza subita. Valori assoluti al 30 giugno 2012.**

	Adulti					Casi pediatrici					Totale casi
	Maltrattamenti	Abusi	Stalking	Totale adulti		Maltrattamenti	Abusi	Totale casi pediatrici			
AS Lucca	51	2	1	54		5	6	11		65	
	45	1	0	46		3	0	3		49	
<b>Totale casi I° semestre</b>	<b>96</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>100</b>		<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>		<b>114</b>	
AS Prato	75	2	2	79		6	2	8		87	
	77	4	0	81		2	1	3		84	
<b>Totale casi I° semestre</b>	<b>152</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>160</b>		<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>		<b>171</b>	
AS Arezzo	53	4	0	57		5	1	6		63	
	57	1	4	62		7	3	10		72	
<b>Totale casi I° semestre</b>	<b>110</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>119</b>		<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>		<b>135</b>	
AS Grosseto	80	4	2	86		17	3	20		106	
	76	1	0	77		14	1	15		92	
<b>Totale casi I° semestre</b>	<b>156</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>163</b>		<b>31</b>	<b>4</b>	<b>35</b>		<b>198</b>	
ASL Viareggio	17	0	0	17		0	0	0		17	
	41	2	0	43		0	4	4		47	
<b>Totale casi I° semestre</b>	<b>58</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>60</b>		<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		<b>64</b>	

Elaborazione su dati forniti dal progetto regionale Codice Rosa - Settore Diritti e Servizi socio-sanitari della persona in ospedale  
DGDiretti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

**Parte II**  
**Approfondimenti**  
**Tra sanitario e sociale: esempi di azioni integrate contro la**  
**violenza di genere**



La parte degli approfondimenti, come anticipato nella *Premessa*, si divide in tre capitoli. In linea con i compiti assegnati all'Osservatorio Sociale Regionale dalla Legge 59, è stato deciso di ampliare l'ambito dell'indagine. Allargare lo sguardo significa anche porsi in ottiche differenti, tenendo però fermo l'asse fondamentale del lavoro: il contrasto alla violenza di genere, che passa dal supporto alle vittime svolto dai Centri antiviolenza, dalle iniziative di sensibilizzazione, dalla cura fisica, dai procedimenti giudiziari a carico degli aggressori, come dal recupero dei maltrattanti.

Questo ultimo punto, oggetto del primo approfondimento, è certamente un elemento controverso. Difficile parlare di violenza, adottare il punto di vista della vittima, dedicarsi all'idea di sconfiggere le condizioni che portano la donna ad essere vittima, e allo stesso tempo pensare di recuperare gli aggressori, di destinare risorse a questo scopo.

E' interessante a questo proposito che proprio durante il *Corso di formazione regionale "Addestramento per l'attuazione del Codice Rosa"*<sup>35</sup>, sia stato sollevato questo punto. La domanda di un'operatrice ha dato la misura dell'importanza e del lavoro di indagine qui proposto:

*Ma come pensiamo di tutelare le donne se poi questi, magari in prigione, magari no, non la smettono? Se diciamo che la violenza è frutto di una società maschilista, come possiamo debellarla senza far smettere gli uomini? Servirebbe qualcosa anche per loro.*

Ecco, quel qualcosa in Toscana c'è già: il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti, progetto sperimentale, promosso dall'associazione Artemisia in partenariato con l'ASL 10. E' a questa realtà che è dedicato il primo approfondimento, che unisce interviste e analisi dei dati, forniti dallo stesso Centro.

Il secondo approfondimento riguarda invece il progetto Codice Rosa. L'indagine non ha coinvolto le Aziende nelle quali il progetto è partito in via sperimentale dal 1 gennaio 2012 (i cui dati sono stati illustrati nella Parte I, Capitolo 3), ma è stato circoscritto allo studio della situazione grossetana, nella convinzione che per capire ed eventualmente allargare un progetto sia necessario analizzarne e studiarne premesse e funzionamento. Per questa parte è stato adottato un piano di lavoro *grounded*, rivisto e riprogettato a ogni step: uno studio di caso del progetto Codice Rosa adottato dal Pronto Soccorso di Grosseto, svolto attraverso interviste in profondità ad alcuni componenti della Task Force e ad altri soggetti del territorio che si occupano di violenza di genere. Alla tecnica dell'intervista in profondità si sono poi affiancati lo studio dei documenti ufficiali, e la partecipazione al Corso di formazione sopra citato.

---

<sup>35</sup> Si veda più avanti, Capitolo 2

Il terzo capitolo è frutto di una collaborazione efficace tra sociale e sanitario: un incrocio di prospettive grazie al quale l'esigenza di monitoraggio del gruppo di lavoro sulla violenza di genere ha intercettato il bisogno di mappare la situazione dei Pronto Soccorso regionali in cui il Codice Rosa non è ancora attivo, al fine di capire su quale terreno esso andrà a estendersi. Una ricerca che si fa subito azione, dunque, grazie ad un questionario strutturato i cui risultati vengono presentati in questo lavoro e che contestualmente, con un tipo di analisi<sup>36</sup> che va ancora più nel dettaglio sono stati restituiti al Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale* e che saranno utili in fase di progettazione e di adempimento del *Piano Sanitario e Sociale Integrato 2012-2015*.

---

<sup>36</sup> L'analisi riportata in questo volume è ad opera delle curatrici.

L'analisi restituita direttamente al Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale* è stata invece effettuata dall'Osservatorio Sociale Provinciale di Pisa

# 1. Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti

A cura di Luca Caterino

Negli Stati Uniti e nei Paesi dell'Europa settentrionale ormai da diversi decenni sono state avviate esperienze di recupero e rieducazione dell'uomo maltrattante attraverso percorsi di gruppo. Da qualche anno esperienze analoghe sono partite anche in Italia con l'obiettivo di porsi come realtà di supporto fondamentali al lavoro che sui territori viene svolto dalle reti antiviolenza. In Toscana è nata nel 2009 l'esperienza pilota del Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti, uno dei punti di riferimento a livello nazionale rispetto a questo tipo di lavoro condotto con gli uomini.

## 1.1. Come nasce il Centro di Ascolto per Uomini Maltrattanti e quali servizi offre

Il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM)<sup>37</sup> nasce a Firenze nei primi mesi del 2009 grazie ad un progetto sperimentale, finanziato dal CESVOT, promosso dall'associazione Artemisia<sup>38</sup> in partenariato con l'Azienda USL 10. Il progetto rappresentava una tappa di un lungo percorso nato circa dieci anni prima, quando un gruppo di lavoro dell'associazione Artemisia inizia a confrontarsi con il tema degli uomini maltrattanti andando a formarsi presso il centro *Emerge* di Boston<sup>39</sup>, una delle prime realtà che ha iniziato a lavorare sul tema, e confrontandosi con altre esperienze che nel frattempo erano nate anche in Italia, come la *Casa delle donne per non subire violenze di Bologna* e il *Cerchio degli Uomini* di Torino.

Oggi il Centro rappresenta un punto di riferimento a livello nazionale ed europeo: il CAM ha infatti collaborato e supportato centri analoghi presenti – o in fase di costituzione – in altre città italiane, come Bolzano, Modena, Trieste, Genova, Roma, Rovereto, Torino, Ferrara e Bologna. Ha inoltre partecipato al progetto europeo DAPHNE *Il Work with Perpatrators of Domestic Violence in Europe* con l'elaborazione di *Linee Guida per lo sviluppo di standard per i programmi che operano con uomini maltrattanti*.

Fin dall'avvio, l'obiettivo del Centro è di *eliminare la violenza maschile sulle donne attraverso la promozione di programmi di cambiamento, il miglioramento della sicurezza delle vittime della violenza e l'impegno nel promuovere il cambiamento sociale*. La scelta iniziale da parte del Centro di ascolto fiorentino è stata quella di operare con contatti spontanei da parte degli uomini maltrattanti, con cui avrebbero avuto un rapporto, a prescindere, quindi, da inviti coatti effettuati da autorità giudiziarie;

---

<sup>37</sup> Si ringrazia per i materiali messi a disposizione e per la disponibilità offerta dalla Presidente, Dott.ssa Alessandra Pauncz.

<sup>38</sup> [www.artemisiacentroantiviolenza.it](http://www.artemisiacentroantiviolenza.it)

<sup>39</sup> Nato nel 1977, Emerge è stato il primo programma rieducativo nato negli Stati Uniti rivolto a uomini violenti. Cfr. [www.emergedv.com](http://www.emergedv.com)

nel corso del tempo si sono presentati anche alcuni casi caratterizzati da modalità di invio coatto.

### *Il Percorso all'interno del CAM*

Il primo canale di contatto con le attività del Centro è indubbiamente il web: [www.centrouominimaltrattanti.org](http://www.centrouominimaltrattanti.org) è un vero e proprio sito di servizio in cui vengono messe a disposizione dell'utente (l'uomo maltrattante, ma anche la vittima di violenza, familiari, conoscenti, operatori dei servizi) informazioni e materiale scaricabile in grado di fornire un primo quadro conoscitivo sulle attività del Centro e sul tipo di approccio utilizzato rispetto agli uomini che agiscono violenza. Internet – e gli strumenti ad esso collegati: sito e e-mail – rappresenta senza dubbio il canale privilegiato attraverso cui avvengono i primi contatti tra l'uomo maltrattante e gli operatori del Centro, in quanto rappresenta quello strumento impersonale con il quale è più facile relazionarsi in una fase iniziale prendendo cognizione del proprio stato di uomo violento.

Il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti di Firenze fornisce inoltre un servizio di consulenza telefonica di prima accoglienza rivolto a:

- uomini che potrebbero aver avuto comportamenti violenti o di controllo verso la partner o altri familiari;
- donne che desiderano avere informazioni sulla violenza domestica per i loro partner o per se stesse;
- amici, parenti o colleghi di persone che stanno agendo violenza domestica;
- operatori che desiderano sostenere un/a utente.

Il servizio di consulenza telefonica fornisce anzitutto una risposta immediata agli uomini che chiamano e ciò può rappresentare spesso un primo passo importante per costruire la motivazione per partecipare a uno dei gruppi per uomini maltrattanti, principale forma d'aiuto per uomini che agiscono violenza.

Nel caso dell'uomo violento, il contatto telefonico rappresenta spesso la prima modalità di confronto diretto con altri rispetto alla propria situazione: attraverso questa prassi viene solitamente fissato immediatamente un colloquio di prima accoglienza presso il Centro, con la presenza di due operatori specificamente formati. Dopo questo primo incontro inizia un percorso – con cinque incontri, uno a settimana – di valutazione della motivazione della persona ad intraprendere un percorso di cambiamento; all'uomo vengono richieste l'interruzione immediata della violenza e l'autorizzazione a contattare la partner e i servizi, nel caso di invio non coatto da parte di altri soggetti.

Una volta terminata la valutazione, se gli operatori trovano un accordo di lavoro con l'uomo, questi viene inserito nel percorso di gruppo, che ha durata annuale e cadenza settimanale, con incontri della durata di circa due ore, condotti da una psicologa e da uno psicoterapeuta. In questa fase del percorso vengono affrontati nel dettaglio tutti gli aspetti legati ai comportamenti violenti: la capacità di sviluppare capacità empatiche, la socializzazione maschile nella società contemporanea, i modelli della famiglia di origine, i temi della genitorialità, quindi il rapporto con i figli e gli effetti della violenza

sulla compagna e ovviamente, questo fin da subito, l'interruzione dei comportamenti violenti.

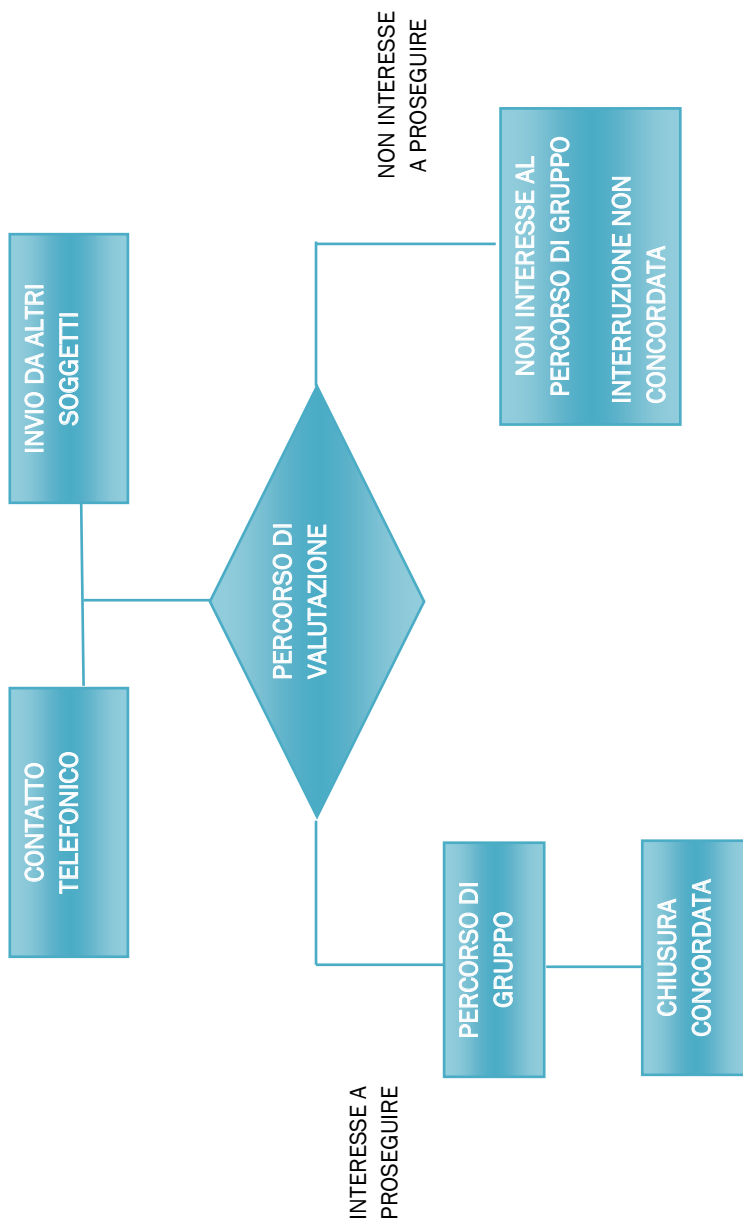
Nell'esperienza dei casi trattati, nel giro di due, tre mesi si ottiene l'interruzione della violenza fisica, quindi le fasi successive costituiscono un consolidamento di questo fondamentale risultato e un approfondimento del trattamento di altre forme di maltrattamento e controllo, magari meno visibili, come la violenza psicologica. L'obiettivo principale del percorso è l'**interruzione della violenza** e non quello di tenere insieme la coppia, anche se la maggior parte degli uomini che si rivolge al Centro ha interesse a recuperare il rapporto con la partner.

Nel corso degli incontri gli uomini raccontano al gruppo se durante la settimana ci sia stato qualche episodio in cui sono stati aggressivi e violenti: questo diventa un modo per far sì che gli uomini debbano settimanalmente rendere conto agli altri uomini del gruppo, agli operatori del Centro e a se stessi dei propri comportamenti. Con il passare degli incontri i partecipanti tendono a cambiare la motivazione della loro scelta di partecipare al gruppo, appropriandosi in maniera positiva di una scelta che invece aveva un'origine, per così dire, esterna a sé, magari perché spinti dalla propria compagna, dai servizi o da altre persone.

Durante il percorso annuale gli operatori stabiliscono tre contatti con la famiglia: uno all'inizio, uno a metà e uno alla fine del percorso. In qualsiasi momento le donne possono contattare il Centro per riferire episodi o impressioni, alle partner possono essere date informazioni che riguardano i contenuti tecnici del corso, ma non notizie che riguardano cosa l'uomo dice o fa nel gruppo.



Fig. 1 Percorsi tipo per l'utenza del Centro di Ascolto



## 1.2. I rapporti con altri soggetti

Al di là dei rapporti di collaborazione che il CAM intrattiene con altre strutture simili in Italia ed in Europa, fin dalla propria nascita il Centro ha cercato di rendere più efficace la propria azione attraverso forme di collaborazione con enti istituzionali e/o associativi che operano nell'ambito della violenza di genere:

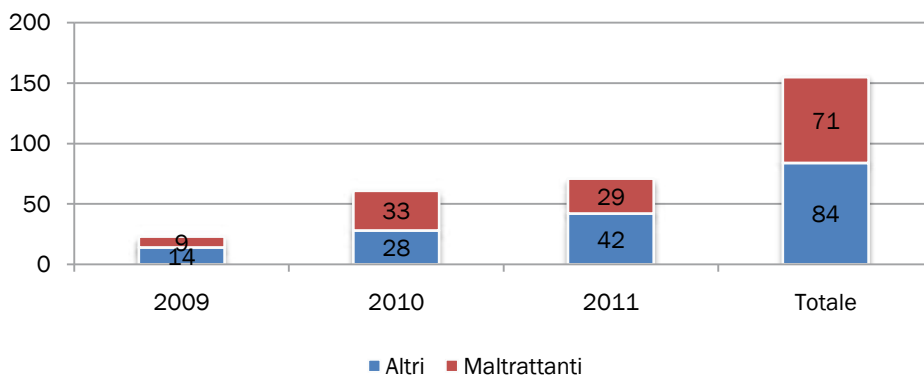
- *I servizi sociali invianti*; seppure non esista ancora un vero protocollo che disciplini il rapporto del Centro con i Servizi e gli assistenti sociali, la collaborazione bilaterale in questo ambito è una delle più attive, anche se viene segnalato il problema del turnover degli assistenti sociali, che comporta sovente dei "buchi" cognitivi dei nuovi operatori dei servizi rispetto all'attività del Centro. Il rapporto con i servizi invianti rappresenta una scelta inderogabile per il CAM, il quale abbisogna di a) informazioni di contorno che gli uomini spesso non danno direttamente e b) accertarsi della sicurezza delle vittime.
- *I Centri antiviolenza*; il CAM nasce da un Centro antiviolenza (Artemisia) come esigenza avvertita di una collaborazione necessaria tra questi due soggetti nei casi in cui deve essere ricordato l'intervento sulla vittima e sull'uomo che agisce violenza; nei fatti, tuttavia, tale collaborazione può scontrarsi con casi in cui non si ravvisa una disponibilità da parte dell'uomo a parlare dei propri comportamenti o, ancora peggio, situazioni la cui gravità richiede un intervento immediato da parte dell'autorità giudiziaria.
- *Medici di Medicina Generale*; il Centro organizza degli incontri regolari con i medici di medicina generale, i quali rappresentano sovente quelle figure che intercettano la domanda rispetto a casi di violenza domestica, ma che non sempre dispongono dell'adeguata preparazione per cogliere davvero tale richiesta e decidere che tipo di invio fare. La maggior parte degli uomini che hanno contattato il CAM, contrariamente a ciò che si potrebbe pensare, chiedono aiuto allo psicologo o al medico di medicina generale; si tratta però di richieste di aiuto non esplicite: è una domanda che ha bisogno di particolari tipi di approcci per essere colta. Il lavoro del CAM, in tal senso, sta portando alla realizzazione di un pieghevole sulla sensibilizzazione dei medici di medicina generale e sulla rilevazione dei casi di violenza e sull'invio sia di uomini che agiscono violenza sia di donne che subiscono i maltrattamenti.
- *Magistratura, Ufficio esecuzione penale esterno, Tribunale dei minorenni*; la collaborazione con questi soggetti ha bisogno di fare ulteriori passi avanti nel senso di un riconoscimento dell'utilità di affiancare i programmi del CAM ai provvedimenti giudiziari. L'attività di sensibilizzazione verso questi soggetti ha già portato a dei risultati, come alcuni casi di invio da parte delle autorità giudiziarie, ma da questo punto di vista gli spazi di lavoro comune da portare avanti sono ancora molto ampi.

### 1.3. I numeri del CAM

In circa tre anni di attività il Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti è venuto a contatto con numerose storie di maltrattamenti raccontate da chi la violenza l'aveva agita o l'aveva subita, ma anche da altri soggetti che a vario titolo erano a conoscenza di tali vicende. Negli anni 2010 e 2011<sup>40</sup> – gli unici di cui disponiamo di dati annuali completi – i contatti telefonici con il Centro sono stati circa 61 nel 2010 e 71 nel 2011, di cui poco meno della metà effettuati da uomini maltrattanti. Dal 1 gennaio al 22 marzo 2012 i casi sono stati 19.

