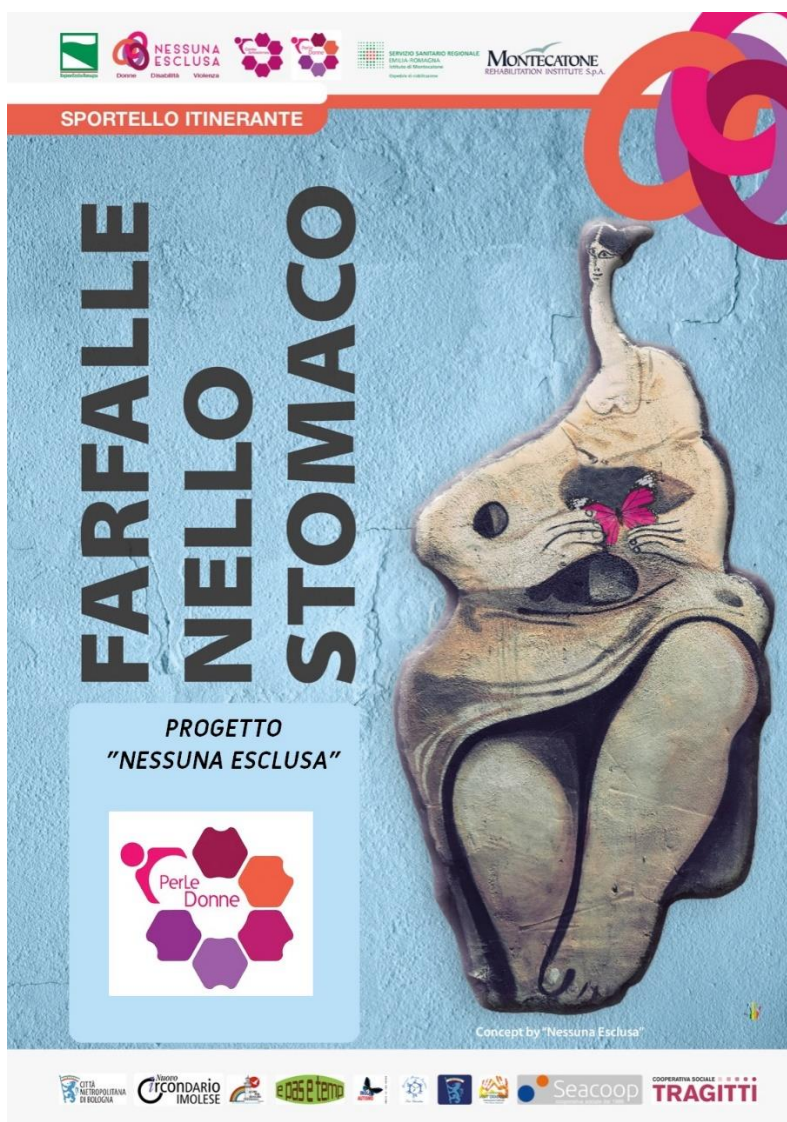


Progetto rivolto alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere (Delibera n. 1861 del 4/11/2019 - Determina n. 2631 del 17/02/2020)

PROGETTO “NESSUNA ESCLUSA”

**Azioni per conoscere, fare emergere e affrontare
il fenomeno della violenza di genere contro le donne con disabilità**

**Report a cura di Noemi Calcaterra
con la collaborazione di Flavia Ravara**





ANCHE NOI CI SIAMO



Associazione "Ca' del Vento"



UNIVOC
Unione Nazionale
Volontari pro Ciechi

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag. 4
2. FASI DEL PROGETTO	pag. 6
2.1 PRIMA FASE: IL QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE	pag. 7
2.2 SECONDA FASE: LA FORMAZIONE	pag. 29
2.3 TERZA FASE: LO SPORTELLO ITINERANTE	pag. 35
3. CONCLUSIONI	pag. 39
4. ALLEGATI/LOCANDINE	pag. 41

1. INTRODUZIONE

Il progetto “Nessuna Esclusa” è nato dall’esigenza di indagare il fenomeno della violenza di genere su donne con disabilità, considerando la portata sempre più allarmante dei dati statistici e i pochi studi disponibili sul tema.