Alcuni di questi contatti non sono però finalizzati a richiedere l'inserimento all'interno di un percorso di gruppo, altri provengono da altre regioni o territori distanti dall'area fiorentina: in quest'ultimo caso il CAM si attiva per cercare di indicare un servizio di riferimento sul territorio dal quale proviene la richiesta.

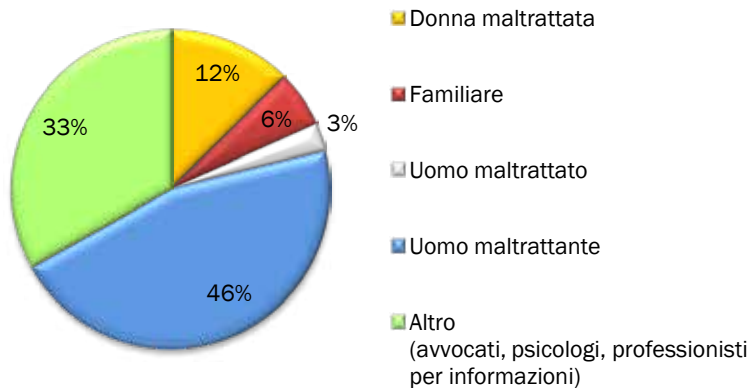
**Graf. 1 Contatti telefonici maltrattanti<sup>41</sup> e altri soggetti (partner, familiare, altro). Anni 2009-2011**



<sup>40</sup> I dati e le categorie utilizzate sono state fornite dal Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti.

<sup>41</sup> Nelle tabelle e grafici successivi vengono considerati i dati aggiornati al 22 marzo 2012: a ciò sono da ricondurre i diversi valori totali sul dato relativo agli uomini maltrattanti.

**Graf. 2 Chi effettua il contatto telefonico. Valori percentuali. Anni 2009-2012**



La maggior parte dei contatti proviene dalla provincia di Firenze, mentre più limitate risultano le chiamate da altre province toscane; più numerosi invece il novero di coloro che contattano il Centro da fuori Toscana, spesso per una consulenza telefonica o per richiedere la presenza di un servizio analogo nella propria provincia di residenza. I dati sulla cittadinanza degli uomini maltrattanti che si rivolgono al CAM ribadiscono come la violenza di genere non abbia una matrice "etnica": quasi l'80% dei contatti è stato effettuato da uomini italiani.

**Tab. 1 Cittadinanza degli uomini che hanno contattato il CAM**

Cittadinanza	
Italia	63
Marocco	4
Perù	3
Romania	2
Altri	8
<b>Totale</b>	<b>80</b>

**Tab. 2 Provincia di residenza degli uomini che hanno contattato il CAM**

Provincia residenza	
Firenze	42
Altre province toscane	5
Altre province Italiane	33
<b>Totale</b>	<b>80</b>

Guardando alle caratteristiche degli uomini che hanno contattato il CAM, si osserva innanzitutto come non emergano dei veri e propri profili-tipo, ma come piuttosto si

presenti un'assoluta trasversalità rispetto all'età e al tipo di posizione sociale ricoperta, dato in linea con quanto rilevato nell'analisi delle caratteristiche delle donne vittime di violenza (Parte I, Capitolo 1).

Con riferimento all'età, nessuna fascia risulta "scoperta" da casi di uomini maltrattanti, con una maggiore incidenza nella classe 41-50 anni; casi sono altresì presenti nelle fasce d'età estreme, quella giovane (sotto i 30 anni) e quella anziana (sopra i 60 anni). Il dato sulla professione è forse quello che meglio di altri è in grado di restituire la caratteristica di trasversalità del fenomeno violenza di genere rispetto alle caratteristiche sociali di coloro che agiscono maltrattamenti nei confronti delle donne: seppure i dati possano risultare ancora quantitativamente limitati per effettuare una lettura più approfondita, è dato oggettivo il fatto che nessuna categoria professionale sia esente dal fenomeno, si tratti di studenti, dipendenti, Forze dell'Ordine, operai, liberi professionisti, pensionati (cfr. tab. 4).

**Tab. 3 Età degli uomini che hanno contattato il CAM**

	Valori assoluti
< 18 anni	1
18-30 anni	7
31-40 anni	13
41-50 anni	22
51-60 anni	13
61-70 anni	2
Non rilevato	22
<b>Totale</b>	<b>80</b>

**Tab. 4 Professione degli uomini che hanno contattato il CAM**

	Valori assoluti
Dipendente	12
Dipendente pubblico	4
Disoccupato	8
Forze dell'Ordine	3
Libero professionista	11
Operaio	9
Pensionato	3
Studente	2
Non Rilevato	28
<b>Totale</b>	<b>80</b>

Una caratteristica comune che invece ritorna nella maggior parte dei casi gestiti dal CAM è il rapporto, ancora in essere, che lega l'uomo alla sua vittima; conviventi, fidanzati, ma soprattutto sposati e con figli: è quest'ultimo il profilo di coppia più ricorrente. Molti degli uomini che si rivolgono al Centro lo fanno per recuperare un rapporto familiare che si sta lacerando, anche se, come detto, l'obiettivo prioritario del CAM è quello di fermare la violenza e non quello di recuperare la coppia.

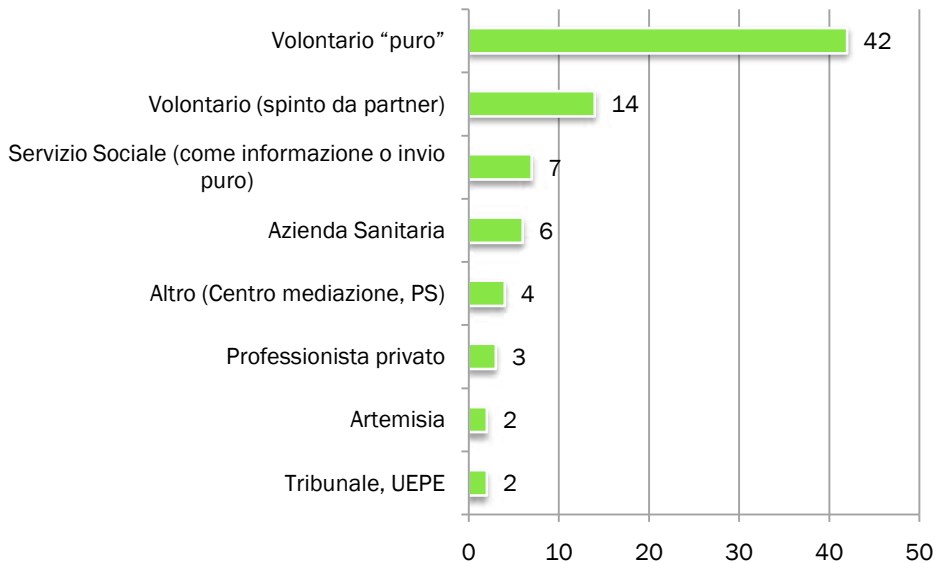
**Tab. 5 Tipo di relazione con la vittima tra gli uomini che hanno contattato il CAM**

	Valori assoluti
Convivente	16
Ex fidanzato	2
Ex marito	2
Fidanzato	13
Separato	3
Single	1
Sposato	36
Non Rilevato	7
<b>Totale</b>	<b>80</b>

Guardando invece i dati sui vari tipi di invio al Centro di Ascolto, emerge la predominanza dell'invio "volontario puro" ovvero dell'iniziativa spontanea assunta dall'uomo maltrattante; molti casi riguardano inoltre l'invio su invito del partner. In queste due tipologie ritorna la motivazione principale rivolta al recupero del rapporto familiare, in particolare laddove – ed è la maggior parte dei casi – sono presenti figli minorenni.

In tutti gli altri casi l'invio avviene attraverso la mediazione di altri soggetti, come i servizi sociali, l'Azienda Sanitaria, il Tribunale. In questi casi l'invio può assumere caratteristiche di coattività – nel caso del tribunale – o essere inserito all'interno di percorsi con presenza di problematiche diverse (servizi).

**Graf. 3 Tipo di invio al CAM. Valori assoluti**



Dei 175 contatti telefonici avuti dal Centro dal momento dell'attivazione del servizio al marzo 2012, circa 80 sono stati i casi che hanno poi avuto seguito, sia esso positivo o negativo. Circa 50 i casi presi in carico dal CAM; di questi, 11 stanno seguendo il percorso di gruppo e tre sono in fase di valutazione. Le chiusure concordate riguardano uomini che hanno deciso di intraprendere una terapia familiare interrompendo il percorso di gruppo, oppure coloro che hanno deciso di interrompere - anche se non è detto che il CAM abbia ritenuto concluso il percorso - e che hanno raggiunto un accordo di chiusura con gli operatori.

I casi con esito negativo riguardano invece coloro che, dopo il contatto telefonico, si sono dichiarati non interessati a proseguire il percorso o coloro che hanno abbandonato il percorso nella fase di prima valutazione.

**Tab. 6 Esiti dopo contatto telefonico. Anni 2009/2012 (al 22 marzo)**

<b>Presenza in carico</b>	<b>Esito</b>	<b>Numero</b>
SI	Presenza in carico: attualmente in gruppo	11
	Invio a servizio territoriale o privato per problemi di distanza o altre problematiche correlate (uso di sostanze, psichiatria)	29
	Presenza in carico: fase di valutazione	3
	Chiusura concordata	8
NO	Interruzione non concordata dopo serie di colloqui individuali	13
	Si dichiara non interessato a seguire percorso	15
	Inviata lettera	1

#### **1.4. Un'esperienza positiva, con alcuni aspetti da potenziare**

L'esperienza del Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti ha una storia ancora relativamente recente che, in quanto tale, offre molti margini di potenziamento delle attività gestite rispetto alle esigenze rilevate sul territorio nel corso di questi primi anni di attività.

Uno degli aspetti sui quali il Centro pone l'attenzione riguarda l'accrescimento della riconoscibilità delle proprie attività sul territorio, in particolare da parte di quei soggetti che rappresentano attori fondamentali nella rilevazione e gestione dei casi di violenza di genere: i servizi territoriali, i Centri antiviolenza, le Forze dell'Ordine, i magistrati e gli avvocati. Dal punto di vista giudiziario, il CAM ha intrapreso ormai da tempo un'opera di sensibilizzazione nei confronti della Procura con l'obiettivo di far passare l'idea che, nel caso della violenza di genere, gli incontri di gruppo con gli uomini maltrattanti dovrebbero rappresentare un elemento di necessaria integrazione rispetto ai procedimenti giudiziari, i quali spesso mancano proprio dell'elemento legato alla rieducazione degli uomini che agiscono violenza.

L'attivazione di campagne di sensibilizzazione sulla violenza alle donne, che abbiano come target gli uomini, è un altro elemento su cui il Centro lavora e intende approfondire la propria azione in futuro: in tal senso, l'obiettivo è quello di trovare delle modalità di comunicazione che mettano in discussione gli stereotipi della mascolinità o certi aspetti che poi sono più indirettamente legati alla violenza, e di far questo sulle riviste tipicamente maschili: di sport, finanza, informatica.

La questione delle risorse a disposizione rappresenta al momento uno dei problemi principali del CAM, che, nato come progetto sperimentale nel 2009, ha in questa fase invece bisogno di consolidarsi, anche dal punto di vista dei finanziamenti, per mantenere ed accrescere quantità e qualità dei servizi.





## 2. Il Codice Rosa

*A me è sembrato un progetto straordinario nella sua semplicità.*

*Con questo progetto siamo riusciti a far interagire soggetti che hanno compiti e finalità differenti rispetto alla problematica.*

Bischeri, Ispettore Superiore Squadra Mobile Grosseto

Il *Piano Sanitario e Sociale Integrato della Regione Toscana*, come già ricordato, include il Codice Rosa tra i progetti regionali, prevedendo la sua diffusione dal 1° gennaio del 2013 nelle strutture di Pronto Soccorso di tutte le Aziende Usl, per assicurare accoglienza, cura e assistenza alla popolazione su tutto il territorio regionale.

L'obiettivo è quello di «procedere alla costituzione presso le Aziende Sanitarie, di gruppi operativi interforze (Azienda USL, Procura della Repubblica, Forze dell'Ordine) per la cura, il riconoscimento e all'emersione dei casi di lesioni derivanti da maltrattamenti o da violenze commesse da terzi nei confronti delle fasce deboli di popolazione».<sup>42</sup>

Prima tappa di questo importante percorso è stata la sperimentazione avviata dal 1° gennaio 2012 nei Pronto Soccorso di altre quattro aziende USL (Prato, Lucca, Viareggio, Arezzo) grazie all'accordo tra Regione Toscana e Procura generale della Repubblica di Firenze per la realizzazione di interventi a tutela delle fasce deboli di popolazione sottoposta a violenza<sup>43</sup>.

Mentre nella nostra regione sono partite ufficialmente le sperimentazioni (Parte I, Capitolo 3), il progetto ha valicato i confini toscani, attraversando l'Italia da Treviso a Bari e ottenendo la menzione speciale al *Forum della Pubblica Amministrazione 2012*.

Studiare tale progetto da vicino per poter delineare quelle caratteristiche intrinseche che potranno facilitare lo sviluppo del percorso da buona pratica locale a «progetto regionale, ad estensione progressiva»<sup>44</sup>. è stato l'obiettivo che ha guidato questo «studio di caso», per il quale sono state utilizzate le tecniche di ricerca elencate di seguito:<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup>[http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/diritti/diritti\\_sociali/rubriche/piani\\_progetti/visualizza\\_asset.html\\_1920033770.html](http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/diritti/diritti_sociali/rubriche/piani_progetti/visualizza_asset.html_1920033770.html)

<sup>43</sup> Il protocollo è stato approvato con la Delibera 495 del 13 giugno 2011.

<sup>44</sup>[http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2012/05/15/6abb4728d856758e3a2e4a0d969cd392\\_codicerosa.pdf](http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2012/05/15/6abb4728d856758e3a2e4a0d969cd392_codicerosa.pdf)

<sup>45</sup> Prima di iniziare questo percorso dentro il Codice Rosa è necessaria una premessa: come è evidenziato nei paragrafi seguenti, il progetto ha tra le sue caratteristiche peculiari un'estrema dinamicità. Questo elemento comporta necessariamente un racconto «in differita»: per narrare e analizzare questa esperienza è necessario scegliere un punto in cui «fermare» il processo, che in questo caso può essere segnato all'inizio dell'estate 2012. Da allora potrebbero essere

- analisi del materiale istituzionale;
- interviste in profondità ai componenti della Task Force<sup>46</sup>;
- osservazione partecipante in incontri di formazione per gli operatori<sup>47</sup>.

## 2.1. Le tappe ufficiali<sup>48</sup>

A cura di **Virginia Bettanin**

Il percorso ufficiale del Codice Rosa ha avuto come prima tappa la **Deliberazione n°147 del 31 marzo 2010 proposta dall'U.O.C Educazione e Promozione della Salute della Usl 9 di Grosseto**. Questo atto proponeva la formalizzazione della nomina della Dottoressa Vittoria Doretti a referente per l'Azienda Usl 9 di Grosseto in tema di violenza sessuale e domestica e a Coordinatore del Progetto "SOS Donna". Istituiva inoltre il Centro di Coordinamento aziendale per le vittime di violenza con l'obiettivo di assicurare loro un'adeguata assistenza attraverso la costituzione di Task Force multidisciplinari e interdisciplinari. A seguito di questa delibera viene garantita la formazione continua del personale che lavora a tale progetto e, in accordo con la Procura della Repubblica della Provincia di Grosseto, è introdotto un nuovo codice di segnalazione al triage, il *codice rosa*<sup>49</sup>, che si attiva in caso di accertata o sospetta violenza sessuale e domestica al momento dell'accesso delle vittime alle strutture sanitarie e aziendali. L'utilizzo di questo codice ha anche lo scopo di raccogliere dati affinché si riesca a monitorare l'andamento del fenomeno a livello locale.

---

aumentate ad esempio le sperimentazioni dentro i confini nazionali, così come il numero di soggetti coinvolti nel progetto locale. Già da questa fotografia emergono comunque elementi significativi che potrebbero essere utili nella definizione e nel proseguo del percorso di estensione regionale.

<sup>46</sup> La maggior parte delle interviste è stata realizzata *face to face*. Per esigenze dei soggetti in alcuni casi sono state effettuate interviste telefoniche. Le analisi testuali delle trascrizioni delle interviste, sono state realizzate utilizzando il package di analisi ATlasTi®, che ovviamente non sostituisce la capacità creativa o interpretativa del ricercatore, ma è estremamente utile nel favorire una riorganizzazione del materiale, attraverso operazioni di codifica che permettono la creazione di network categoriali.

Le interviste in profondità hanno esplorato elementi processuali - ricostruire il percorso che si ha con il codice Rosa, in particolar modo la "presa in carico" della vittima di violenza dal suo arrivo al triage (cosa si fa, ad esempio, in caso di sospetta violenza non dichiarata) alla sua uscita dal Pronto Soccorso (denuncia/non denuncia, invio/non invio presso altra struttura), vedere come si attiva la rete per il contrasto della violenza alle donne e quali sono gli attori che entrano in gioco e con quali dinamiche - ma anche relativi alla formazione degli operatori e alle loro motivazioni.

<sup>47</sup> Partecipazione e relazione del gruppo di ricerca al *Corso di formazione regionale "Addestramento per l'attuazione del Codice Rosa - corso base"*, 28-29 maggio, Principina a terra, Grosseto (d'ora in poi Convegno di Principina)

<sup>48</sup> In questo paragrafo sono analizzate in ordine cronologico, gli atti riferibili alla sola Azienda USL 9 insieme a quelli che riguardano l'intero territorio toscano (cfr fig. 1).

<sup>49</sup> Nel testo si parla di Codice Rosa quando ci si riferisce al progetto, mentre con la dicitura codice rosa minuscolo il riferimento è al codice assegnato al triage.

Il percorso è poi continuato con la sottoscrizione del **Protocollo d'intesa del 16 aprile 2010 da parte della Procura della Repubblica di Grosseto e dell'Azienda Usl 9 di Grosseto**. Questo protocollo prevedeva l'istituzione di una Task Force Interistituzionale composta da un gruppo di magistrati della Procura della Repubblica di Grosseto con referente il dottor Giuseppe Coniglio, dal pool di medici e infermieri del Centro di Coordinamento Vittime di Violenza e dai gruppi di lavoro aziendali istituiti dal Centro dell'Azienda Usl 9 di Grosseto, di cui è responsabile la dottoressa Vittoria Doretti.

Gli obiettivi della Task Force così come sono stati individuati nel protocollo, sono:

- mettere a punto azioni integrate fra i due gruppi affinché si riesca ad avere un piano di programmazione comune;
- raccogliere dati attraverso il monitoraggio del fenomeno per fornire gli elementi necessari all'elaborazione di statistiche relative all'andamento del fenomeno;
- promuovere azioni comuni per affrontare le situazioni di criticità individuate;
- promuovere strategie pubbliche di intervento contro la violenza;
- incentivare il costante aggiornamento professionale dei componenti della Task Force;
- promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sul territorio;
- collaborare alla realizzazione di mirati percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e alle Forze dell'Ordine, curando iniziative idonee a facilitare la raccolta delle denunce, nonché l'assistenza ed il sostegno alle vittime della violenza in tutte le fasi susseguenti al verificarsi di un episodio, attraverso la cura della vittima/paziente tramite il *percorso rosa*.

Nel protocollo è stato anche chiarito il modo in cui deve essere attivato il *codice rosa*, che, nell'obiettivo dell'atto, potrà consentire l'immediato intervento della Task Force Interistituzionale e della rete di assistenza e sostegno alla vittima. Si tratta di un codice visibile solo dal personale autorizzato e, grazie a questo, atto a tutelare la massima riservatezza.

Oltre al *codice rosa* è stato ideato il *percorso rosa*, un percorso assistenziale protetto che garantisce alla vittima la massima privacy e incolumità fisica e psichica. In questo percorso sono stati predisposti luoghi idonei per l'assistenza della vittima ed è garantito l'intervento di personale specializzato. Per le ipotesi di violenza sessuale il paziente viene accolto al Pronto Soccorso di Grosseto presso il quale è stata adibita una sala riservata dove vengono eseguiti tutti i controlli e le consulenze mediche necessarie. Il percorso è rappresentato nella figura 2.