È bene fare subito una puntualizzazione terminologica: una donna non è disabile, piuttosto può avere una o più disabilità. Con questo si vuol intendere che l’identità della donna non coincide con la sua disabilità, questa è piuttosto uno status delle sue condizioni fisiche, psichiche e/o sensoriali. L’identità della donna con disabilità rischia, purtroppo, di essere completamente adombrata dalla sua stessa disabilità e questo a discapito dei bisogni legati al genere, che rimangono pertanto sullo sfondo. Con questo progetto si sono voluti, anche, recuperare questi bisogni creando un focus di riflessione proprio sull’identità di genere della donna che ha una o più disabilità, vedendo la disabilità come un elemento intersezionale della donna ma non esclusivo né identitario.

Riportiamo i dati statistici nazionali che hanno mosso l’esigenza di questo progetto: il rapporto ISTAT di giugno 2014 osserva che sul campione delle donne italiane con disabilità hanno subito violenze fisiche o sessuali il 36% di chi è in cattive condizioni di salute e il 36,6% di chi ha limitazioni gravi. Si stima inoltre, che il rischio di subire stupri o tentati stupri, sia doppio per le donne disabili (10% contro il 4,7% delle donne non disabili), a causa della cosiddetta doppia fragilità.

Rilevazioni operate da FISH (Federazione Italiana per il superamento dell’handicap) l’8 marzo 2019 hanno messo in evidenza che circa il 10% delle donne con disabilità interpellate ha affermato di essere stata vittima di stupro nella propria vita.

Ancora FISH ha operato degli esempi comparativi tra donne con disabilità e donne senza disabilità che hanno subito violenza di genere:

- violenze fisiche o sessuali: donne con disabilità: 36,6%, donne senza limitazioni: 30,4%;
- stupri o tentati stupri: donne con disabilità: 10%, donne senza limitazioni: 4,7%;
- stalking prima o dopo la separazione: donne con disabilità 21,6%, donne senza limitazioni: 14,3%.

In accordo con i dati statistici sopra citati, negli anni 2013-2018 un’alta percentuale di donne accolte dal nostro Centro Antiviolenza aveva fragilità o disabilità di natura fisica, cognitiva o psichica, precedente o successiva alla violenza subita. Su 335 donne, quasi un terzo di esse aveva forme di disabilità di diversa natura e gravità (distrofia muscolare, ritardo cognitivo, depressione, disturbo post traumatico da stress, disturbi alimentari, disturbo bipolare, sindrome di Asperger, episodi psicotici, paralisi degli arti superiori, sordità parziale causata dalla violenza del partner; sono i tipi di disabilità riscontrati).

Emblematico per noi è stato il caso di una donna accolta nel 2016, inviataci dai servizi per una consulenza. Dalla narrazione della donna, in carico per la sua disabilità da oltre 15 anni, emersero violenze gravi e di diversa tipologia, subite sin da bambina e protratte fino a quel momento. Alla domanda se avesse già raccontato a qualcun altro prima di incontrarci, la risposta fu “no, nessuno me l’ha chiesto...”.

Le rilevazioni statistiche nazionali, e quelle da noi effettuate in loco ci hanno fatto comprendere la necessità di un processo di sensibilizzazione capillare affinché chi si occupa di disabilità abbia anche gli strumenti per rilevare la presenza di violenza di genere e attivare, di conseguenza, la

rete anti violenza, partendo proprio da una consulenza con i centri anti violenza del proprio territorio.

2. FASI DEL PROGETTO

Il progetto è stato realizzato in tre fasi (dall'1 marzo 2020 al 30 giugno 2021): la prima fase ha visto la realizzazione di un questionario con la finalità di rilevare la percezione del fenomeno della violenza maschile sulle donne con disabilità, individuando stereotipi e pregiudizi di genere, e ricavando l'esigenza formativa di operatori ed operatrici che lavorano nell'ambito della disabilità; la seconda fase (avvenuta in parallelo alla terza) è consistita nella realizzazione di incontri di formazione destinati ad operatori ed operatrici che lavorano nel settore delle relazioni d'aiuto; la terza fase ha previsto il coinvolgimento attivo delle donne con disabilità mediante uno sportello itinerante.

Trasversalmente a tutte le fasi del progetto sono state effettuate delle riunioni d'equipe a cura dello staff che ha guidato il progetto, necessarie alla sua organizzazione e realizzazione.

Lo staff di Nessuna Esclusa:

- Chiara Alpi - tirocinante psicologa, osservatrice partecipante, supporto alla realizzazione del progetto;
- Noemi Calcaterra - dottoressa in psicologia clinica, operatrice centro antiviolenza, conduzione della formazione e dello sportello itinerante e curatrice di questo report;
- Assunta Di Sario - operatrice centro antiviolenza, supporto alla realizzazione dello sportello itinerante;
- Pamela Flores - operatrice centro antiviolenza, gestione tecnica;
- Carmen La Rocca - pedagoga, responsabile progetto, conduzione della formazione e dello sportello itinerante;
- Marta Neri - addetta alla comunicazione;
- Flavia Ravara - tirocinante pedagoga, osservatrice partecipante, supporto alla realizzazione del progetto e addetta alla segreteria.

Sono stati anche effettuati tre incontri con i partner del progetto finalizzati alla condivisione di aspetti organizzativi e metodologici. Gli incontri sono avvenuti il 28 settembre 2020, l'8 gennaio 2021 e l'1 aprile 2021 mediante piattaforma skype. Durante questi incontri è stato riscontrato un caloroso entusiasmo da parte di tutti i partner coinvolti, che con curiosità e interesse, soprattutto a tutela della propria utenza, hanno cercato di coinvolgere il proprio personale di lavoro e la propria utenza.

I partner coinvolti sono stati:

- Enti Locali: Città Metropolitana di Bologna; Nuovo Circondario Imolese.
- Aziende Sanitarie: AUSL Imola.
- Privato sociale: Cooperativa sociale Seacoop; Cooperativa sociale Tragitti.
- Aziende profit: Montecatone Rehabilitation Institute.
- Associazioni: Agire per reagire; Cà del vento; E pass e temp; Imola autismo; La Giostra; Officina Sant'Ermanno; UNIVOC.

2.1 PRIMA FASE: IL QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

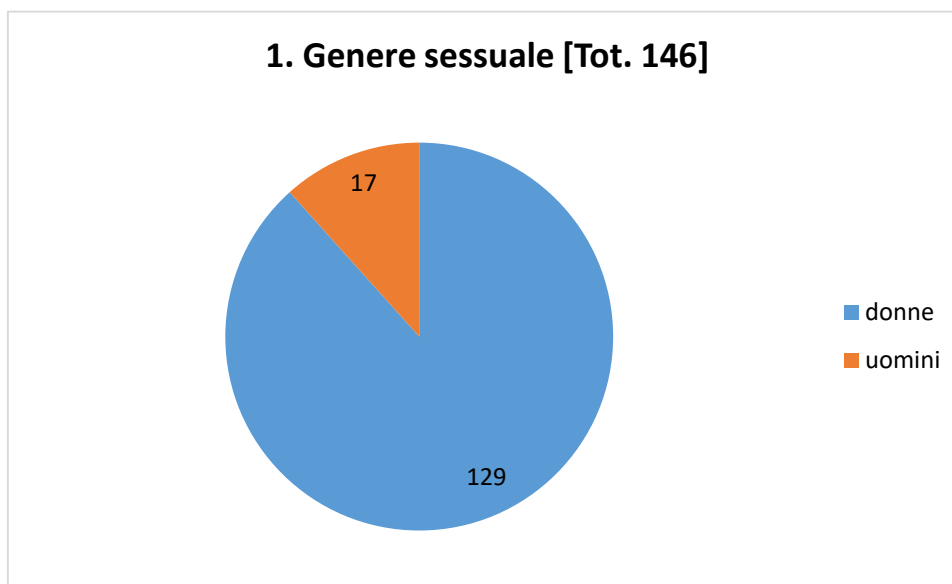
La primissima fase del progetto ha previsto la diffusione di un questionario anonimo destinato agli operatori e alle operatrici che lavorano con donne e uomini con disabilità nelle cooperative, associazioni e ausl entro il circondario imolese. L'obiettivo è stato quello di rilevare gli eventuali bisogni formativi e progettare su questi gli incontri di formazione. Il questionario redatto mediante google moduli è stato inviato ai partner del progetto, che hanno provveduto alla condivisione di questo al personale di lavoro.