Con questo protocollo tutti i soggetti firmatari si sono inoltre impegnati a verificare periodicamente l'andamento del progetto ed eventualmente a integrarlo con ulteriori accordi necessari per fronteggiare nuovi casi.

Il passo successivo è stato la **Deliberazione n°224 del 20 maggio 2011** della Azienda USL di Grosseto, nella quale si sono apportate delle modifiche e delle integrazioni alla delibera del 31 marzo 2010 riguardante l'istituzione del Centro di Coordinamento

aziendale per le vittime di violenza. Vista la necessità di rendere più efficiente il Centro di Coordinamento ne è stata modificata la composizione secondo uno schema approvato dai Responsabili di Struttura.

Come abbiamo visto il percorso del Codice Rosa a Grosseto inizia nel 2010 ma viene esteso ad alcune Aziende Usl della regione con il **Protocollo d'intesa del 13 giugno 2011 sottoscritto dalla Regione Toscana e dalla Procura Generale della Repubblica di Firenze** con la **Delibera di Giunta Regionale n° 495**.

Considerati i buoni risultati ottenuti dall'introduzione del Codice Rosa nell'Azienda Usl 9 di Grosseto, la Regione Toscana ha ritenuto infatti opportuno diffondere il progetto in ciascuna delle tre aree vaste regionali<sup>50</sup> avviando una fase di sperimentazione della durata di un anno. I soggetti firmatari del protocollo si sono impegnati a costituire un gruppo di lavoro coordinato a livello regionale e composto dai rappresentanti di Regione Toscana, Procura Generale della Repubblica di Firenze, delle Aziende Usl e delle Procure della Repubblica competenti per territorio, chiamato a definire un progetto tecnico operativo e a curarne l'attuazione. In linea con questo atto, presso ognuna delle Aziende Usl che hanno preso parte al progetto si sono costituite Task Force interistituzionali; la rete regionale di gruppi si confronta periodicamente sul lavoro svolto per potere discutere su eventuali criticità o punti di forza.

Le varie Task Force devono inoltre raccogliere i dati riguardanti la violenza sessuale e domestica in modo da garantire il monitoraggio del fenomeno e l'elaborazione di statistiche relative all'andamento dello stesso<sup>51</sup>.

Alle Aziende Usl sono demandati i compiti di promuovere azioni e strategie di intervento contro la violenza; favorire il costante aggiornamento professionale dei componenti della Task Force e promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sul territorio rivolte alla popolazione ma anche a quegli ambienti più sensibili al fenomeno. Le Aziende Usl hanno anche il dovere di organizzare percorsi formativi per i soggetti che lavoreranno al progetto e dovranno verificarne periodicamente l'andamento ed eventualmente migliorarlo attraverso nuovi accordi.

Altra tappa del Codice Rosa è costituita dal **Decreto Dirigenziale n° 5170 del 18 novembre 2011** con il quale è stata approvata la costituzione del gruppo di lavoro regionale e si è proceduto alla costituzione dello stesso.

---

<sup>50</sup> Con Area vasta regionale si intende, genericamente, una dimensione territoriale, all'interno della Regione oggetto di programmazione di medio lungo periodo. In particolare il territorio della Regione Toscana risulta suddiviso in tre zone: l'Area vasta metropolitana (territorio provinciale di Firenze, Prato e Pistoia), l'Area vasta nord-occidentale (territorio provinciale di Massa Carrara, Lucca, Pisa e Livorno) e l'Area vasta centro-meridionale (territorio provinciale di Arezzo, Siena e Grosseto).

Alle aree vaste corrispondono gli ESTAV, che rappresentano l'evoluzione dei Consorzi di Area Vasta, istituiti in Toscana con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 144/2002, per fornire alle Aziende Sanitarie, raggruppate nel 2001 nelle tre Aree Vaste (Centro, Nord-Ovest e Sud-Est), il supporto tecnico-amministrativo.

<sup>51</sup> I dati sono illustrati nella Parte I, Capitolo 3.

Il gruppo, durante lo sviluppo del progetto, potrà essere integrato secondo le necessità. L'ultima tappa è la **Deliberazione n° 168 del 23 aprile 2012** della Azienda USL di Grosseto che ha avuto come oggetto l'acquisizione del *Manuale operativo Codice Rosa*<sup>52</sup> condiviso con la Procura della Repubblica di Grosseto e l'approvazione del *Manuale per la presa in carico dei soggetti vittime di violenza da parte dei servizi sociali territoriali*. L'oggetto della delibera prevedeva inoltre un'integrazione alla composizione del Centro di Coordinamento aziendale per le vittime di violenza. Un passaggio fondamentale che ha visto ampliarsi le procedure per la presa in carico della donna, coinvolgendo anche il settore sociale:

«La presunta vittima di violenza o abuso che arriva al Pronto Soccorso, viene inserita nel percorso rosa per un primo accertamento del danno. Il percorso successivo della presa in carico<sup>53</sup> si attiva d'ufficio per i minorenni e previo consenso in caso di persone

---

<sup>52</sup> Il Manuale operativo Codice Rosa ha lo scopo di regolare il percorso sanitario che veda l'attivazione di un iter definito e condiviso atto a «regolare un percorso che preveda tempestività di attivazione in quanto "intervento d'urgenza" definito come "percorso codice rosa"».

Le Procedure, sintetizzate nella figura 2, si strutturano poi secondo il tipo di violenza (maltrattamento/abuso) e per luogo di intervento (Intervento del 118/Pronto Soccorso centrale/Pronto Soccorso periferico/in loco –procedura zaino). Una sezione è inoltre dedicata all'utilizzo della macchina fotografica digitale.

Nelle varie sezioni delle procedure ricorrono i seguenti obiettivi:

- evitare alla vittima passaggi inutili a più reparti e/o professionisti,
- fornire a tutti gli operatori coinvolti nel percorso riferimenti chiari e precisi circa fasi, tempi, tipologia di anamnesi esami -prelievi, responsabilità, obblighi normativi e legislativi.
- (nel caso di maltrattamento) garantire alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale.

Rispetto alla raccolta è esplicitato che nella cartella del Pronto Soccorso sarà indicata la voce "violenza altrui"

<sup>53</sup> «La presa in carico ha queste finalità:

**Protezione** della vittima, che inizia quando viene assicurato un contesto di protezione all'interno del quale si possono attivare i necessari interventi di sostegno e cura. Tali interventi oltre alla protezione fisica, devono garantire quella mentale e non produrre pressioni psicologiche

**Valutazione e trattamento** impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educativo-riabilitative e deve tenere conto dei seguenti aspetti:

-entità del danno fisico e psicologico

-fattori che hanno determinato le condotte pregiudizievoli

-diagnosi di recuperabilità e prognosi di cambiamento.

Nelle situazioni nelle quali è attivo un procedimento penale, il lavoro valutativo dovrà ASSOLUTAMENTE ASTENERSI da operazioni di indagine sostitutiva di quella dell'Autorità inquirente e da audizioni della vittima. In tali casi, anzi, è auspicabile un'interruzione dell'attività di valutazione, che potrà essere ripresa una volta terminata quella investigativa.

### **Progetto di intervento**

L'assistente sociale territoriale, si farà carico di attivare tutti i referenti necessari, istituzionali e non, per definire la stesura del progetto di intervento, che potrebbe prevedere accompagnamento e orientamento sulle decisioni da assumere (es: separazione dal compagno aggressore, eventuale percorso di affiancamento e acquisizione di autonomia, tutela dei figli), sostegno psicosociale finalizzato a rafforzare le capacità personali, l'autostima, le strategie di problem solving, progetto di aiuto integrato con l'Unità Funzionale attività consultoriali, eventuale aiuto economico, nel reperimento di una soluzione abitativa e lavorativa.

adulte; esistono comunque delle differenziazioni nelle modalità attuative del percorso, che sono legate sostanzialmente a tre tipologie di vittime:

- vittima adulta ad alto rischio consenziente alla presa in carico sociale (intervento urgente);
- Vittima adulta consenziente alla presa in carico sociale;
- Minore presunta vittima di violenza o abuso>>

---

SCHEDA PROGETTO DA TRASMETTERE ALLA TASK FORCE

L'invio della scheda progetto alla Task Force è indispensabile al fine di alimentare il flusso di informazioni e dare notizia di come è esitata la situazione presa in carico>>.

Fig. 1. Le tappe ufficiali che hanno portato alla nascita del progetto Codice Rosa

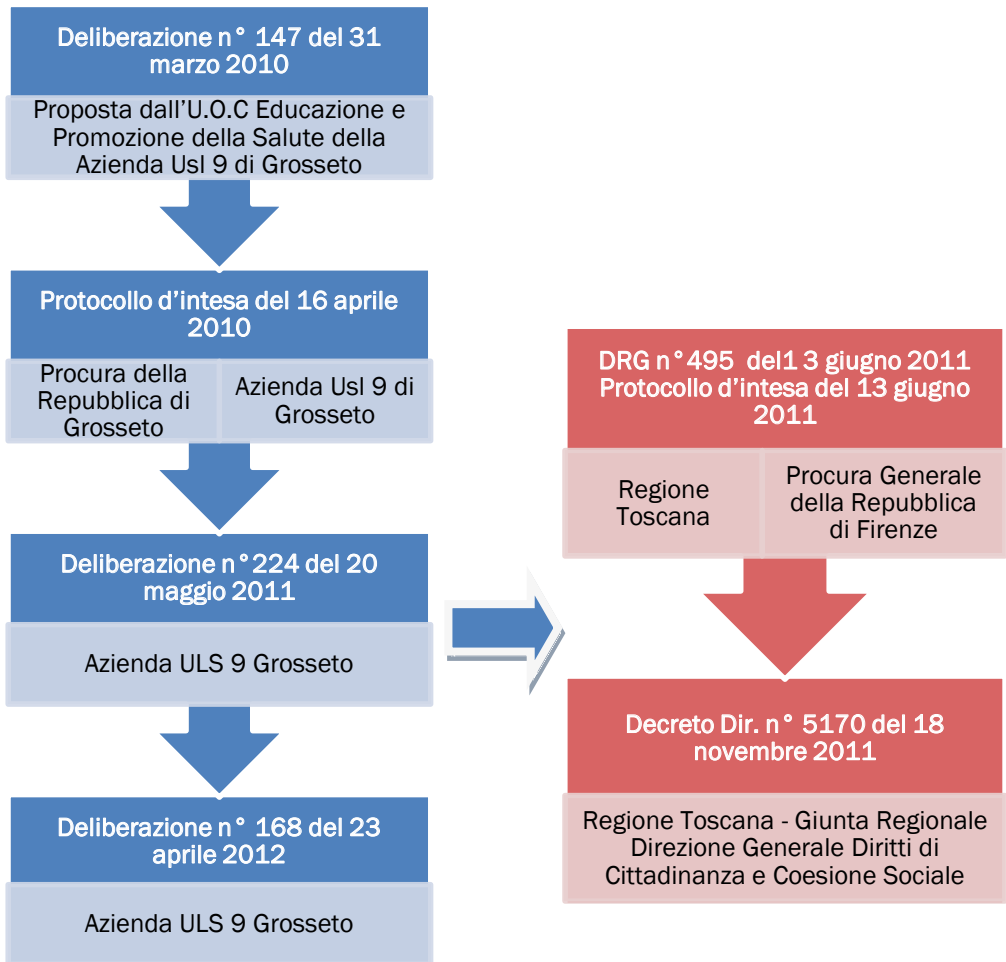
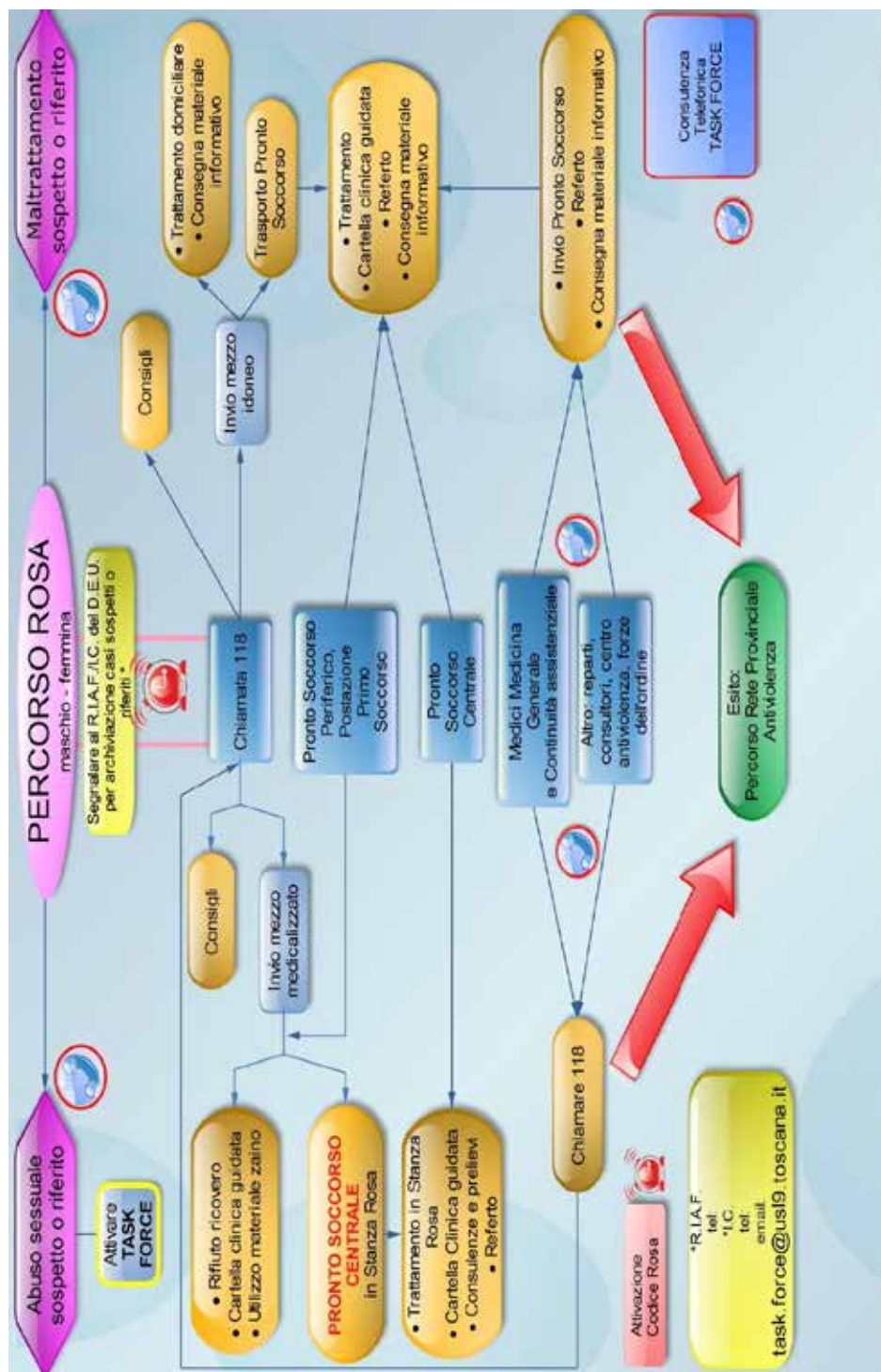




Fig. 2 Percorso Codice Rosa, Azienda Sanitaria USL 9 Grosseto



## 2.2. Come nasce il progetto

Ripercorrere la nascita del progetto Codice Rosa attraverso le parole dei suoi protagonisti è probabilmente il modo più efficace per capire la portata dello stesso e il suo potere di contaminazione: ciò che gli stessi operatori definiscono l'**effetto domino**<sup>54</sup>.

Il punto cruciale che è possibile rintracciare come elemento determinante, propulsore della nascita del Codice Rosa è la **presa di coscienza di alcune criticità** esistenti nell'ambito del contrasto alla violenza di genere. Dati che appaiono fortemente sottostimati rispetto a quanto emerge dalle indagini nazionali<sup>55</sup>; se ai convegni si parla di un fenomeno diffusissimo, i numeri in possesso dei diversi

*In una parola posso dire che questo progetto è nato con un atto di grande umiltà, alzando la mano e dicendo "qui c'è qualcosa che non va, che non va in noi" (...) Ogni ente, istituzione aveva un suo protocollo, ma non era sufficiente a dare una risposta complessiva e uniforme. Quindi abbiamo deciso di ripartire daccapo tutti insieme.*  
Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*Era difficile poter evidenziare i numeri e presentarli all'"evento violenza", ricorrendo ai vari soggetti che avevano registrato questo fatto. Tanto è vero che negli incontri ognuno presentava i propri dati statistici, che erano tutti giustificati perché ciascuno si poneva dal suo punto di vista e coglieva un aspetto del fenomeno (...) Nessuno aveva la missione di approfondire l'informazione di cui i dati erano portatori (...) Dalla presa di coscienza di questa incoerenza sui dati è nato tutto il lavoro che ci ha portato poi a strutturare il progetto che ha avuto questo successo.*

Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9

attori che partecipano a tali iniziative sono diversi; pochi infatti i casi di violenza che passano dal Pronto Soccorso, poche le denunce in

Procura. Eppure anche le indagini nazionali parlano di un fenomeno diffusissimo: *era dunque la Maremma a esserne immune o qualcosa non andava?*

E' da questo dubbio che nasce l'idea di cambiare ottica: se esisteva un terreno fertile fatto di soggetti che si parlavano tra loro, ad un certo punto il problema è stato parlare a persone diverse da quelle già sensibili all'argomento. In questo contesto la presenza di forti rapporti personali pre-esistenti e il contesto normativo regionale hanno dato una spinta decisiva<sup>56</sup>.

<sup>54</sup> Le citazioni sono riportate nei box. Nel testo le espressioni tratte dalle interviste sono segnalate con il carattere corsivo.

<sup>55</sup> Ci si riferisce alla già citata *Indagine multiscopo sulla Sicurezza delle Donne* condotta dall'Istat nel 2006.

<sup>56</sup> Si ricorda che la Legge Regionale 59/2007 assegna un ruolo fondamentale alle strutture sanitarie all'interno della rete contro la violenza: all'articolo 5 infatti si sancisce che «La rete

In ogni singola storia dei componenti della *Task Force* ritorna infatti l'elemento dell'**informalità** come primo passo per entrare dentro la "squadra": il progetto, come

*E' follia pensare di ottenere una risposta diversa continuando a fare la stessa domanda, soprattutto continuando a fare le stesse cose*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

evidenzia il direttore sanitario dell'Azienda USL 9, Danilo Zuccherelli, nasce sullo spontaneismo, sull'orientamento volontario che un gruppo di operatori sanitari si era dato.

Incontri apparentemente quasi casuali, che in realtà nascondono

una forte determinazione nei soggetti "starter", che coinvolgono intorno al progetto figure eterogenee, per i differenti ruoli professionali svolti.

*Quando entri in questi percorsi, la vita ti dà due strade da seguire: o quella di chiudere gli occhi e stare fuori, non farsi coinvolgere perché si ha paura, o quella di dire "continuo perché voglio fare qualcosa"*

Lenzi, Infermiera presso USL 9 Nucleo Operativo Task Force Codice Rosa

Ne è un esempio il

coinvolgimento dei farmacisti come "sentinelle<sup>57</sup>" del territorio, che nasce come sviluppo «di un normale rapporto tra farmacista e paziente». Se la cliente è una delle ideatrici della *Task Force* può accadere che la farmacista si trovi a girare lo spot del Codice Rosa e a costruire e inventare, insieme alla "squadra", la figura delle "sentinelle", addestrando altri colleghi<sup>58</sup>.

Se si parla di *effetto domino* per indicare il processo di trasmissione e contaminazione che vede il Codice Rosa contagiare altri settori e poi uscire dalla Maremma in un processo che si estende anche ad altre province italiane, all'origine

---

(...) garantisce un collegamento costante tra i soggetti che la costituiscono al fine di assicurare alla vittima della violenza il soccorso in ogni fase, presso le strutture ospedaliere o presso le aziende USL, l'intervento dei servizi sociali, l'accoglienza, il sostegno e la protezione presso Centri antiviolenza presenti sul territorio o presso case rifugio». Ancora più esplicito l'articolo 7, nel quale si stabilisce che «Le aziende ospedaliere-universitarie e le aziende USL per i presidi ospedalieri e per i consultori, assicurano, per quanto di competenza, l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi della violenza di genere su ogni zona». Le successive *Linee Guida*, all'articolo 5, stabiliscono che: «Le Aziende USL e le Aziende ospedaliere attivano, presso ogni Pronto Soccorso, un punto di accesso in grado di accogliere, assistere, raccogliere le prove della violenza subita – avvalendosi di professionisti opportunamente formati – e di indirizzare le vittime alla rete dei servizi disponibili sul territorio». Le Aziende USL attivano almeno un centro di coordinamento per ogni zona. Il Centro di coordinamento coincide con il consultorio principale. Sulle implicazioni di questo aspetto si rimanda al *III Rapporto*, pp. 30-31.