Il questionario è composto da 15 domande suddivise in 4 sezioni:

- Prima sezione "Dati personali"
- Seconda sezione "Percezione della violenza di genere"
- Terza sezione "Percezione degli stereotipi e della violenza di genere contro donne con disabilità"
- Quarta sezione "Esperienze di operatori e operatrici"

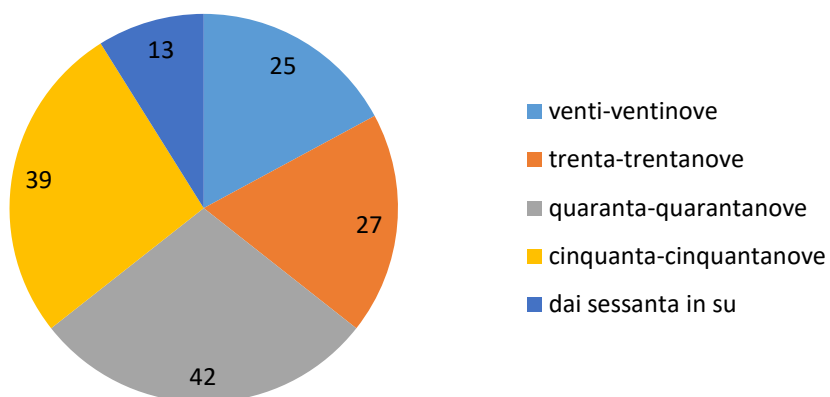
Abbiamo ricevuto 146 risposte. Dettagliamo a seguire le statistiche tratte dalle risposte ricevute.

PRIMA SEZIONE - DATI PERSONALI



L'89% di coloro che hanno risposto al questionario sono donne. I lavori di cura sembrano ancora essere prevalentemente compiuti da donne.

2. Range di età



Il 29% degli/delle operatori/trici hanno fra i quaranta e i quarantanove anni

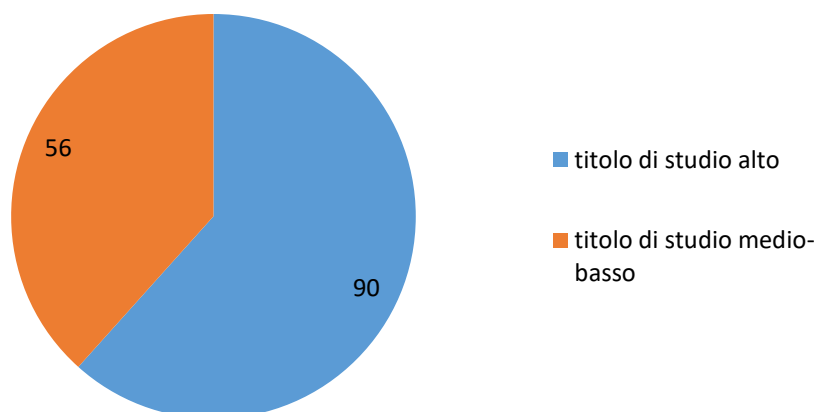
Il 27% fra i cinquanta e cinquantanove anni