<sup>57</sup> Per sentinelle si intendono gli operatori socio-sanitari e amministrativi formati dalla *Task Force* allo scopo di riconoscere le possibili vittime e a favorirne l'accesso ai servizi di aiuto presenti sul territorio.

<sup>58</sup> Meucci 2012, 98

di tale pratica possiamo rintracciare un **effetto vortice**: un nucleo inizialmente ristretto di persone che è riuscito ad attrarre intorno ad un'idea altri soggetti, che

*Forse è stata un po' un'onda che mi ha travolto.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

non solo ne sono stati "travolti", ma che l'hanno anche fortemente **interiorizzata**.

Ne sono un esempio le parole dell'Ispettore Bischeri, sulle

quali sarà utile tornare anche in seguito. Se nel volume *Codice Rosa. Il magico effetto domino* la sua testimonianza è relativamente breve<sup>59</sup>, in quanto appena trasferito al nuovo incarico che lo ha messo in contatto con la Task Force «all'improvviso», a distanza di poco tempo dall'intervista lascia trasparire non solo una grande conoscenza del progetto, ma anche l'entusiasmo che permette di dare a questa esperienza quel qualcosa in più.

Prima delle candele di Tolstoj, riportate come citazione iniziale del volume, dunque, un'onda travolgente<sup>60</sup>.

**Fig. 3** Gli ingranaggi che fanno muovere il progetto sullo sfondo del contesto normativo regionale



<sup>59</sup> Meucci 2012, p. 90.

<sup>60</sup> «Come una candela ne accende un'altra e così si trovano accese migliaia di candele, così un cuore ne accende un altro e così si accendono migliaia di cuori», Meucci G, 2012. Quarta di copertina.

Come facilmente intuibile, le difficoltà iniziali non sono mancate, creando quella che è stata definita da un intervistato, una sensazione di *isolamento* o di *misconoscimento culturale*, anche nell'iter burocratico, dove per tradurre un'idea in un progetto si sono coinvolti soggetti differenti tra loro, come enti pubblici locali, statali e associazioni del terzo settore.

## 2.3. Le caratteristiche del progetto

### 2.3.1. Le funzioni

Il Codice Rosa nasce con il triplice intento di **tutelare, mettere in sicurezza** le vittime e **assicurare alla giustizia gli autori dei reati**<sup>61</sup>.

Se il percorso vede coinvolte fin dall'inizio differenti figure che fanno parte delle reti contro la violenza, come operatori sanitari, magistrati, Forze dell'Ordine, associazioni di volontariato, operatori sociali, la *Task Force* nasce formalmente, come già ricordato nel paragrafo 2.1., dal protocollo tra Azienda Usl 9 di Grosseto e Procura della Repubblica di Grosseto.

<<La Task Force Interistituzionale ASL 9 – Procura della Repubblica di Grosseto nell'assistenza alle vittime di violenza appartenenti alle fasce deboli della popolazione, è una particolare esperienza in cui **due gruppi di lavoro**, uno costituito da **magistrati** e uno da **personale sanitario**, hanno scelto di

*Ci siamo posti due obiettivi: il primo è di essere pronti nei confronti delle esigenze della vittima di violenza, quindi **se ha bisogno di qualcosa di sanitario si pensa prima a trattarla; poi dopo, a volte anche in contemporanea, mettere in salvaguardia le prove**. Tutti gli altri soggetti sono coinvolti, abbiamo una rete di relazioni che possono essere attivate anche il giorno successivo. Sappiamo di poter contare sulle risorse che la rete o il Centro antiviolenza ci mettono a disposizione per l'accoglienza. Però prima, nell'urgenza, nell'immediatezza, bisogna fare le cose giuste dal punto di vista sanitario, quelle che servono, e acquisire tutte le prove*

Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9

lavorare insieme per contrastare il fenomeno della violenza>><sup>62</sup>.

Due mondi apparentemente molto lontani tra loro, che hanno deciso di collaborare cercando in primo luogo, per usare una metafora comune ai componenti della Task Force, di *spogliarsi delle proprie divise*, che altro non è se non il cercare la **contaminazione tra subculture professionali**: attraverso approcci pratici, ma anche linguaggi. La definizione utilizzata per identificare il tipo di vittime di violenza a cui il Codice Rosa si rivolge (omosessuali, anziani, immigrati, donne, minori) deriva proprio da una influenza tra linguaggi, in quanto in Procura esiste un pool di

<sup>61</sup> Doretta V., Coniglio G., *ivi*, p. 69.

<sup>62</sup> Mariotti F., *ivi*, p. 11.

magistrati che si occupa di tutte le vittime di violenza sessuale e domestica appartenenti alla categoria denominata **fascia debole**.

«Le fasce deboli della popolazione sono quelle che, in particolare nell'ambito delle relazioni affettive e/o di fiducia, più facilmente possono essere vittime di violenza altrui, trovandosi in situazioni psicologicamente subordinate (ad esempio, donne, minori, anziani ecc.); vittime di discriminazioni (razziali, religiose o omofobiche, ecc.), sottoposte, o a rischio, di pratiche di mutilazioni genitali femminili (in conformità alla Legge 7/2006 Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto di pratiche di mutilazione genitale femminile).

Questi soggetti hanno maggiori difficoltà a porre fine alle condotte violente o anche solo a denunciarle<sup>63</sup>».

*Perché poi in realtà quando partecipavamo ai convegni emergeva che il fenomeno della violenza non era legato esclusivamente al fenomeno della violenza di genere, ma anche a tutto quello che, per usare la definizione della procura, rientrava nella categoria delle "fasce deboli". L'innovazione era proprio l'allargamento della violenza a tutte le fasce deboli. E dato che esisteva già in procura un pool di magistrati che si occupava di reati contro le fasce deboli, ci sembrava corretto e giusto adottare la loro definizione per circoscrivere la violenza contro le fasce deboli.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

---

<sup>63</sup> La definizione di "fasce deboli" adottata dalla Task Force, è riportata nell'approfondimento sul Codice Rosa a cura dell'OSP di Grosseto (III Rapporto, 2011, pp.62-63)

### 2.3.2. La Stanza rosa

Il Codice Rosa nasce mettendo al centro il Pronto Soccorso, come luogo in cui «più o meno tutte le vittime, anche quelle che non hanno la forza di denunciare, prima o poi arrivano davanti ad un medico, ad un infermiere»<sup>64</sup>.

E' in questo luogo che i componenti della Task Force convergono creando un cordone intorno alla vittima, cercando di creare un ambiente in cui questa si senta protetta e accolta: Forze dell'Ordine in borghese, e nel caso di arrivo con ambulanza un percorso alternativo che eviti il passaggio davanti alla sala di attesa, la "stanza rosa", non identificabile tra le altre e con pareti azzurre, dove il o la paziente vengono collocati. L'idea di una stanza apposita nasce, come ha raccontato Vittoria Doretti durante le giornate di formazione di Principina, da una brutta esperienza: stare vicino, come medici, ad una

*Abbiamo deciso di focalizzare il tutto sui punti che le vittime di violenza frequentano più sistematicamente: quindi il **Pronto Soccorso**, che è il luogo a cui arrivi quando la violenza si è espressa oltre un certo livello. Questo è il nostro limite del fenomeno, nel senso che è arrivato a segnare la vittima dal punto di vista fisico o psicologico. **Ci siamo concentrati su questo punto limite e abbiamo cercato di razionalizzare** il percorso e di far convergere le strutture più rilevanti e che potevano dare il maggior contributo: la Azienda Sanitaria USL; la procura; le forze dell'ordine. Così facendo, credo che siamo riusciti a mettere in sicurezza la vittima, le prove e tutta la procedura, con livelli di sicurezza che riteniamo elevati.*

Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9

vittima di violenza, accompagnarla guardandola negli occhi mentre è costretta, per effettuare tutti gli accertamenti necessari, ad attraversare diversi reparti dell'Ospedale, ad attendere un ascensore che pare non arrivare mai, con il suo dolore fisico e psicologico esposto davanti allo sguardo di chiunque passi vicino a

*Abbiamo cercato di creare un Pronto Soccorso che accolga la donna in una determinata maniera, che abbia una stanza riservata, e non in mezzo al via vai delle persone, dove in tutta tranquillità le possano essere poste le domande (...) una stanza in cui, se la donna vuole denunciare, può incontrare le forze dell'ordine che possono prendere la denuncia (...) e se la donna non vuol fare la denuncia nessuno la forza...*

Lepri, Responsabile del Centro antiviolenza di Grosseto

lei. Si tratta di una doppia violenza e Mai più è il commento che scoppia nella mente degli operatori sanitari che sono con lei in quel momento.

<sup>64</sup> Mariotti F., *ibidem*.

Ed è da quel *Mai più* che si sviluppa l'idea semplice ma rivoluzionaria: non sarà la vittima a muoversi, saranno gli operatori a scendere in quella che diventerà la

*La stanza rosa è importantissima perché la persona che vi accede può essere protetta, curata, visitata, viene fatto tutto quello che è necessario (..) la vittima non rischia di essere sballottata da una parte all'altra del Pronto Soccorso soprattutto nei casi di violenza sessuale (...) già è traumatico l'atto in sé, se poi il percorso successivo deve essere un'altra violenza...è difficile a quel punto per la donna arrivare alla denuncia, è tutto molto più complicato. **La stanza rosa richiama l'idea di un nucleo protettivo, di un uovo (...)** L'idea è importante.*

Rispoli, Dottoressa Magistrale in Farmacia

*La stanza rosa nasce dall'idea di un luogo protetto in cui siano gli specialisti a incontrare la vittima...*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*La stanza rosa è stata individuata come punto di accoglienza per le vittime di violenza o maltrattamento, un luogo in cui possano recarsi tutti gli specialisti di cui queste hanno bisogno...Il fatto che la vittima non debba più spostarsi da un ambulatorio all'altro del Pronto Soccorso è per lei un motivo in più per sentirsi protetta.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

“stanza rosa”, un luogo fornito di tutti gli strumenti medici necessari a prendersi cura della vittima e, nel caso, a reperire il materiale utile per una possibile denuncia<sup>65</sup>, che può essere inoltrata anche dalla stessa stanza, dotata di terminale dal quale le Forze dell'Ordine possono redigere un eventuale verbale. Una precauzione in più per la vittima e, allo stesso tempo,

un utile strumento per dare l'avvio tempestivo alle eventuali indagini.

E se i medici necessari sono occupati in un'urgenza, la vittima ha uno spazio privato e sicuro in cui rimanere, in attesa che qualcuno vada a prelevare i campioni necessari. Un luogo, come testimoniano anche le parole utilizzate dai componenti della Task Force, in cui fondamentale è l'attenzione e la presa in carico della vittima innanzitutto *in quanto persona da proteggere e accudire*.

---

<sup>65</sup> Una delle criticità da cui nasce il progetto, oltre a quelle già citate, è il numero dei processi invalidati da prove conservate in modo inadeguato, motivo per cui parte della formazione degli operatori è dedicata alle procedure di reperimento e conservazione delle prove, specie nei casi in cui la violenza avviene nelle ore notturne.



## 2.4. I dati sulla violenza

Come abbiamo visto nei precedenti paragrafi il Codice Rosa nasce grazie alla particolare sensibilità di alcuni professionisti che essendo spesso strettamente a contatto con le realtà di violenza vissute da

*Io credo che l'innovazione della Task Force sia legata al fatto di aver fatto da collante a tutti questi enti e di essere riuscita a costruire un sistema per il monitoraggio dei dati sulla violenza sulle fasce deboli. È chiaro che il Centro antiviolenza, i consultori, la procura avevano le proprie informazioni, ma mancava una regia comune.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl

soggetti appartenenti alle fasce deboli decidono di dare vita a un progetto che possa dare un contributo importante ai tentativi di soluzione del problema già

*Il progetto Codice Rosa ha messo in evidenza che purtroppo i casi di violenza sulle donne sono 1,5 al giorno e per fortuna riusciamo a registrarli e non a sottostimarli come una volta. Oggi la nostra acuità sul fenomeno è tale che ci permette di registrare i casi di violenza con maggiore precisione. Il progetto fa emergere informazioni e fa evitare errori di misclassificazione, che prima erano più abbondanti. Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9*

*I corsi di formazione servono a sensibilizzare il personale a riconoscere la violenza. Perché molto spesso capitava – ora meno – che le vittime di violenza non venissero riconosciute. Le vittime di violenza magari si recavano al Pronto Soccorso non dichiarando di essere vittime di violenza e quelle che lo dichiaravano avevano fatto già tanti passi avanti, erano quelle che magari già si recavano al Centro antiviolenza e avevano preso coscienza di essere vittime [...] Quando si recavano al Pronto Soccorso non dicevano di essere vittime di violenza, ma magari lo facevano capire, forse speravano che qualcuno lo chiedesse. Quindi occorre un'accoglienza adeguata da parte degli operatori sanitari, ma anche da parte delle forze dell'ordine, o da parte di chiunque possa venire a contatto con una vittima di violenza. **Avere degli occhi diversi e saper ascoltare i silenzi è fondamentale.** Effettivamente questa è stata un po' la svolta: riuscire a far emergere la violenza.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

espressi in altri contesti e un aiuto efficace alle vittime.

Dietro il velo emozionale dell'esperienza si nasconde uno studio approfondito

con un'attenta disamina delle criticità delle azioni

già in essere contro la violenza che il Codice Rosa si propone di superare. Un primo punto in sospeso

che ha portato alla costruzione del progetto è,

che ha portato alla costruzione del progetto è,

che ha portato alla costruzione del progetto è,

come emerge dalle parole degli intervistati, la pluralità di punti di accesso delle vittime di violenza che se da una parte incentiva l'emersione dei casi sommersi e offre diverse opportunità di assistenza, dall'altra genera una confusione nell'ottenere il dato "puro". Inoltre ci si è resi conto della mancanza di un'approfondita rilevazione del fenomeno in uno dei principali canali di accesso

*In uno dei primi mesi in cui raccoglievo i dati, feci delle elaborazioni e mi resi conto che solo il 5% delle persone che si erano rivolte al Centro antiviolenza erano poi passate anche dal Pronto Soccorso. Quindi quel 95% di persone che avevano avuto accesso al Pronto Soccorso erano figure completamente diverse che non si erano mai rivolte al Centro antiviolenza. Noi ritenevamo che al Pronto Soccorso si recassero sia persone che poi volevano fare la denuncia sia persone che volevano solo farsi medicare che non facevano la denuncia e che non si recavano al Centro antiviolenza, erano persone che noi perdevamo.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*È splendido poter lavorare in luoghi diversi perseguendo la stessa mission, perché una vittima – in questo caso una donna – che si rivolge al Centro antiviolenza o al consultorio, ha fatto venti passi che sono splendidi, poi un giorno sarà anche pronta a fare la denuncia, però intanto ha fatto quei venti passi. Il grosso del sommerso sono quei primi venti passi, come un bambino che fa il primo passo e poi capisce [...] Tante vittime restano in quel limbo in cui non ce la fai a suonare a quel campanello, non ce la fai nemmeno a capire di essere vittima. È come l'anziano che viene 8 volte al Pronto Soccorso e dice "io sono un vecchio stupido e distratto"; o il disabile, che non ammetterà mai, perché magari è proprio la persona che lo cura, o chi gli è più vicino a fargli del male.*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa  
Nel Terzo rapporto di Monitoraggio sulla violenza di genere in Toscana è evidenziato un successo, un flusso di dati diverso: sono le donne arrivate al centro, inviate lì dal Pronto Soccorso. Quindi è un altro tipo di flusso, importantissimo. Noi non facciamo una cosa che è sovrapponibile al centro, è una cosa diversa: facilitiamo l'arrivo al centro, oppure accogliamo in maniera più adeguata le vittime che arrivano dal centro.

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

delle vittime di violenza: il Pronto Soccorso.

Con l'attivazione del Codice Rosa gli operatori del Pronto Soccorso vengono sensibilizzati e formati ai fini del riconoscimento dei casi di sospetta violenza che non riguardano solo le donne, ma tutti i soggetti appartenenti alle fasce deboli.

*Nell'abuso sessuale, la vittima ha tempo 6 mesi per fare la denuncia per legge, le prove vengono però raccolte nell'immediatezza, se la raccolta e la tenuta di quelle prove non è stata fatta in maniera corretta, in sede processuale si ha un effetto contrario. Le prove da sempre vengono raccolte dal Pronto Soccorso e penso che spesso non vengano raccolte in e conservate in maniera corretta. Questo a Grosseto non avviene più. Le prove vengono consegnate alle Forze dell'Ordine, ovviamente in borghese per salvaguardare la privacy della vittima, i reperti fotografici previo consenso della vittima vengono dati immediatamente all'autorità giudiziaria e la procedura per la raccolta delle prove stesse è stata definita con i RIS e con la polizia scientifica.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

Nella realtà di Grosseto emerge come la sensibilizzazione del Pronto Soccorso al fenomeno della violenza possa essere un importante supporto alle azioni già svolte dal Centro antiviolenza per quanto riguarda la violenza di genere: in alcuni casi le vittime che si presentano agli operatori sanitari erano già note alle volontarie del Centro antiviolenza Olympia de Gouges di Grosseto, avevano già fatto *quei venti passi avanti per uscire*; in altri, invece sono dei primi accessi che, una volta decisi ad essere assistiti nel percorso di uscita dall'oppressione, vengono rinviati alle addette del Centro antiviolenza. Si viene così a instaurare tra i due "luoghi" un processo di scambio circolare.

Ciò che comunque preme maggiormente agli operatori della Task Force è la refertazione accurata dei casi di violenza che non è un accanimento terapeutico, ma un tentativo di tutelare ancor più la vittima. La pluralità di professionalità che entra in gioco nel codice rosa consente di esaminare il problema sotto vari punti di vista e ciò che evidenziano gli esponenti della Prefettura e della Procura è la necessità di una raccolta adeguata delle prove che non faccia cadere l'accusa nei casi in cui si arrivi alla fase processuale.

Il Codice Rosa porta, inoltre, all'affiorare di casi di violenza che prima rimanevano nel sommerso e per gli operatori si aprono, come è illustrato nel paragrafo successivo, le questioni dell'"etichettamento" e del garantire la privacy degli intervistati.

#### **2.4.1. Privacy della vittima e sospetta violenza**

La garanzia della privacy della vittima è un elemento imprescindibile e lo sanno bene gli operatori della Task Force che, operando sempre più in profondità ed entrando in contatto con casi a volte anche drammatici, considerano questo aspetto non solo un fatto di etica procedurale ma un baluardo da difendere a tutti i costi. Il metodo studiato per la raccolta dei dati sulle vittime, esposto dal dott.

Pagliara, è volto proprio a tutelare l'intimità della persona ferita evitando la fuga di notizie e l'apposizione di uno stigma di cui non deve comunque rimanere traccia, neanche nel database del Pronto Soccorso<sup>66</sup>. I dati secretati, raccolti per monitorare il fenomeno della violenza, sono riportati nella figura 4.

**Fig. 4 Griglia dei dati sulla violenza sulle fasce deboli- Progetto Codice Rosa**

Età	
Sesso	
Nazionalità	
Residenza	
Distretto USL	
Luogo evento	
Luogo accesso	
Tipo di violenza	
Riferito/sospetto	
Esito	
Segnalato	
Note	

Come si può vedere dalla griglia dei dati sulla violenza sulle fasce deboli oltre alle caratteristiche socio demografiche della vittima - età, sesso, cittadinanza residenza - vengono monitorati: il **distretto USL** del luogo dove è avvenuta la violenza; il **luogo dell'evento**, inteso come il comune o la località in cui la vittima ha subito la violenza, indipendentemente dal Pronto Soccorso presso cui si effettua l'accesso (spesso può capitare che la vittima ruoti su più Pronto Soccorso per timore di rischi di violazione della propria privacy o di fuga di notizie); il **luogo dell'accesso**, cioè a

<sup>66</sup> Nella cartella del Pronto Soccorso i casi di codice rosa, come riportato nel paragrafo 2.1., vengono registrati come "violenza altrui".

quale Pronto Soccorso della provincia ci si è rivolti (i casi di violenza vengono comunque sempre rinviati al Pronto Soccorso di Grosseto); il **tipo di violenza** subita, secondo una delle tre categorie maltrattamenti, abusi, stalking; se **riferito/sospetto**, se, quindi, la vittima ha riferito di aver subito violenza o se si tratta di un sospetto dell'operatore/infermiere; l'**esito**, quale percorso, sanitario e non, è stato seguito dalla vittima; **segnalato**, con ciò s'intende il soggetto che ha effettuato la segnalazione, operatore del triage, infermiere, medico, altro operatore.

L'identificazione della funzione svolta dalla persona segnalante è utile per capire in quali contesti la

*Ci poniamo il problema di porre un'etichetta su qualcuno, il fatto di seguire le persone non è un rischio in quanto non forniamo questi dati a nessuno. Nel programma del Pronto Soccorso rimarrebbe invece una traccia che non è cancellabile, è questo che ci ha posto il dubbio. Gli operatori che hanno accesso a quel programma, potrebbero avere accesso al fatto che quella persona è stata codificata come codice rosa.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

vittima viene maggiormente "intercettata" e in quali invece occorre una maggior sensibilizzazione e formazione al riconoscimento della violenza, se poi la segnalazione proviene da soggetti esterni al Pronto Soccorso ciò può essere indicatore di un buon funzionamento dei rapporti tra questo e altre realtà impegnate nella lotta contro la violenza.

Per garantire il rispetto della privacy della vittima o probabile vittima di violenza, sia quindi nel caso in cui ci sia il chiaro riferimento all'aver subito maltrattamenti o abusi, sia nel caso in cui ci sia solo il forte sospetto possa trattarsi di un caso rientrante nell'universo della violenza sulle fasce deboli, i dati raccolti con questa griglia riempita dal medico o dall'infermiere che seguono il caso, vengono conservati in buste sigillate, separate dal percorso sanitario che la vittima ha effettuato ed elaborati solo a fini statistici. Il codice rosa non è un codice dichiarato del triage, ma un codice su cui vi è un tacito accordo, quindi di cui non rimane traccia nel database del Pronto Soccorso. Secondo la valutazione degli addetti della Task Force di Grosseto, questa procedura dovrebbe essere uniforme in tutti i Pronto Soccorso che sperimentano e sperimenteranno il progetto e diventare uno dei punti cardini del disegno regionale<sup>67</sup>.

La volontà di tenere separate le informazioni sul percorso sanitario da quelle sulle procedure che s'innescano nel caso di violenza dichiarata o sospetta dipende dal problema dell' "etichettamento", di cui gli operatori sentono il peso. Lo scopo della Task Force non è porre un sigillo, ma rivolgere tutte le attenzioni di cui hanno bisogno le persone in quel preciso momento. Del resto il percorso di presa di

---

<sup>67</sup> Ad oggi i dati omogenei forniti al Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale* sono quelli riportati nella Parte I, Capitolo 3.

coscienza della violenza subita è lungo e complicato e la volontà di dichiararla, dipende dal tipo di soggetto e dalle condizioni ambientali in cui questo si trova; può capitare che la vittima si rivolga più volte allo stesso Pronto Soccorso, o a Pronto Soccorso diversi, prima di rendere nota la propria situazione.

#### 2.4.2. L'aggressore e la violenza: una conferma

Dalle parole degli intervistati emerge il dato sulla violenza di genere, ormai non più sorprendente, che era già emerso nei precedenti rapporti di monitoraggio: il luogo

*Lo sappiamo che la violenza nella maggior parte dei casi è intrafamiliare. Abbiamo riscontrato che comunque non c'è una differenza di ceto, di estrazione sociale, di culture, la maggioranza dei maltrattanti e delle maltrattate sono italiani.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*I dati ci dicono che la violenza di genere è familiare, anche questo è sconcertante. Spesso il "pirata" si annida proprio in famiglia, Quindi bisogna secondo me che questo percorso - che chiamerei anche culturale - venga esteso, perché tanti, non parlo solo di colleghi medici, ma in generale anche di operatori della sanità, sono sensibili al problema, ma non sono preparati.*

Breggia, Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Usl 9 Grosseto

dove nella maggior parte dei casi si manifesta la violenza è "tra le mura domestiche" e l'aggressore è la persona con cui la vittima ha, o aveva, nel caso dell'ex partner, una relazione intima. In una prospettiva di Codice Rosa allargato a tutte le fasce deboli, il mostro si annida spesso in famiglia, ed è la persona con cui si ha un legame filiale o parentale. Un dato interessante, che non emerge dalle schede con cui vengono raccolti i dati, ma dalle interviste agli operatori del progetto e che dunque conferma quando sottolineato in varie parti di questo *Rapporto*. Una

conferma importante, vista la particolarità del punto di vista (il pronto Soccorso, appunto), che, avrebbe bisogno di un supporto statistico più strutturato. Per avere un completo monitoraggio del fenomeno della violenza, senza sovrastimarla o sottostimarla, occorrerebbe un database unico con codici criptati, in cui una vittima, con tutte le sue caratteristiche socio demografiche e con quelle del suo aggressore possa essere rilevata una sola volta. Questa esigenza si scontra inevitabilmente e comprensibilmente, con le leggi a tutela della privacy e con la volontà di tutti coloro che operano contro la violenza di genere, di proteggere le persone che hanno seguito e che stanno seguendo da ogni minimo rischio di fuga di notizie. D'altra

parte è anche vero che affinché vengano elaborate delle politiche adeguate occorre essere informati sulla reale entità del fenomeno e su tutte le sue sfaccettature.

## 2.5. La nascita di un sistema: la formazione, il gruppo, le procedure

Se il progetto nasce, come sottolineato, da due pool specifici, la forza dello stesso è nel suo potere di diffusione, che però non sarebbe stato possibile se a loro volta i due attori iniziali non fossero stati pronti a mettere in discussione i loro ruoli e i loro linguaggi: come afferma infatti durante il Corso di formazione di Principina il Sostituto Procuratore Coniglio, essere una squadra significa anche *annacquare le competenze*. Il che significa far dire ad un procuratore *non vogliamo far emergere la violenza solo per reprimerla, ma anche per aiutare la vittima attraverso il Centro antiviolenza, le assistenti sociali, il percorso psicologico e sanitario ad assumere una capacità e una consapevolezza innanzitutto di essere tale, di essere vittima*.

Questo importante elemento emerge chiaramente dalle interviste, nelle quali il linguaggio utilizzato dai componenti della “squadra” si assomiglia fortemente, tanto da poter parlare di un nuovo linguaggio settoriale, fatto di contaminazioni reciproche che emergono anche dall’uso di metafore, aggettivi, modi di dire comuni. Un sincretismo linguistico testimone di una effettiva comunanza

*Abbiamo cercato di coinvolgere vari professionisti (...) Il Centro antiviolenza e le sue volontarie hanno sempre avuto un ruolo centrale nei nostri corsi. Quello che abbiamo fatto nel corso di dicembre è stata una cosa di grande umiltà: siamo stati insieme due giorni dicendo “facciamo squadra”, che vuol dire che un operatore sanitario non diventerà mai un magistrato e il magistrato non diventerà mai un operatore sanitario, ma l’uno deve sapere benissimo cosa pensa l’altro, una contaminazione profonda. Tutti poi dobbiamo imparare tantissimo da chi da tanti anni opera in un Centro antiviolenza, da chi ha quel quid che nei libri di diritto, di ostetricia, di infermiere, degli assistenti sociali non c’è.*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

di intenti che non significa solo prendere a prestito idiomi ed espressioni, ma ricrearli in maniera condivisa.

Tale passaggio, che testimonia la nascita di un sistema, è stato possibile grazie ad alcuni elementi centrali: partendo dalla consapevolezza di doversi mettere in gioco, *spogliarsi delle proprie divise*, gli stessi responsabili sono stati i primi a ricevere formazione. In questo passaggio fondamentale è stato il ruolo dei Centri antiviolenza, a cui sia nelle interviste sia durante il corso vanno spesso i ringraziamenti degli operatori. E’ attraverso questa formazione che gli operatori della Task Force hanno imparato a guardare negli occhi della vittima e a vederci lo sguardo di chi **spera che tu glielo chieda**.

Due elementi centrali vengono sottolineati durante le interviste.

Il primo punto è relativo all'importanza del triage, della formazione degli operatori addetti all'accoglienza nel Pronto Soccorso, che devono cercare di riconoscere in un accesso plurimo i segni di una violenza domestica, mascherati da scivoloni su pavimenti bagnati e distrazioni. Il tutto in una condizione di lavoro in cui

*Il punto su cui ci battiamo è questo: saper riconoscere, pensare che ogni volta ci possa essere una vittima di violenza e abuso di genere, ma ricordiamoci che questo progetto si rivolge a tutte le fasce deboli della popolazione.*

Breggia, Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Usl 9 Grosseto

le situazioni da fronteggiare sono molteplici; per il Pronto Soccorso di Grosseto, ad esempio, il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza parla di cento, centocinquanta utenti di media al giorno.

E' infatti dalla capacità di saper riconoscere la violenza che si attiva la procedura che, pur non essendo semplice, può portare ad ottimi risultati.



Un altro elemento fondamentale è la formazione degli operatori ad accettare che la vittima possa decidere di tornare dal proprio aggressore. Già negli scorsi *Rapporti* si è sottolineato, in linea con la letteratura a riguardo, come questo elemento emerga come forte criticità per le stesse operatrici dei Centri antiviolenza: non solo accettare che quella persona torni a casa, ma essere pronti ad accoglierla nuovamente quando tornerà con le stesse problematiche. E' così poi che quelli che inizialmente erano discenti, diventano docenti dei corsi: per formare nuovi operatori che entreranno nella Task Force di Grosseto o nelle Aziende sanitarie USL in cui sta partendo o partirà il Codice Rosa. Un'attività sempre in movimento quella della formazione, con liste di attesa e con richieste ritenute fondamentali, come quelle da parte delle scuole: andare a parlare agli studenti è infatti riconosciuta come una delle attività più importanti di prevenzione. Ed è proprio agli studenti che piace l'idea della "squadra" ed è con loro che sono nate alcune idee e anche alcuni termini, come "addestramento", parola ricorrente nelle interviste e che non appartiene né alla tradizione, né al linguaggio di genere.

***Tu devi lasciar uscire la vittima dal Pronto Soccorso, dandole però l'idea che lei può tornare e non sarà giudicata da nessuno, anche se non denuncia.** Questo mentre sei lì che hai un trauma, un codice rosso ... La difficoltà più grande è che devi essere in grado di accogliere la vittima nello stesso modo, senza un minimo di pregiudizio, la volta che tornerà. Se tu hai fatto bene il tuo lavoro, tornerà, è un assunto, soprattutto nelle violenze domestiche le persone tornano, magari tornano in Pronto Soccorso diversi, ma tornano, purtroppo la violenza domestica non si ferma. **Se la vittima va via, perché ha il diritto di farlo, non puoi dirle ciò che è giusto, non puoi violentarla dall'altro lato della tua situazione magari di manager,** dicendo "se io fossi in lei", oppure "ma che ci stai a fare, allora te la cerchi", perché sono questi gli stereotipi che vengono fuori. L'addestramento va fatto anche su questo aspetto, perché addirittura quando torna per la terza o quarta volta devi essere in grado di ridare alla vittima la stessa accoglienza. Noi abbiamo fatto un corso di formazione a dicembre sulla gestione dello stress dell'operatore della Task Force. Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa*

Un altro esempio di sincretismo e contaminazione.

Ma dove esiste un linguaggio

professionale, esiste una subcultura: le parole non vivono senza le persone che le utilizzano rendendole così vive. E l'esistenza di un qualcosa in più di una semplice équipe è un tema su cui tornano diverse interviste: la solidità del gruppo che lavora al Codice Rosa nasce anche da esigenze pratiche, come la necessità di un continuo confronto per

casi critici, non solo per decidere cosa fare, ma anche per non sentirsi soli perché il caso *sei costretta a chiudertelo addosso senza parlarne con nessun altro e a portartelo a casa senza dargli soluzione*. E nella Azienda UsI di Grosseto si respira un'aria diversa. Non è solo un'équipe, ma è un gruppo nel quale si sono costruiti anche rapporti di amicizia.

***Abbiamo costruito le procedure sul campo, non prima, quando abbiamo capito cosa realmente ci serviva, in che cosa eravamo in difetto. Le procedure sono state definite un anno e mezzo dopo rispetto all'attivazione del progetto. Noi abbiamo prima cercato di agire e su quello abbiamo scritto, sapevamo quali erano le cose giuste e quali erano le cose sbagliate.***

Pagliara, Dirigente Medico UsI 9 Grosseto, Vice Responsabile UsI Task Force - Codice Rosa

*Noi abbiamo un manuale di procedure per quanto riguarda l'aspetto sanitario ed è chiaro che queste s'intersecano con l'aspetto sociale. Nella procedura della presa in carico c'è l'intersecarsi con i servizi sociali e con il Centro antiviolenza. Nella procedura della presa in carico è proprio spiegato come ci si deve comportare, cosa devono fare l'operatrice del Centro antiviolenza, l'assistente sociale e l'operatore sanitario. Sicuramente il collegamento con la rete per noi è stato attivato, lo facevamo anche prima in maniera informale ma ora, con la delibera, non ci sono più problemi (...) Come avviene qualcosa a livello di Pronto Soccorso e la vittima dichiara di sentirsi in pericolo, di dover essere messa in protezione e di non poter tornare a casa, veniamo allertati io, e l'assistente sociale, che nel giro di poche ore si reca in Pronto Soccorso, si prende carico della situazione e mette in protezione la donna. Questo è decisamente un passo avanti.*

Pagliara, Dirigente Medico UsI 9 Grosseto, Vice Responsabile UsI Task Force - Codice Rosa

Un'eccezione?

Torneremo su questo punto nei prossimi paragrafi: quello che preme sottolineare in questo contesto è come il gruppo non sia sorto solo grazie a empatie personali; dietro c'è una forte idea di squadra, in cui fondamentale è la figura dell'allenatore. La partita di calcetto non nasce a caso, viene organizzata appositamente e il miracolo di poliziotti e carabinieri

che giocano insieme può avverarsi.

L'idea del gruppo, della necessità di coesione, fanno parte della *mission* del progetto la cui introiezione rientra nelle ore di formazione quanto la storia della nascita del Codice Rosa. Gli interventi, infatti, si rincorrono e si collegano, alternando dati, metodi, concetti, a racconti personali in cui l'aspetto

*E' la partita di calcetto in beneficenza, è il gruppo vero, valore che nella Pubblica Amministrazione è mancato, perché nella Task Force le porte sono aperte: si può entrare e si può uscire, ma chi resta ne condivide le regole.*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

emotivo non viene scacciato ma diventa parte integrante della "lezione".

E' così, dal gruppo integrato, che nascono le procedure codificate, che, come

*Con le donne vittime di violenza cerchiamo soprattutto di parlare, di dedicare loro più tempo possibile e di indicare una strada. C'è quella che ha bisogno del suo percorso, quindi siamo pronti a fornirle il numero del punto d'ascolto, possiamo anche contattarlo direttamente noi, possiamo contattare gli assistenti sociali; mi è capitato di parlare con lo psicologo per prendere un appuntamento, mi è capitato di parlare con la psicologa che si occupa di minori quando ci sono di mezzo i figli. Cerchiamo di instradare queste donne, di dare una risposta che non sia solo il referto con cui, se vogliono, possono fare la denuncia.*

Marchetti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Referente Sanitario Task Force - Codice Rosa Zona 1 Colline Metallifere

specifica  
to nel  
paragraf  
o  
preceden  
te,  
riguarda  
no il lato  
sanitario,  
il lato  
giudiziari  
o e  
quello  
assistenz

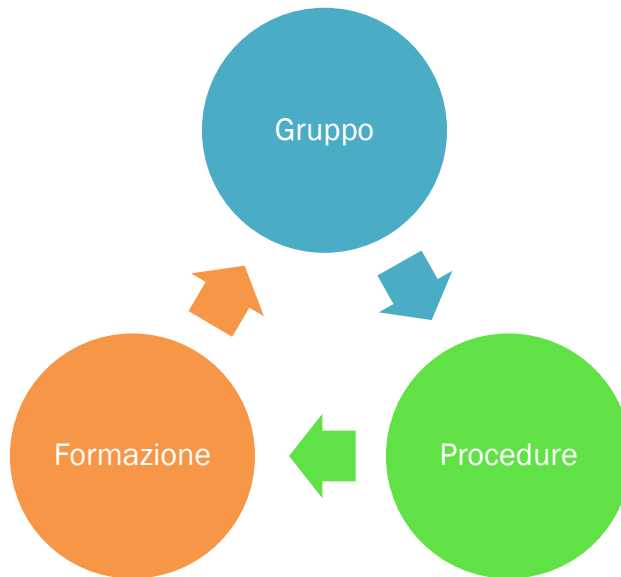
iale.

Il fatto che le procedure non siano limitate al lato sanitario e giudiziario, ma si siano ampliate anche al lato assistenziale, testimonia come il progetto si sia velocemente sviluppato ben oltre quelli che erano i suoi confini iniziali<sup>68</sup>.

<sup>68</sup> Fondamentali sono anche i tavoli di confronto periodici tra i componenti della Task Force. In particolare:

- quattro-sei volte all'anno si riuniscono tavoli a cui partecipano i referenti sanitari e sociali dei vari distretti che fanno capo alla Usl 9 di Grosseto per prendere in esame procedure, normativa e l'andamento generale del progetto;
- due volte all'anno vengono convocati i tavoli con i referenti sanitari e sociali allargati alle Forze dell'Ordine - a meno che non ci siano esigenze o emergenze particolari che richiedano la convocazione di un tavolo ulteriore - per prendere in esame procedure, normativa e l'andamento generale del progetto;
- i gruppi di lavoro sulla normativa e sulle procedure (per svilupparle e migliorarle) si riuniscono "al bisogno"

**Fig. 5 Il sistema Codice Rosa: la formazione, il gruppo, le procedure**



### **2.5.1. Punti di forza**

Se fino ad ora abbiamo cercato di utilizzare le parole degli intervistati per ripercorrere analiticamente la storia del Codice Rosa, lasciamo loro la parola per illustrare i punti di forza del progetto, che sono sintetizzabili in:

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

Riportiamo di seguito le parole degli operatori, in questo caso molto più rivelatrici di qualsiasi tentativo di analisi:

*Quando noi arriviamo, le persone dicono “le istituzioni ci sono”. In noi vedono le istituzioni che agiscono al di là delle parole*

- 
- gli audit sui casi specifici vengono convocati dalla dottoressa Doretta secondo necessità e spesso sono richiesti dal Gruppo Operativo che ha maggiormente il polso della situazione.

Lenzi, Infermiera presso USL 9 Nucleo Operativo Task Force Codice Rosa

*È cambiato innanzitutto il fatto che se ne parli, che **se ne parli in maniera coordinata.***

*Questo è stato il primo passo, a questo punto c'è una **collaborazione** che prima non c'era. Poi il fatto che se ne parli: **la popolazione è veramente più informata.***

Marchetti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Referente Sanitario Task Force - Codice Rosa Zona 1 Colline Metallifere

*Un'altra cosa che hanno fatto molto bene, durante i corsi di formazione, è l'invitarci ad **andare a parlare nelle scuole.***

Rispoli, Dottoressa Magistrale in Farmacia

*Un punto di forza è stata la collaborazione della task-force con le forze di polizia e con la procura per quanto riguarda la **raccolta delle prove** (...) Un altro punto di forza è stata la **collaborazione con il Centro antiviolenza**. Senza di loro penso che all'inizio avremmo avuto molte più difficoltà perché tante figure di questa rete si occupano di violenza ma sono poco collegate (...) La **collaborazione con il Centro antiviolenza per noi è stata fondamentale, soprattutto i loro insegnamenti sulla modalità di accoglienza, il farci capire che forse venivano in Pronto Soccorso delle vittime che non dichiaravano di essere delle vittime** (...) Sicuramente loro avevano da molti più anni di noi l'esperienza e sapere cosa vuol dire avere a che fare con una vittima di violenza è importante. L'**accoglienza** dell'operatore sanitario in Pronto Soccorso è fondamentale, così come quella delle forze di polizia.*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*Quando vediamo una buona pratica, la studiamo, vediamo se possiamo applicarla anche nel nostro progetto.*

Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9

*Elemento di forza, secondo me, sono le **persone che questo progetto l'hanno creato e ci lavorano tutti i giorni.***

Rispoli, Dottoressa Magistrale in Farmacia

*Prima tutto questo avveniva in base alla sensibilità dell'operatore e dal punto di vista socio-assistenziale è importante che, come fanno i Centri antiviolenza come volontariato, si seguano le persone a partire dagli aspetti più semplici da cambiare il medico, la residenza ... magari per chi ha problematiche più grosse anche questi aspetti più semplici possono diventare difficoltosi, il coinvolgere anche altri soggetti, tipo i servizi sociali, è una parte molto importante dello sviluppo di questo progetto e questo a Grosseto stiamo cercando di farlo, perché **la minima***

## **collaborazione di tutti permette di prendere la presa in carico completa delle vittime**

Bischeri, Ispettore Superiore Squadra Mobile Grosseto

Tra i punti di forza elencati, vale la pena evidenziare la costruzione di procedure nate dal basso e sul campo, e l'individuazione del sistema in toto come punta di diamante che è sottintesa in tutte le parole degli intervistati. È molto significativa, a tal proposito, l'intervista rilasciata dall'ispettore Bischeri che, arrivato nel Codice Rosa quando già il progetto aveva preso forma, indica come punto di forza la possibilità di prendersi in carico completamente la donna fino al suo re-inserimento nella società.