Il 19% tra i trenta e trentanove anni

Il 17% tra i venti e ventinove anni

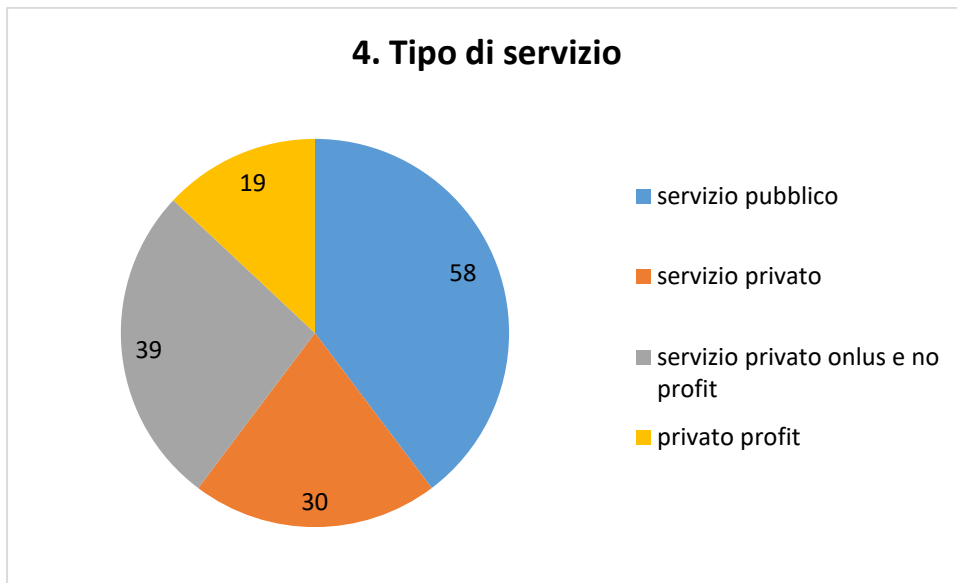
Il 9% dai sessanta in su

3. Titolo di studio

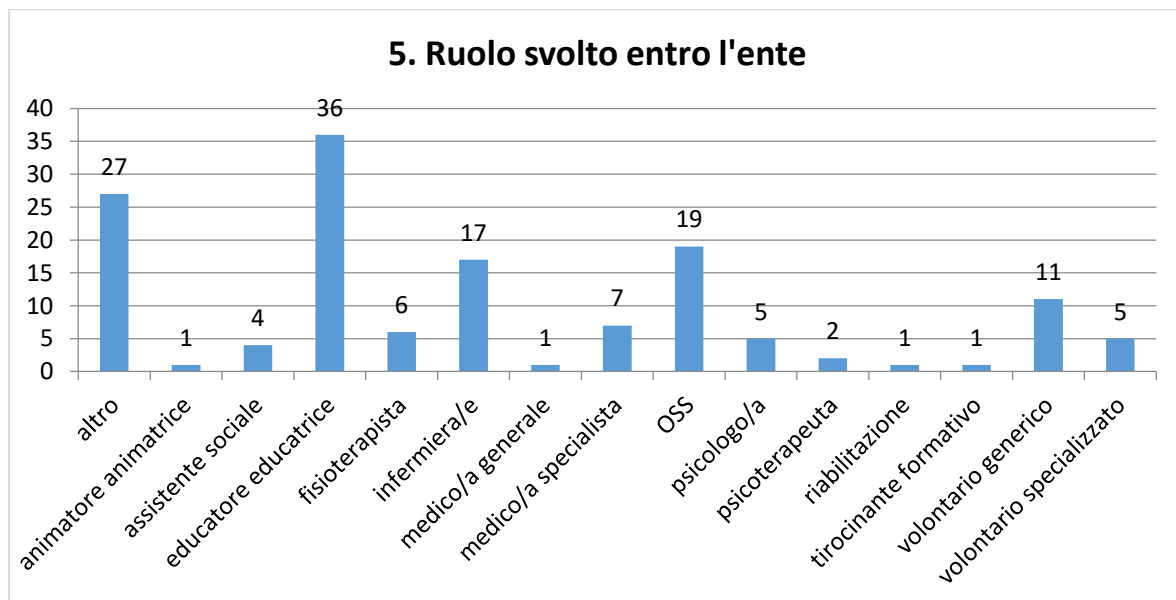


Il 62% ha un titolo di studio alto, dalla laurea triennale in su

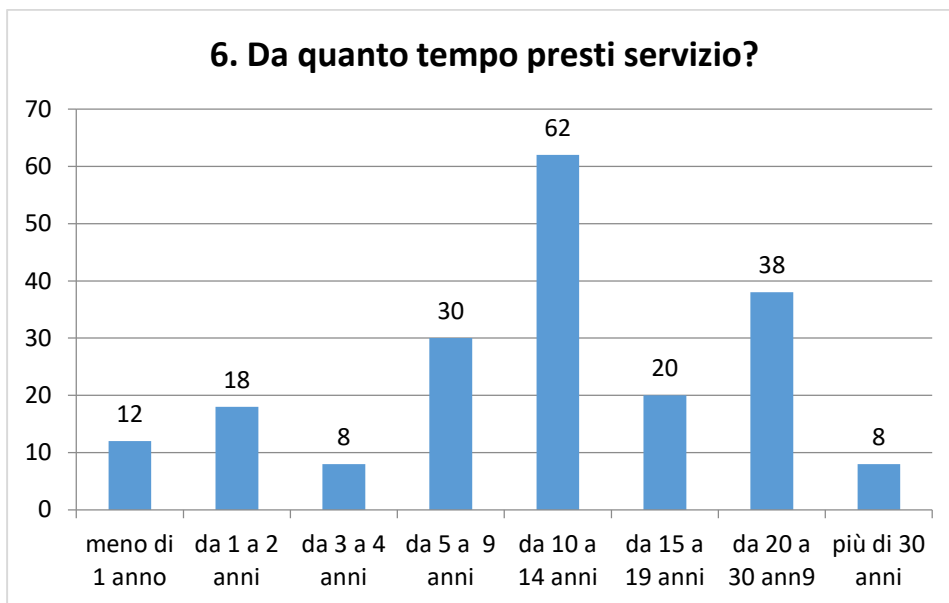
Il 39% medio-basso, dal diploma di scuola superiore in giù



- Il 40% lavora in un servizio pubblico
- Il 27% in un servizio privato onlus e no profit
- Il 21% in un servizio privato
- Il 13% lavora nel privato profit

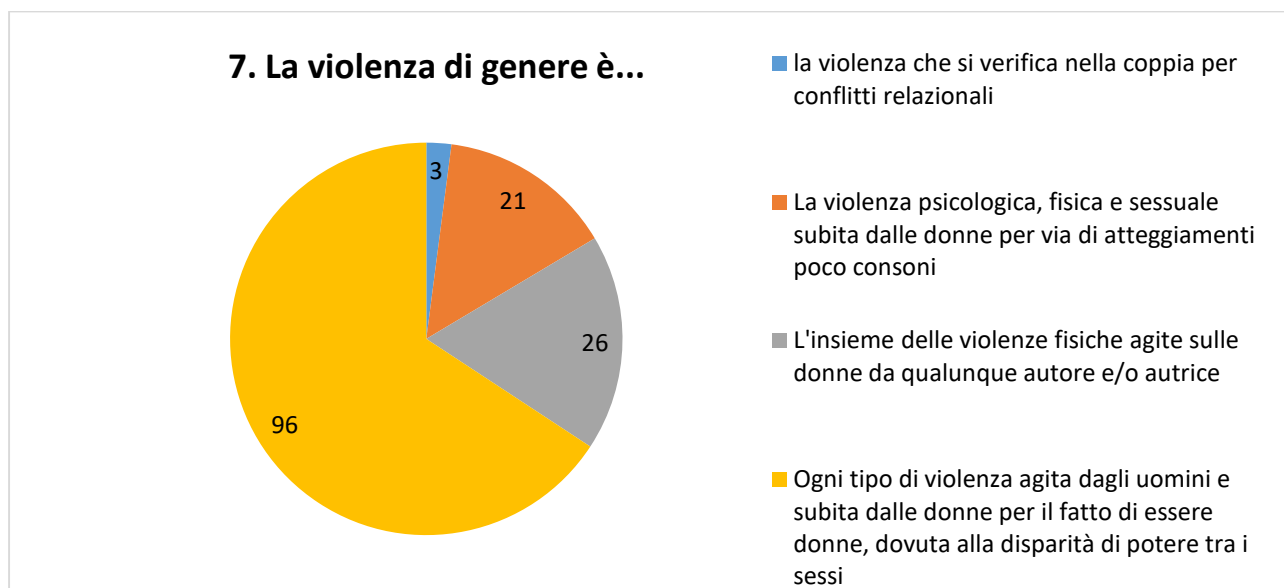


- Il 25% lavora come educatore/educatrice
- Il 19% fa altro, non specificato
- Il 13% lavora come OSS
- Il 12% lavora come infermiere/a
- Il 12% sono volontari, fra specializzati e generici
- L'8% fra fisioterapisti/e e psicologi/gh