Medici, magistrati, infermieri, Forze dell'Ordine che, grazie alla formazione e al far parte di un gruppo, non vedono più davanti a loro pazienti, vittime o soggetti lesi, ma **persone**.

### **2.5.2 Punti di debolezza**

I punti di debolezza su cui convergono gli operatori della Task Force sono:

- le procedure che sebbene innovative devono ancora essere migliorate;
- i pregiudizi culturali;
- la mancanza di occasioni di confronto per i casi più difficili;
- l'eccessiva burocrazia;
- la mancanza di case rifugio.

*Credo che dal punto di vista delle procedure ci sia ancora molto da fare”*

Zuccherelli, Direttore Sanitario USL 9

*Gli elementi di debolezza ci sono sempre: innanzitutto non tutti sono pronti ad affrontare questa cosa, non tutti la capiscono, anche tra i colleghi. Secondo me l'elemento di debolezza più grosso è il giudizio, molti ancora giudicano le persone che arrivano, le persone che sono deboli. Se tu hai un pregiudizio è come se avessi una catena da cui non riesci ad uscire, questo ti porta indietro. Occorre formazione, formazione, formazione.*

Lenzi, Infermiera presso USL 9 Nucleo Operativo Task Force Codice Rosa

*Forse la cosa che ora ci manca di più è la discussione di casi particolari: comunque sono in progetto riunioni mensili, trimestrali a vario livello, proprio perché ci sono dei casi più difficili da seguire, che secondo me andrebbero in plenaria. Vengono comunque discussi, perché se ho un caso particolare mi posso comunque rivolgere*

*tranquillamente al dottor Pagliara o al dottor Bischeri della Polizia, però sui casi più difficili dovremmo poterci concentrare di più. Si tratta solo di tempo, tempo che manca e lo troveremo.*

Marchetti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Referente Sanitario Task Force - Codice Rosa Zona 1 Colline Metallifere

*Elemento di debolezza probabilmente è la tanta burocrazia che a volte ne ostacola l'andamento (...) a volte cose semplicissime, che potrebbero essere risolte in poco tempo, devono fare dei giri infiniti per ottenere dei risultati*

Rispoli, Dottoressa Magistrale in Farmacia

*Sai quante notti abbiamo passato a chiederci come mettere in protezione una persona anziana.*

Doretti, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

*Probabilmente dovremmo migliorare il collegamento tra i soggetti della rete e aumentare il numero di case accoglienza, case rifugio che diano un'accoglienza temporanea di 3-4 giorni per settimana e di quelle che poi diano un'accoglienza lunga, in quanto le vittime di maltrattamenti più importanti necessitano quasi sempre di un anno*

Pagliara, Dirigente Medico Usl 9 Grosseto, Vice Responsabile Usl Task Force - Codice Rosa

I punti di debolezza possono essere divisi in due macrocategorie: da una parte ciò che può essere migliorato all'interno della Task Force, come un numero maggiore di occasioni per discutere i casi, l'affinamento delle procedure, più eventi formativi per chi, ancora preda di pregiudizi culturali, vede la vittima come co-responsabile, dall'altra alcuni nodi fondamentali, che erano riecheggianti nei vari Rapporti per poi sfociare nel *III Rapporto*. La prima questione è: come far emergere la violenza sommersa? Le vittime che arrivano al Pronto Soccorso sono esempi di violenza fisica, dietro alla quale stanno vessazioni anche di altro tipo: non si tratta di violenza improvvisa, come può essere quella che proviene dallo sconosciuto per strada. Altri nodi cruciali sono i problemi pratici e logistici che riguardano la messa in sicurezza della donna. Se esistono delle procedure definite che prevedono il coinvolgimento dei servizi sociali, come fare nell'urgenza? Dove tenere le vittime che non possono tornare a casa? Le soluzioni si trovano sempre, con volontà e collaborazioni anche insperate, ma i problemi sussistono e sono quelli più volte raccontati dai Centri antiviolenza: la mancanza di case rifugio e la necessità di una rete coordinata di strutture a cui poter destinare la vittima e i minori eventualmente presenti, in modo da garantirle in prima istanza la sicurezza, in seguito la possibilità di un reinserimento sociale che le permetta di ricostruirsi un'identità e un'autostima profondamente segnate dai soprusi.

## 2.6. Sviluppi futuri

Le funzioni iniziali del Codice Rosa erano fondamentalmente tre: curare, proteggere, e assicurare alla giustizia i colpevoli. Il progetto nasce infatti dalle criticità riscontrate nel lavoro di due gruppi ben distinti: l'Azienda Sanitaria USL e la Procura.

E' necessario partire da qui per capire e rielaborare le critiche e le titubanze che ha suscitato in alcuni attori questo progetto.

Come sottolineato nel *III Rapporto* il legame tra sanitario e sociale è stato vissuto con sospetto da alcuni componenti delle reti locali contro la violenza di genere: sono state rilevate delle criticità esplicite rispetto al porre nell'azienda sanitaria il centro di coordinamento come previsto dalla LR 59/2007. Queste perplessità sono emerse durante i focus group, erano palpabili alle iniziative regionali, sono state esplicitate chiaramente nel documento dell'*Unione Province Italiane* (UPI) - *Toscana*<sup>69</sup>.

<<Un rischio che la metodologia di intervento dei Centri antiviolenza, vuole evitare è la sanitarizzazione del problema della

*Il lavorare in rete permette di risolvere tutte queste problematiche, prendersi in carico il problema a 360 gradi da un punto di vista investigativo, giudiziario, sanitario e **assistenziale***

Bischeri, Ispettore Superiore Squadra Mobile Grosseto

violenza di genere in quanto porta a diverse errate convinzioni>> (Bruno, 2011). I rischi rilevati, ruotano intorno alla preoccupazione di perdere quell'*expertise* costruito in tanti anni di lavoro dai centri e dalle reti locali nate intorno ad essi: il metodo di lavoro dei centri infatti parte dal concetto di **autodeterminazione della donna** e vede la sua uscita dalla violenza dentro un percorso di **autonomia** che la pone al centro come soggetto di diritti<sup>70</sup>. Alla base di questo c'è l'imprinting dei centri che, come si legge nella descrizione di Tosca<sup>71</sup>, in linea con lo Statuto di D.I.re (Donne in rete contro la violenza)<sup>72</sup> sono <<gestiti da associazioni di donne che affrontano il tema della violenza maschile sulle donne secondo **l'ottica della differenza di genere**, collocando le radici di tale violenza nella storica, ma ancora attuale, **disparità di potere tra uomini e donne** nei diversi ambiti sociali>>.

<sup>69</sup> *III rapporto*, p. 51

<sup>70</sup> I punti sottolineati riguardano il rischio di pensare che qualsiasi operatore socio-sanitario sia in grado di occuparsi delle vittime, che invece hanno bisogno di specifiche attenzioni da parte di personale specializzato. Un altro aspetto messo in evidenza è la tendenza a sottovalutare la pericolosità dell'aggressore, mettendo così a rischio l'incolumità della donna (Bruno, 2011).

<sup>71</sup> Tosca è il coordinamento formato da Centri antiviolenza non istituzionali della Toscana.

<sup>72</sup> L'associazione D.i.Re raccoglie in un unico progetto 60 associazioni di donne che affrontano il tema della violenza maschile sulle donne secondo l'ottica della differenza di genere (<http://www.direcontrolviolenza.it/>)



La stessa definizione di “fascia debole” appare in forte contrasto con la filosofia che sta alla base della nascita dei Centri antiviolenza. Come spiegare allora il rapporto della Task Force con i Centri antiviolenza di Grosseto che appare, invece, molto proficuo?

Come già accaduto con i protocolli regionali, gli atti formali, con il loro fondamentale potere normativo, non riescono a dare conto della complessità né, soprattutto, della diacronicità di fenomeni costruiti da persone: legge, regole e burocrazia non riescono a volare alla stessa velocità delle idee. Sono atti performativi: ad essi dobbiamo ricondurci per ricostruire, ma non bastano.

*Quando ci sono i momenti di formazione, io sono sempre presente. Non posso dire che con il progetto del Codice Rosa si stia cercando di ospedalizzare la donna. A Grosseto questo non succede, se poi questo accade in altre parti è chiaro che non va bene. Spesso non si tengono in considerazione i Centri antiviolenza che hanno bisogno del sostegno economico perché hanno dei saperi che sono diversi da quelli del Pronto Soccorso, hanno una metodologia strutturata e assolutamente collaudata. Non è che se esiste l'uno non deve esistere l'altro, non è possibile, i Centri antiviolenza sono indispensabili perché la donna una volta curate le ferite deve uscire da questa situazione di violenza se si vuole che ci sia un miglioramento nella società.*

Lepri, Responsabile del Centro antiviolenza di Grosseto

Nel frattempo, come abbiamo visto, sono state messe a punto anche le procedure per l'assistenza sociale. Un atto formale, che testimonia un elemento fondamentale: la presa di coscienza che curare, assistere, proteggere e investigare non basta. Le vittime hanno bisogno di un futuro da costruire, non basta curare le ferite. Serve un sostegno che le aiuti a ricostruire se stesse e il proprio futuro: un supporto psicologico ed anche logistico dunque. Un luogo sicuro dove stare e un aiuto per re-inserirsi nel mondo del lavoro, nel caso di persone in età lavorativa.

In questo passaggio fondamentale è stata la **formazione**, in cui i Centri antiviolenza hanno avuto un ruolo prioritario: hanno insegnato agli operatori a cambiare punti di vista, a vedere oltre, a domandarsi *perché le vittime chiedono che sia loro chiesto*, hanno spiegato e dovranno ancora spiegare come reagire davanti ad una vittima che non vuol denunciare o che decide di tornare dal suo carnefice. Quest'ultimo è probabilmente l'elemento più complesso del lavoro con vittime di violenza domestica, l'aspetto su cui è necessaria la maggior formazione.

Al Corso di formazione di Principina è capitato di carpire i commenti di operatori e operatrici sanitarie in difficoltà nell'accettare la possibilità di accessi ripetuti senza che a questi si accompagni la volontà di denuncia, commenti che testimoniano la distanza di chi non conosce il fenomeno e che testimonia la solidità e la fondatezza delle perplessità espresse dai Centri antiviolenza.

La matrice di genere adottata dai Centri antiviolenza, frutto di anni di lavoro e di studi, ci insegna che per capire e interpretare il fenomeno è necessario adottare un punto di vista ben preciso che collochi la violenza nella **particolare strutturazione**

**della società e nella disparità nella distribuzione del potere** tra uomini e donne nei differenti ambiti sociali, economici, politici<sup>73</sup>.

Per poter massimizzare l'efficienza e l'efficacia del progetto sarà fondamentale l'attenzione alle situazioni in cui andrà ad agire, adeguando il progetto e la sua crescita alle diverse realtà locali: come emerso chiaramente nei *Rapporti sulla violenza di genere*, infatti, nella nostra regione esistono situazioni molto differenti; si va da territori in cui prassi e procedure contro la violenza esistono da anni e dalla cui esperienza nasce e si sviluppa il dibattito regionale che ha portato anche alla stesura della LR 59/2007 e delle successive *Linee guida* ai territori in cui invece è stata la legge a spingere verso la strutturazione di rapporti meno consolidati. E' necessario dunque adottare quello stesso pragmatismo citato da più voci come punto di forza del Codice Rosa: prima di codificare e scrivere, fare e sperimentare<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Si veda anche la definizione di femicidio riportata nell'introduzione alla Parte I

<sup>74</sup> C'è un esempio che ci pare calzante nella storia stessa delle reti locali. Durante il lavoro svolto per il *Il Rapporto* un'operatrice dei centri raccontò che la loro struttura collaborava con il centro di aiuto alla vita. Per un giovane lettore potrà apparire normale, ma dietro a questa collaborazione c'è l'arte di conciliare l'inconciliabile, nel bene della vittima. I Centri antiviolenza e i centri di aiuto alla vita hanno statuti diversi: autodeterminazione della donna da una parte, e opposizione «alla legge 194/78, così come ad ogni provvedimento che voglia introdurre o legittimare pratiche abortive, eutanasiache e di manipolazione intrinsecamente soppressive della vita umana» (Movimento per la vita italiano, 2009) dall'altra. Nonostante questo si comunque si sono mossi insieme, nell'esperienza citata, per la difesa della donna.

### 3. La situazione nei Pronto Soccorso della Regione Toscana non inclusi nella sperimentazione sul Codice Rosa

#### 3.1. Tra sociale e sanitario: un incontro

di *Luca Puccetti*<sup>75</sup>

Qui di seguito verrà affrontato il terzo approfondimento del rapporto che nasce da un incrocio di prospettive.

Un primo aspetto deriva dal lavoro di analisi del fenomeno violenza di genere svolto dalla rete degli Osservatori sociali, già descritto nella Premessa a questo *IV Rapporto*. A questo si è unita la ricostruzione del quadro generale entro cui si muovono le reti contro la violenza di genere che, per questo lavoro, in accordo con le *Linee Guida*, ha l'ambizioso obiettivo, di allargare l'orizzonte di analisi studiando le iniziative che nel territorio toscano lavorano sul tema della violenza di genere, in modo particolare alla sperimentazione del Codice Rosa.

Questa prospettiva ha incontrato l'esigenza conoscitiva delle strutture sanitarie della Regione Toscana di monitorare la situazione esistente<sup>76</sup> per quanto concerne le azioni e gli interventi messi in atto nelle strutture sanitarie stesse riguardo casi di violenze suddivisi per particolari fasce di popolazione, con l'obiettivo di calibrare nel modo migliore i tempi e le modalità di una estensione del Progetto Codice Rosa a tutto il territorio toscano.

Una volta avviato l'approfondimento sul Codice Rosa, il gruppo di lavoro degli Osservatori sociali si è posto la domanda di quale fosse la situazione nei Pronto Soccorso non oggetto di sperimentazione e tale ricognizione ha incrociato il bisogno legato alla programmazione sanitaria in vista di un ampliamento territoriale del progetto Codice Rosa.

Un simile approccio, tra l'altro, rispetta e applica molto bene il compito che la legge assegna all'Osservatorio sociale regionale, ovvero di «sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di

---

<sup>75</sup> Funzionario della programmazione della Regione Toscana. Referente per l'Osservatorio Sociale Regionale

<sup>76</sup> Come più volte ricordato, con la Delibera G.R. n.495/2011 il Codice Rosa diventa progetto regionale che dal 1° gennaio 2012 viene esteso in forma sperimentale a quattro Aziende Usl.

genere per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio»<sup>77</sup>.

Il lavoro esposto qui di seguito è pertanto il frutto di richieste ed esigenze convergenti di diverse strutture regionali che, nell'ambito del proprio ruolo e funzioni, uniscono le forze con l'obiettivo, l'interesse e la necessità di *allargare lo sguardo*, ampliare i dati e le informazioni sui servizi territoriali, sulle pratiche contro la violenza di genere, e tutto questo al fine di stimolare la riflessione e supportare le policy.

### 3.2. La scheda di rilevazione

#### **Osservatorio Sociale Provinciale di Pisa**

La rilevazione si è articolata nel periodo maggio - settembre 2012: nei primi due mesi si è sviluppata la fase di elaborazione del questionario – definito in modo condiviso con la Regione Toscana e la Rete degli Osservatori Sociali Provinciali –, la fase di somministrazione e di raccolta dei questionari iniziata a luglio si è conclusa ad inizio settembre. Nel mese di settembre è stata, infine, realizzata l'attività di analisi dei dati<sup>78</sup>.

Il questionario è stato inviato ai responsabili dei Pronto Soccorso non inclusi nella sperimentazione sul Codice Rosa - precedentemente contattati dalla Regione Toscana - a metà luglio (precisamente in data 16 luglio).

Nonostante il periodo estivo, tutte le strutture selezionate hanno compilato il questionario e hanno partecipato con sollecitudine e collaborazione rispettando i tempi previsti; l'ultima scheda è stata inviata il 5 settembre.

La compilazione del questionario, somministrato attraverso l'applicazione open source Lime Survey<sup>79</sup>, era effettuabile interamente on line: i responsabili dei Pronto Soccorso attraverso un link personalizzato ricevuto tramite mail, potevano accedere al questionario e rispondere – nel momento ritenuto più adatto e anche in più tempi – alle domande proposte.

Il sistema non ha presentato particolari difficoltà, nessuna struttura ha necessitato o richiesto assistenza o supporto per la compilazione (operata in modo corretto da tutti i Pronto Soccorso).

Il questionario comprendeva quaranta domande, organizzate in tre sezioni - oltre alla parte anagrafica iniziale –, relative alle diverse categorie di soggetti

---

<sup>77</sup> L.R. 41/2005 art. 40

<sup>78</sup> L'analisi è stata articolata su due livelli: uno, ad opera di questo Osservatorio Sociale Provinciale che ha analizzato i dati nel dettaglio mettendoli a disposizione del Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale*, l'altro, effettuato dalle curatrici di questo lavoro, è riportato nelle pagine successive

<sup>79</sup> Lime Survey è un software open source che permette la realizzazione gratuita e libera di questionari e sondaggi online; <http://www.limesurvey.org/>

vittime di violenza: donne, bambini e altri soggetti ritenuti vulnerabili (anziani, omosessuali, disabili, migranti).

Il questionario era composto prevalentemente da domande chiuse a scelta multipla; soltanto le domande ritenute fondamentali sono state predisposte come obbligatorie, in generale però le strutture hanno risposto a tutte le domande.

### **3.3. La presenza di prassi specifiche per l'accesso nei Pronto Soccorso regionali**

In questo paragrafo vengono presentati i dati più rilevanti emersi dalla rilevazione delle prassi per l'accesso dei soggetti che il Codice Rosa definisce "fasce deboli", nei Pronto Soccorso in cui questo non è ancora attivo. Se per rispondere alle esigenze del PSSIR la scheda proposta è entrata nel dettaglio dei singoli campi di azione riferibili a tali categorie, qui l'attenzione è posta in particolare verso le prassi contro la violenza di genere.

In venti Pronto Soccorso su ventisei esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro le donne, in dodici contro i bambini.

Minore il numero di strutture che dichiarano di avere pratiche specifiche per la gestione di soggetti appartenenti ad altre categorie (anziani, omosessuali, disabili, migranti) come mostra la tabella 1.

Nessuno di questi progetti riceve alcun tipo di finanziamento direttamente collegato a tali attività.