- Il 43% presta servizio fra i 10 e i 14 anni
- Il 26% presta servizio tra i 30 e 39 anni
- Il 21% presta servizio da più di 5 anni e meno di 9
- Il 14% fra i 15 e i 19 anni
- Il 13% lavora fra gli 1 e 2 anni
- L'8% lavora da meno di un anno
- Il 6% da più di 30 anni e fra i 3 e 4 anni

SECONDA SEZIONE - VIOLENZA DI GENERE

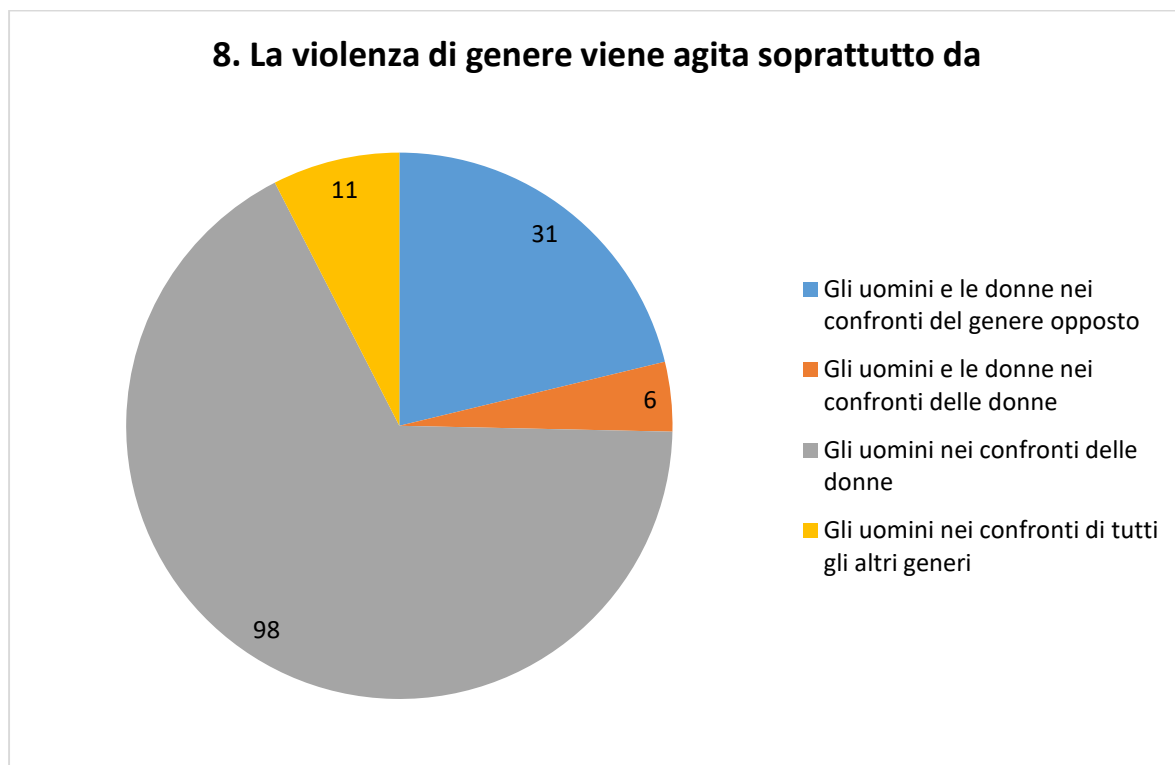


Per il 66% è "Ogni tipo di violenza agita dagli uomini e subita dalle donne per il fatto di essere donne, dovuta alla disparità di potere fra i sessi"

Per il 18% è “l’insieme delle violenze fisiche agite sulle donne da qualunque autore e/o autrice”. Non includono le restanti tipologie di violenze (psicologiche, economiche, sessuali, istituzionali)

Per il 15% è “la violenza psicologica, fisica e sessuale subita dalle donne per via di atteggiamenti poco consoni”. Spostano l’attenzione sugli atteggiamenti delle donne

Per il 2% è “la violenza che si verifica nella coppia per conflitti relazionali”. Portano le cause a conflitti relazionali e non alla disparità di potere fra i sessi causata dall’educazione patriarcale