**Tab. 1 Nel vostro Pronto Soccorso esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro le categorie indicate? Avete mai sperimentato prassi di questo genere nel passato? Frequenze di risposta**

	Donne	Bambini	Anziani	Omosessuali	Disabili	Migranti	Altro <sup>80</sup>
Sì	20	12	5	2	3	2	1
In passato	1	1	3	2	1	1	0
Mai	5	13 <sup>81</sup>	18	22	22	23	25
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

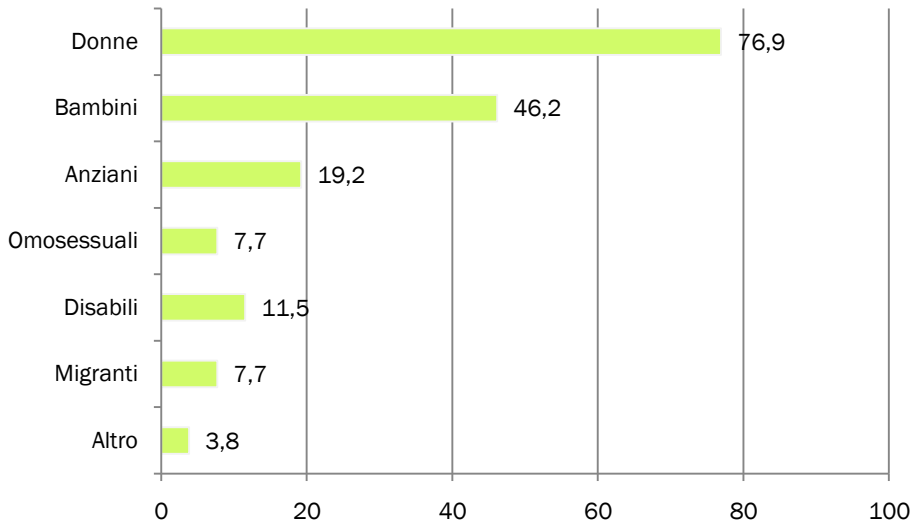
<sup>80</sup> Si tratta di persone soggette a misure restrittive della libertà personale.

<sup>81</sup> Sono inclusi due casi che hanno risposto "non so"

**Tab. 2 Elenco dei Pronto Soccorso che hanno compilato la scheda di rilevazione**

Pronto Soccorso	Provincia
Abbadia San Salvatore	Siena
AOU Careggi	Firenze
AOU Meyer	Firenze
Azienda Ospedaliera Pisana	Pisa
Azienda Ospedaliera Senese	Siena
Borgo San Lorenzo	Firenze
Campostaggia	Siena
Carrara	Massa-Carrara
Cecina	Livorno
Elba	Livorno
Empoli	Firenze
Figline Valdarno	Firenze
Fivizzano	Massa-Carrara
Livorno	Livorno
Massa	Massa-Carrara
Nottola	Siena
Pescia	Pistoia
Piombino	Livorno
Pistoia	Pistoia
Pontedera	Pisa
Pontremoli	Massa-Carrara
San Giovanni di Dio	Firenze
Santa Maria Annunziata	Firenze
Santa Maria Nuova	Firenze
Valle del Serchio	Lucca
Volterra	Pisa

**Graf. 1 Nel vostro Pronto Soccorso esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro le categorie indicate? Percentuale di Pronto Soccorso che hanno risposto Sì per categoria indicata**



Complessivamente ventuno strutture hanno prassi specifiche contro almeno un tipo di violenza verso le categorie riconducibili alle “fasce deboli” del Codice Rosa. E’ interessante notare come tutti questi Pronto Soccorso presentano prassi contro la violenza alle donne, con l’unica eccezione dell’Azienda Universitaria Ospedaliera Meyer, nel cui Pronto Soccorso sono attive solo prassi specifiche contro la violenza sui bambini. In particolare i Pronto Soccorso hanno:

- in 8 casi solo percorsi per i casi di violenza sulle **donne**;
- in 6 casi percorsi per i casi di violenza sulle **donne** e sui **bambini**;
- in 5 casi percorsi per i casi di violenza su **donne, bambini** e su almeno una delle **altre categorie** considerate;
- in 1 caso percorsi per i casi di violenza su **donne** e almeno una delle **altre categorie** considerate;
- in 1 caso solo percorsi per i casi di violenza sui **bambini**;
- in 5 casi nessun tipo di percorso specifico.

Da ciò emergono due elementi fondamentali: se da una parte nelle strutture sanitarie toscane si rileva la presenza di un *background* di grande attenzione alla necessità di percorsi e prassi ad hoc per l’accesso di vittime di violenza, dall’altra il fatto che il percorso specifico per l’accesso delle donne sia quello più diffuso lascia ipotizzare una contaminazione e una relazione tra questa prassi e l’azione di sensibilizzazione condotta dalle reti locali contro la violenza di genere.

Nelle tabelle 4 e 5 sono sintetizzati i tipi di prassi adottati dalle strutture sanitarie in oggetto. La pratica in uso nella quasi totalità di Pronto Soccorso con percorsi specifici è l'attivazione di una corsia preferenziale che preveda la consulenza di medici specialistici. Anche la collocazione in uno spazio dedicato, forse la caratteristica più nota del Progetto Codice Rosa, è una prassi molto comune, seguita dalla possibilità di un colloquio con personale formato sul tema.

Per i percorsi specifici per l'accesso di casi pediatrici e di altre categorie vulnerabili, frequente è anche la segnalazione al giudice competente e l'attivazione di percorsi nell'ambito del sociale.

Nella tabella 6 per donne e bambini sono riportate anche le percentuali di prassi, calcolate sia sulle strutture che hanno attivato tali percorsi, sia sul totale dei ventisei Pronto Soccorso considerati nella rilevazione.

Un elemento problematico rimane quello della raccolta dei dati: solo tre Pronto Soccorso con prassi per la violenza sulle donne e i bambini adottano un sistema di rilevazione specifico per monitorare tali informazioni (tab. 3), mentre uno utilizza un codice aggiuntivo inserito nella scheda nosologica. Nel caso della categoria *altro*, inoltre, le modalità indicate hanno solamente lo scopo di evidenziare il caso a fini sanitari, non in vista di una successiva analisi.

**Tab. 3 Utilizzate qualche metodo specifico per monitorare l'accesso di casi di violenza contro le donne e i bambini? Frequenze per metodo e tipo di vittima**

	Donne	Bambini
Inserimento di un codice aggiuntivo nella scheda nosologica	1	1
Compilazione di una scheda specifica creata ad hoc	3	3
Altro	3	0
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

Percentuale sul totale dei Pronto Soccorso prassi specifiche	35,0	33,3
--	------	------

Ritorna dunque il tema dell'analisi dei dati: da una parte l'estrema attenzione alla tutela della privacy, dall'altra l'esigenza di monitorare il fenomeno per poter fornire risposte più efficaci ed efficienti. Nessuna struttura usa per l'archiviazione dei dati un sistema informativo diverso dal flusso del Pronto Soccorso.



**Tab. 4 Nel vostro Pronto Soccorso esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro le categorie indicate? Frequenze per tipo di prassi**

	Donne	Bambini	Anziani	Omosessuali	Disabili	Migranti
Collocazione della persona in uno spazio particolare	14	10	4	2	3	2
Organizzazione di un colloquio con personale formato su questo tema	10	6	2	2	2	1
Attivazione all'interno del presidio ospedaliero di una corsia preferenziale per la diagnosi di specialisti	18	11	3		3	2
Segnalazione immediata al giudice competente (non prevista)		6	4	1	2	2
Segnalazione immediata all'assistente sociale (non prevista)		6	5	1	3	2
Altro <sup>82</sup>	2					

**Tab. 5 Nel vostro Pronto Soccorso esistono prassi specifiche per l'accesso di casi di violenza contro donne e bambini? Percentuali di risposta per tipo di prassi**

	Percentuale sui PS con procedure		Percentuale sul totale dei PS	
	Donne	Bambini	Donne	Bambini
Collocazione della persona in uno spazio particolare	70,0	83,3	53,8	38,5
Organizzazione di un colloquio con personale formato sul tema	50,0	50,0	38,5	23,1
Attivazione all'interno del presidio ospedaliero di una corsia preferenziale per la diagnosi di specialisti	90,0	91,7	69,2	42,3
Segnalazione immediata al giudice competente (non prevista)		50,0		23,1
Segnalazione immediata all'assistente sociale (non prevista)		50,0		23,1
Altro	10,0		7,7	

<sup>82</sup> si tratta di:

- Prelievi secondo procedura e profiliassi biologica
- Esistenza di un protocollo aziendale per i casi di violenza di genere secondo cui le pazienti vengono trattenute in osservazione in ginecologia dove solo in un secondo tempo e in casi selezionati vengono attivati psicologi e/o psichiatri.

### 3.4. I contatti con la rete territoriale contro la violenza di genere

L'importanza della presenza di una rete attiva contro la violenza di genere emerge anche andando ad analizzare le relazioni che esistono tra struttura sanitaria e rete: su ventisei Pronto Soccorso, dieci dichiarano di avere una relazione continuativa con la rete, dieci saltuaria. Nella tabella 6 questo dato è messo in relazione con la presenza o meno di prassi specifiche contro la violenza alle donne nella struttura considerata: in tre casi questi contatti, seppur saltuari, esistono anche in mancanza di specifiche prassi contro la violenza di genere.

**Tab. 6 Avete relazioni con la rete territoriale per i casi di violenza di genere? (Associazioni, istituzioni, consultori, centri di ascolto, Forze dell'Ordine, etc) e esistenza di prassi contro la violenza sulle donne**

	Esistono prassi per l'accesso di donne vittime di violenza		Totale
	Si	No	
Si, relazione continuativa	10		10
Si, relazione saltuaria	7	3	10
No	3	3	6
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>26</b>

In tre casi, invece, all'esistenza di prassi per l'accesso di donne vittime di violenza non fa seguito una relazione con la rete territoriale. In questi tre casi la causa addotta riguarda la mancanza di procedure specifiche.

Nella tabella 7 è riportato il riepilogo delle risposte alla domanda inerente le motivazioni della mancanza di relazione tra Pronto Soccorso e rete.

**Tab. 7 Perché non avete relazioni con la rete territoriale per i casi di violenza di genere? (Associazioni, istituzioni, consultori, centri di ascolto, Forze dell'Ordine, etc). Domanda a risposta multipla (rivolta solo ai Pronto Soccorso che dichiarano di non avere relazioni con la rete territoriale)**

	Frequenze
Non esistono procedure codificate	5
Non conosco nessuna rete territoriale	1
Altro (non ho partecipato perché non mi è stato richiesto)	1

Tra i venti Pronto Soccorso che hanno contatti con la rete territoriale, cinque non segnalano i casi ai soggetti che compongono le rete; anche per questa tabella il dato è stato messo in relazione con la presenza di prassi specifiche per l'accesso delle donne vittime di violenza.

**Tab. 8 Segnalate i casi di violenza ai soggetti delle rete territoriale? Ed esistenza di prassi contro la violenza sulle donne (domanda rivolta solo ai Pronto Soccorso che dichiarano di avere relazioni con la rete territoriale)**

		Esistono prassi per l'accesso di donne vittime di violenza		
		Sì	No	Totale
Segnalazione dei casi di violenza ai soggetti della rete	Sì	12	3	15
	No	5		5

### 3.5. I Pronto Soccorso e l'accesso di pazienti vittime di violenza

Come sottolineato nell'introduzione, scopo di questo monitoraggio era anche quello di mappare la situazione per capire su quale terreno si inserirà il Progetto Codice Rosa. Fino a questo punto l'attenzione è stata posta su prassi e strutture: l'esperienza delle reti territoriali contro la violenza di genere, così come il successo dello stesso Codice Rosa a Grosseto, dimostrano però come, per rendere realmente efficiente e efficace un progetto, non si possa prescindere da coloro che sono chiamati a metterlo in pratica quotidianamente.

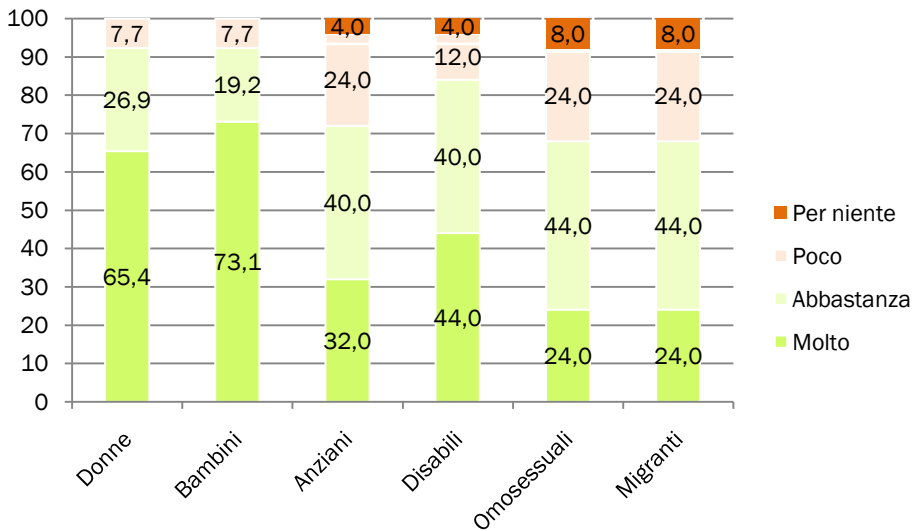
Secondo i responsabili che hanno compilato le schede di rilevazione, il personale dei Pronto Soccorso è **molto sensibile al tema della violenza**, in particolare quando le vittime sono bambini.

Viene segnalata una minor sensibilità alla violenza contro altri tipi di soggetti vulnerabili, come anziani, omosessuali e migranti (un terzo dei responsabili ritiene infatti che su questo tema ci sia poca sensibilità da parte degli operatori o che addirittura questa sia assente).

**Tab. 9 Crede che il personale del suo Pronto Soccorso sia sufficientemente sensibilizzato su questo tema? E violenza contro. Frequenza di risposte per categoria**

	Donne	Bambini	Anziani	Disabili	Omosessuali	Migranti
Molto	17	19	8	11	6	6
Abbastanza	7	5	10	10	11	11
Poco	2	2	6	3	6	6
Per niente	0	0	1	1	2	2
<b>Totale risposte</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
Non risponde	0	0	1	1	1	1
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

**Graf. 2 Crede che il personale del suo Pronto Soccorso sia sufficientemente sensibilizzato su questo tema? Violenza contro: Percentuale di risposte per categoria**



Due riflessioni su questi dati:

- Dei diciannove Pronto Soccorso che dichiarano *molta* attenzione verso i casi pediatrici, nove non hanno pratiche specifiche per l'accesso di bambini vittime di violenza.
- I casi in cui si rileva *molta* sensibilità verso la violenza contro le donne riguardano anche Pronto Soccorso in cui non sono presenti prassi per tutelare le vittime di questo tipo di violenza, ma che si trovano in **zone con un Centro antiviolenza** presente da molti anni e particolarmente **attivo**.

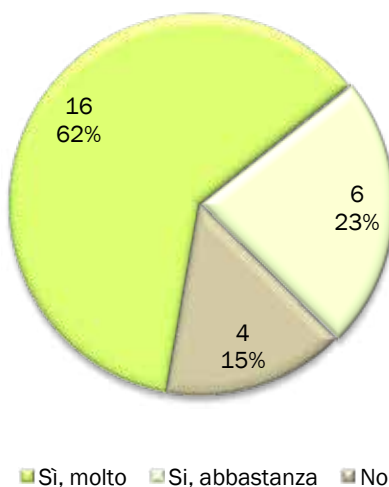
Guardando al futuro, sono quattro i Pronto Soccorso che pensano di istituire prassi contro la violenza alle donne, due lo ipotizzano. Sono invece otto su quattordici i Pronto Soccorso che dichiarano di pensare ad istituire in futuro percorsi specifici per l'accesso di casi pediatrici, mentre per le altre categorie sono solo sei strutture su venti a ritenere possibile lo sviluppo di tali pratiche.

**Tab. 10 Avete in progetto di attivare una procedura specifica per i casi di violenza contro una delle seguenti categorie? Numero di risposte**

	Donne	Bambini	Altra categoria <sup>83</sup>
Si	4	8	6
Forse	2	4	8
No		2	6
<b>Totale risposte</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>
Hanno già tale prassi	20	12	6
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

Complessivamente l'85% dei Pronto Soccorso sono interessati alla sperimentazione del Codice Rosa: di questi sedici si dichiarano *molto* interessati.

**Graf. 3 Sarebbe interessato a sperimentare il codice rosa nel suo Pronto Soccorso? Frequenza e percentuale di risposte**



A dirsi non interessati all'esperienza del Codice Rosa sono i responsabili di quattro Pronto Soccorso che hanno già prassi specifiche per le donne e che, tranne in un caso, non sono nei comuni capoluogo. Il dato appare interessante se confrontato con quanto rilevato nel *III Rapporto*: studiando le reti territoriali contro la violenza di genere, era emersa una certa difficoltà degli attori "periferici" rispetto alle pratiche spesso

<sup>83</sup> Le categorie sono state raggruppate in quanto i soggetti che hanno risposto sì dichiarano di essere intenzionati ad attivare prassi per tutte le categorie indicate (anziani, disabili, migranti, omosessuali)

informali messe in atto da una rete talvolta percepita come lontana<sup>84</sup>. La riflessione si lega anche alle motivazioni presentate nella tabella 7: a rilevare la mancanza di procedure codificate come causa della mancata relazione con la rete territoriale contro la violenza sono due Pronto Soccorso non situati in capoluoghi di provincia e uno parte di un territorio in cui la rete territoriale non è codificata attraverso un Protocollo d'Intesa.

Il panorama è dunque eterogeneo: se per progettare il futuro si parte dall'analisi del presente, è necessario sottolineare come la situazione qui descritta pare condizionata da tre fattori fondamentali:

- una sensibilità alla questione della violenza di genere, frutto del lavoro della rete territoriale
- la presenza di pratiche assimilabili al Codice Rosa nella caratteristica più nota, cioè la collocazione del paziente in uno spazio protetto
- il contatto con i servizi sociali e l'autorità giudiziaria nel caso di bambini, anziani, disabili.

Terzo settore, sanitario e sociale nei fatti e nelle influenze interagiscono già: un punto a favore della sperimentazione di servizi integrati.

**Fig. 1 Elementi che hanno influenzato l'adozione di prassi specifiche per le vittime di violenza nei Pronto Soccorso**



<sup>84</sup> III Rapporto, Parte I, capitolo 3.

## Riflessioni conclusive

*La Regione Toscana riconosce che ogni tipo di violenza di genere, psicologica, fisica, sessuale ed economica, ivi compresa la minaccia di tali atti, la persecuzione, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, costituisce una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica e costituisce un'autentica minaccia per la salute ed un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta.*

(LR 59/2007)

Dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012, cinquemilasettecentoventitre donne si sono rivolte alle strutture che in Toscana svolgono attività di Centro antiviolenza. Un trend in aumento: si va dai 1.761 casi del 2009-2010 ai 2.033 dell'ultima annualità considerate.

I dati raccolti in questi tre anni dimostrano che la violenza è un fenomeno trasversale rispetto alle tradizionali caratteristiche socio-demografiche utilizzate per descrivere e prevedere fenomeni sociali: si tratta di donne che hanno titoli di studio più alti della media, di età variabile, con una proporzione di occupate, in modo più o meno stabile, in linea con la media Toscana. Nella stessa direzione vanno le informazioni fornite dal Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti: è l'intimità della relazione con la vittima la caratteristica comune agli uomini che si rivolgono al CAM, mentre le variabili socio-demografiche non riescono a tracciare la figura di un aggressore tipo.

Delineare le caratteristiche delle utenti non serve dunque a "spiegare" le cause della violenza, ma a capire quali siano i bisogni delle vittime e quali gli interventi che il decisore pubblico può mettere in campo per facilitarne il percorso di uscita. Allo stesso modo uno sguardo territoriale, affidato ai singoli Osservatori Sociali Provinciali, può stimolare una riflessione su quali strumenti e quali percorsi facilitino nella vittima i *primi venti passi* per uscire dalla situazione di violenza in cui si trova.

Nel riproporre la fotografia delle utenti si fa sempre più esplicita la necessità di andare oltre e di interrogarsi su questi elementi: cosa facilita nella donna la decisione di prendere consapevolezza della situazione che sta vivendo, di smettere di considerarla "normale" e di uscirne? Un interrogativo che l'immagine in copertina vuol rappresentare insieme alla necessità di scoprire "che cosa c'è là fuori": la donna deve essere messa in condizione di sapere che cosa la attende. Resta dunque da approfondire quest'ultimo aspetto che riguarda anche la capacità di risposta data da un territorio, non solo in termini di accoglienza, ma anche di percorsi di uscita e di re-inserimento delle donne.

Il lavoro dei Centri ci suggerisce quanto sia fondamentale la ricostruzione di un'identità che la violenza ha frammentato e spezzato e quindi una ri-motivazione della donna in quanto soggetto attivo, determinante e artefice del proprio destino. Un percorso che ha bisogno di informazioni, ascolto, supporto psicologico che le operatrici dei Centri

offrono, come i dati presentati evidenziano, ma che non può prescindere da esigenze pratiche: una casa, un lavoro, la possibilità di camminare da sola, anche economicamente.

In questo senso è estremamente interessante che gli operatori di un progetto come il Codice Rosa, nato in ambito sanitario e con il chiaro intento di prendersi cura delle vittime di soprusi fisici e sessuali e di assicurare alla giustizia i loro aggressori, si siano interrogati sulla necessità di attivare procedure che coinvolgano anche l'ambito sociale: servono *policies* che aiutino le donne a ricominciare in sicurezza, in primis, quindi, case rifugio protette e segrete.

Oltre al legame tra sociale e sanitario, che appaiono più connessi di quanto comunemente si pensi, in questo *IV Rapporto* si affronta per la prima volta anche la problematica dell'azione su coloro che compiono la violenza, attraverso la descrizione delle attività svolta dal Centro di Ascolto per Uomini Maltrattanti: una pratica importante che cerca di agire sulle cause della violenza, attraverso azioni di recupero e rieducazione degli aggressori e si inserisce nell'ambito delle politiche messe in campo nella Regione Toscana contro la violenza di genere.

Un compito, quello «di armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio<sup>85</sup>», che il legislatore attribuisce all'Osservatorio Sociale Regionale e che questo lavoro vuol contribuire a concretizzare delineando un percorso che, a partire dalla strutturazione dello stesso, ha cercato di ragionare in una logica integrata, nell'ottica della ricerca-azione, in stretta collaborazione con il Settore *Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale*.

Un lavoro di tessitura complesso, specie quando cerca di mettere in relazione dati provenienti da fonti diverse: rimangono infatti le criticità evidenziate nell'edizione precedente di questo lavoro, riguardanti la necessità di avere dati omogenei e confrontabili che permettano di andare ancora più a fondo nell'analisi del fenomeno. La sfida di andare verso prassi di rilevazione comuni diventa ancor più importante adesso, alla luce delle prime fondamentali tappe verso l'integrazione del monitoraggio delle *policies* contro la violenza di genere, descritte in questo lavoro.

Sulla base del *Piano Sanitario e Sociale Integrato*, che prevede l'estensione del progetto Codice Rosa a tutti i Pronto Soccorso della Toscana, infatti, l'OSR si è dato come compito quello di capire come il progetto Codice Rosa funzioni a Grosseto, per poterne estrarre delle buone pratiche e fornire strumenti che facilitassero tale percorso di espansione che, come emerso da questo lavoro, non può prescindere dalla conoscenza e relazione con le reti del territorio.

---

<sup>85</sup> LR 59/2007, articolo 10



Un contatto tra i vari soggetti del territorio che già esiste, come dimostra l'analisi delle schede compilate dai responsabili dei Pronto Soccorso che non hanno ancora sperimentato il Codice Rosa: pur nei limiti di una rilevazione strutturata come quella condotta, emerge un filo rosso che lega le strutture sanitarie alle reti locali contro la violenza di genere. Le azioni di sensibilizzazione realizzate in questi anni hanno prodotto un'attenzione alla violenza di genere da cui sarà necessario partire per poter estendere in maniera proficua il Codice Rosa, ribadendo il ruolo dei Centri come portatori di pratiche e strumenti che hanno creato un terreno fertile per la formazione culturale degli operatori degli altri servizi. Come emerso dal *III Rapporto*, in Toscana, infatti, vi sono già relazioni e prassi, più o meno codificate, da cui partire per poter costruire e rafforzare un legame tra sanitario e sociale, che tenga presente i differenti ruoli e le differenti competenze e professionalità.

**Appendice A.**  
**I dati dell'applicativo VGRT**



**Tab. 1 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e cittadinanza. Distribuzione provinciale - valori assoluti.**

	Italiana			Straniera		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012
AR	46	101	116	41	84	90
FI	492	439	465	208	231	226
GR	55	66	60	25	31	25
LI	58	71	68	31	29	36
LU	108	124	129	31	37	45
MS	41	16	48	8	11	19
PI	152	130	140	41	45	69
PT	74	97	77	58	49	48
PO	112	115	152	60	65	68
SI	57	66	59	27	54	44
<b>Totale</b>	<b>1.195</b>	<b>1.225</b>	<b>1.314</b>	<b>530</b>	<b>636</b>	<b>670</b>

**Tab. 2 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012), per annualità e fascia di età. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Totale
Minore di 18 anni	12	19	15	46
18 - 29 anni	238	316	326	880
30 - 39 anni	510	511	607	1.628
40 - 49 anni	462	480	513	1.455
50 - 59 anni	228	225	236	689
60 - 69 anni	96	78	120	294
Maggiore di 70 anni	35	28	38	101
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.581</b>	<b>1.657</b>	<b>1.855</b>	<b>5.093</b>
Non risponde	64	233	149	446
Non rilevato	116	39	29	184
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>	<b>5.723</b>

**Tab. 3 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per stato civile. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Totale
Nubile	467	558	650	1675
Coniugata	806	864	881	2551
Separata	276	278	295	849
Divorziata	77	93	86	256
Vedova	24	33	41	98
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.650</b>	<b>1.826</b>	<b>1.953</b>	<b>5.429</b>
Non rilevato	111	22	11	144
Non risponde	0	81	69	150
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>	<b>5.723</b>

**Tab. 4 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per titolo di studio. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Totale
Nessuno	24	25	10	59
Licenza elementare	103	83	88	274
Media inferiore	410	456	543	1.409
Media superiore	504	588	537	1.629
Altro	64	39	49	152
Laurea	161	180	182	523
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.266</b>	<b>1.371</b>	<b>1.409</b>	<b>4.046</b>
Non rilevato	495	107	112	714
Non risponde	0	451	512	963
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>	<b>5.723</b>

**Tab. 5 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per situazione occupazionale. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Totale
Occupata	654	778	778	2.210
Lavoro saltuario	169	175	113	457
Non occupata	549	515	642	1.706
Studentessa	61	76	73	210
Casalinga		77	80	278
Pensionata	121 <sup>86</sup>	81	99	180
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.554</b>	<b>1.702</b>	<b>1.785</b>	<b>5.041</b>
Non rilevato	207	37	38	282
Non risponde	0	190	210	400
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>	<b>5.723</b>

**Tab. 6 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per nazionalità, situazione occupazionale e abitativa. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	Italiana	Straniera
Casalinga e convivente	3,6	4,5
Casalinga e non convivente	0,7	0,7
Lavoro saltuario e convivente	3,6	7,3
Lavoro saltuario e non convivente	3,2	3,7
Non occupata e convivente	16,3	29,7
Non occupata e non convivente	12,5	12,4
Occupata e convivente	25,5	25,8
Occupata e non convivente	23,1	11,8
Pensionata e convivente	3,7	0,1
Pensionata e non convivente	3,1	0,8
Studentessa e convivente	0,2	0,7
Studentessa e non convivente	4,4	2,6

<sup>86</sup> La scheda prevedeva la modalità "altro"

**Tab. 7 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e tipo di accesso. Distribuzione regionale - valori assoluti.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Totale triennio
Diretto	1.228	1.211	1.301	2.512
Segnalazione da altri	521	696	721	1.417
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.749</b>	<b>1.907</b>	<b>2.022</b>	<b>3.929</b>
Non rilevato	12	22	11	33
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>	<b>3.962</b>

**Tab. 8 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) per tipo di soggetto che ha segnalato l'utente. Distribuzione provinciale - valori assoluti.**

	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PT	PO	SI	Tot
Consultori	2010-11	1	3		2	1			1	1	9
	2011-12	3	6	3		2	1	2	1		18
Forze dell'ordine	2010-11	1	24	5	9	12	2	9	2	8	75
	2011-12	5	28	5	17	9	6	10	4	10	106
Pronto Soccorso	2010-11	1	4	8	3	3	1	1	2	12	35
	2011-12	16	11	1	4	3	5	5	5	9	54
Servizio Sociale	2010-11	31	44	3	11	14	7	13	19	26	177
	2011-12	30	32	4	4	23	3	29	19	17	176
Altro	2010-11	51	56	18	7	5	2	15	11	54	241
	2011-12	37	37	8	8	11	3	20	8	62	202
Totale segnalazioni	2010-11	214	685	102	100	167	27	176	149	184	1.929
	2011-12	216	706	88	105	176	67	212	130	227	2.033



**Tab. 9 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) per altro servizio a cui si sono precedentemente rivolte. Distribuzione provinciale - valori assoluti.**

	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PT	PO	SI	Tot
Consultori	2010-11	13	8	1	4		4	1	3	3	37
	2011-12	5	47	4	2	7	4	5	1	2	83
Forze dell'ordine	2010-11	71	193	28	38	5	54	62	54	38	568
	2011-12	93	160	25	42	16	71	55	67	29	594
Pronto Soccorso	2010-11	20	93	27	8	5	30	17	18	22	250
	2011-12	56	91	19	6	9	33	12	34	14	279
Servizio Sociale	2010-11	63	120	15	31	11	39	38	57	28	424
	2011-12	55	149	23	21	23	63	46	51	24	478
Altro	2010-11	34	119	18	1		51	38	41	15	322
	2011-12	44	56	9	1	2	54	18	74	7	269
Totale	2010-11	214	685	102	100	167	176	149	184	125	1.929
segnalazioni	2011-12	216	706	88	105	176	212	130	227	106	2.033

**Tab. 10 - Donne che si sono rivolte ai centri dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 per tipo di servizio da cui sono state seguite (sia insieme al centro che in maniera esclusiva). Distribuzione provinciale . Risposta multipla – valori assoluti.**

	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PT	PO	SI	Tot
Consultorio		11	5	1	1	6	6	2		9	41
Pronto Soccorso	2	10	11		3	1	2	2	3	14	48
Forze dell'ordine	5	45	23	27	27	19	16	9	11	24	206
Servizio sociale	27	94	16	17	26	19	52	27	38	38	354
Casa rifugio	25	33	2	2	2	1	9	5	8	10	97
Altro servizio	106	82	17		16	1	25	9	31	23	310
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>430</b>	<b>1391</b>	<b>190</b>	<b>205</b>	<b>343</b>	<b>94</b>	<b>388</b>	<b>279</b>	<b>411</b>	<b>231</b>	<b>3962</b>

**Tab. 11 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e per tipo di violenza riferita. Distribuzione regionale - valori assoluti. Risposta multipla.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Fisica	1097	1.136	1.239
Psicologica	1365	1.464	1.561
Economica	456	502	490
Stalking	181	287	274
Violenza sessuale	132	182	134
Molestie sessuali	47	69	64
Mobbing	13	15	11
<b>Totale risposte valide</b>	<b>3291</b>	<b>3655</b>	<b>3773</b>
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1686</b>	<b>1.811</b>	<b>1.931</b>
Non rilevato	26	44	25
Non risponde	49	74	77
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

**Tab. 12 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) per tipo di relazione che intercorre tra aggressore e vittima. Distribuzione regionale - valori assoluti. Risposta multipla.**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Coniuge	766	791	815
Partner convivente	276	277	295
Partner non convivente	45	66	77
Ex coniuge	158	162	185
Ex partner convivente	107	101	116
Ex partner non convivente	75	111	135
Datore lavoro	21	24	14
Collega	8	17	12
Conoscente	81	98	100
Padre	46	51	75
Madre	15	10	38
Figlio/a	38	43	53
Altro/i parente/i	64	83	62
Sconosciuto	28	22	30
<b>Totale risposte valide</b>	<b>1.728</b>	<b>1.856</b>	<b>2.007</b>
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.686</b>	<b>1.815</b>	<b>1.941</b>
Non risponde	26	76	69
Non registrato	49	38	23
<b>Totale segnalazioni</b>	<b>1.761</b>	<b>1.929</b>	<b>2.033</b>

Tab. 13 - Donne che si sono rivolte ai centri per periodo di riferimento (1° luglio 2009 - 30 giugno 2010; 1° luglio 2010 - 30 giugno 2011; 1° luglio 2011 - 30 giugno 2012) e aver sporto denuncia. Distribuzione provinciale – valori assoluti.

	AR	FI	GR	LI	LU	MS	PI	PT	PO	SI	Tot
Ha sporto denuncia	19	152	32	31	25	16	43	35	47	21	421
2009-2010	61	156	27	32	23	10	37	46	55	34	481
2010-2011	60	137	19	28	41	13	40	34	62	29	463
2011-2012	2009-2010										
Denuncia ritirata	4	5	4	5	1	0	1	3	4	2	29
2010-2011	6	15	3	0	5	2	4	2	2	2	41
2011-2012	2009-2010										
Non ha sporto denuncia	38	487	47	57	114	34	150	92	124	53	1.196
2010-2011	89	444	51	60	108	16	117	76	91	68	1.120
2011-2012	109	523	41	71	118	43	149	61	126	57	1.298
2009-2010											
Totale risposte valide	57	639	79	88	139	50	193	127	171	74	1.617
2010-2011	154	605	82	97	132	26	155	125	150	104	1.630
2011-2012	175	675	63	99	164	58	193	97	190	88	1.802
2009-2010											
Non rilevato	40	76	2	1	4			5	2	14	144
2010-2011	6	44	17	3	33	1	15	14	18	18	169
2011-2012	17	16	22	6	10	7	17	13	8	14	130
2009-2010											
Non risponde	54	36	3	0	2	0	6	10	16	3	130
2010-2011	24	15	3	0	2	2	2	20	29	4	100
2011-2012	2009-2010										
Totale segnalazioni	97	715	81	89	143	50	193	132	173	88	1.761
2010-2011	214	685	102	100	167	27	176	149	184	125	1.929
2011-2012	216	706	88	105	176	67	212	130	227	106	2.033

## Bibliografia

Bagattini, D., Pedani, V.

2009 *Primo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*, Regione Toscana, Firenze

2010 *Secondo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*, Regione Toscana, Firenze

2011 *Terzo rapporto sulla violenza di genere in Toscana*, Regione Toscana, Firenze

Bruno, S. T.

2011 *Elementi qualificanti la metodologia di lavoro dei Centri Anti Violenza del Coordinamento tOsca: Contrastare la violenza alle donne in un'ottica di genere*, Relazione al Seminario organizzato dalla CPO Regionale e dalle CPO Provinciali "Politiche di contrasto alla violenza di genere: prospettive della nuova programmazione regionale", Firenze 20 Giugno 2011 - Auditorium Sant'Apollonia - via San Gallo, 25 Firenze (disponibile online <http://www.artemisiacentroantiviolenza.it/uploads/Main/AB%20CPO%20POLITICHE%20DI%20CONTRASTO%20ALLA%20VIOLENZA%20DI%20GENERE%2006.2011%20TOSCA.pdf>)

Ioriatti, C. e Crociati, P., in collaborazione con Cristina Karadole, Cinzia Verucci, Inma Sanchez, Laura Farina e Anna Pramstrahler,

2012 *Uomini che uccidono le donne. Indagine sul femicidio in Italia. I dati del 2011*, Casa delle donne per non subire violenza Bologna

Cecchini, S., Puccetti, L.

2010 "Regione Toscana", in C. Castegnaro (a cura di), *I sistemi informativi per il sociale*, IRS, Milano.

Coordinamento UPI Toscana – Assessori Pari Opportunità

2010 *Linee attuative Legge sulla violenza di genere: punti critici*, documento distribuito durante il Seminario *Politiche di contrasto alla violenza di genere: prospettive della nuova programmazione regionale*

Magneschi, P.

2011 "Codice Rosa al Pronto Soccorso", in *Il Sole 24 Ore Sanità Toscana*, supplemento al n. 27, del 12-18 luglio 2011

Movimento per la vita italiano

2009 *Statuto della federazione dei movimenti per la vita e dei centri di aiuto alla vita d'Italia*, in <http://www.mpv.org/mpv/allegati/2931/Statuto%20MPV%20approvato04-09.pdf>

Provincia di Pisa – Assessorato alle Pari Opportunità

2010 *Manuale per intervenire contro la violenza di genere interpersonale. Suggestimenti Pratici e prassi operative*, Pisa.

Regione Toscana

2007 *Linee guida della legge regionale 59/2007*

2007 *Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010*

2011 *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 - 2015*

2010 *Relazione sociale 2007-2009*

2010 *Linee guida contro la violenza di genere*

2011 *Approvazione schema di protocollo di intesa tra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica di Firenze per la realizzazione di interventi a tutela delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenza, Delibera 495/2011.*

Regione Toscana, Unioncamere Toscana, Istat

2009 *Annuario Statistico Regionale Toscana 2008*, Regione Toscana

Richards, L. e Morse, J.M.

2007 *Readme First for a User's Guide to Quantitative Methods*, London, Sage, trad. It. (2009) *Fare ricerca qualitativa*, FrancoAngeli, Milano.

## **Risorse in rete**

CISMAI-

2005 *Documento Sui Requisiti Minimi Degli Interventi Nei Casi Di Violenza Assistita Da Maltrattamento Sulle Madri*; consultabile su <http://www.cismai.org/Documenti.aspx>

Tosca:

<http://www.artemisiacentroantiviolenza.it/index.php?n=Bibliografia.CentriAntiviolenzaInToscana>

Di.Re

<http://www.direcontrolaviolenza.it/>

[www.socialnews.it](http://www.socialnews.it) 2010 *Storia dei Centri antiviolenza*, mensile di promozione sociale con il patrocinio di Rai Segretariato Sociale

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

[www.irpet.it](http://www.irpet.it)

[www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it)

[www.pariopportunita.gov.it](http://www.pariopportunita.gov.it)

Osservatorio Sociale Regionale

<http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale/>

da cui si accede anche ai siti dei singoli Osservatori Sociali Provinciali

## Gli autori

### **Daniela Bagattini**

laureata in Scienze della Comunicazione presso l'Università degli Studi di Bologna è dottoressa di ricerca in Metodologia delle Scienze Sociali. Si occupa di temi inerenti l'immigrazione, l'identità di genere, la salute, la scuola, collaborando a ricerche per conto di vari enti locali e nazionali. Ha pubblicato nel volume *Immagini di immigrati* (Bonanno Editore, 2010) un saggio dal titolo *Il progetto migratorio: un ponte tra l'emigrante e l'immigrato*. È consulente esperta di metodologia della ricerca e analisi dei dati presso INDIRE, per il monitoraggio dei progetti FSE e FESR Programmazione Unitaria 2007-2013 settore istruzione. Insieme a Valentina Pedani ha curato le quattro edizioni del *Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*. Dal 2005 collabora con Asel srl, come ricercatrice senior, per le attività dell'Osservatorio Sociale Provinciale di Prato.

**Virginia Bettanin** è studentessa al terzo anno presso la Facoltà di Scienze Politiche "Cesare Alfieri" dell'Università degli Studi di Firenze.

Sta svolgendo il tirocinio presso Asel srl di Prato, con lo scopo di collaborare al *IV Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*.

**Luca Caterino** ricercatore socio-economico, collabora con l'Osservatorio Sociale della Provincia di Prato e altri istituti di ricerca pubblici e privati. Si è occupato, per l'ambito sociale, di temi inerenti l'esclusione sociale e lavorativa, terzo settore e servizi.

### **Valentina Pedani**

laureata in Scienze Politiche presso la Cesare Alfieri di Firenze, è dottoressa di ricerca in Metodologia delle Scienze Sociali. Ha pubblicato, nel volume *Didattica della visualità* (Bonanno Editore, 2009) un saggio tratto dalla Tesi di Dottorato, dal titolo *L'immagine fotografica nella ricerca sociale*. Dal 2007 si occupa del monitoraggio dei progetti FSE e FESR Programmazione Unitaria 2007-2013 settore Istruzione per INDIRE ed è ricercatrice senior presso Asel per alcuni progetti di ricerca dell'Osservatorio Sociale Provinciale di Prato. È responsabile progetti del *Centro di Comunicazione Interculturale* che è espressione del Gruppo *Quelli del Pallaio*. Insieme a Daniela Bagattini ha curato le quattro edizioni del *Rapporto sulla violenza di genere in Toscana*.

**Paolo Sambo** coordinatore dell'Area Studi Sociali di Asel srl, si occupa di politiche sociali, lavoro e scuola. Collabora con l'Osservatorio Sociale Regionale, con l'Osservatorio Sociale e l'Osservatorio Scolastico della Provincia di Prato e la Società della Salute dell'Area Pratese.