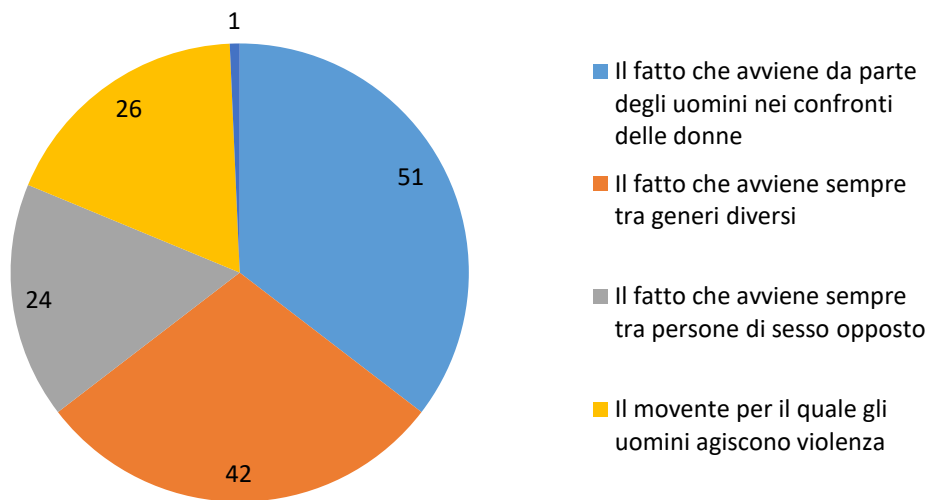
Per il 67%, “gli uomini nei confronti delle donne”. Riposta corretta

Per il 21%, “gli uomini e le donne nei confronti del genere opposto”

Per l’8%, “gli uomini nei confronti di tutti gli altri generi”

Per il 4%, “gli uomini e le donne nei confronti delle donne”

9. Secondo te cosa indica la parola "genere" nella definizione "violenza di genere"?



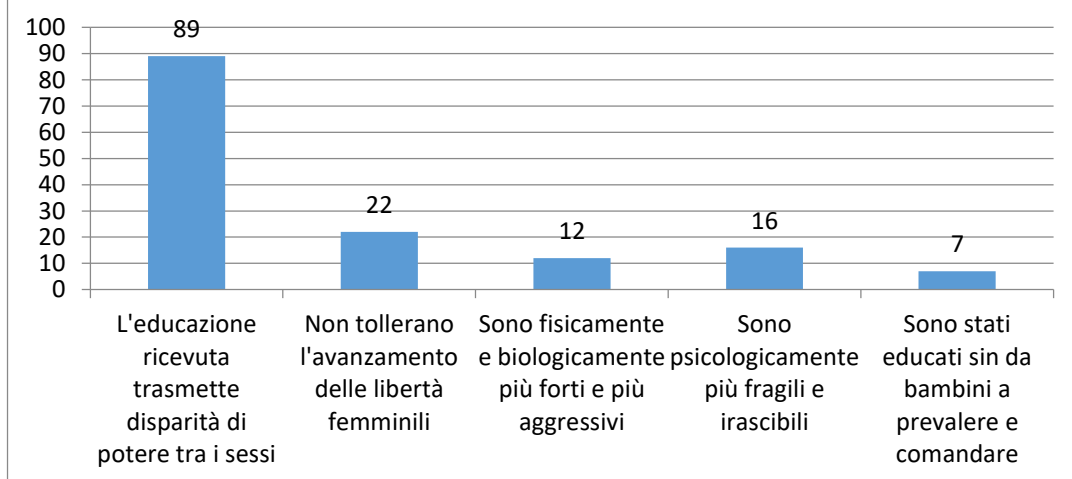
Per il 35% “il fatto che avviene da parte degli uomini nei confronti delle donne”

Per il 29% “il fatto che avviene sempre fra generi diversi”

Per il 18% “è il movente per cui gli uomini agiscono violenza”. Riposta corretta

Per il 17% “il fatto che avviene sempre tra generi di sesso opposto”

10. Gli uomini esercitano violenza nei confronti delle donne poiché...



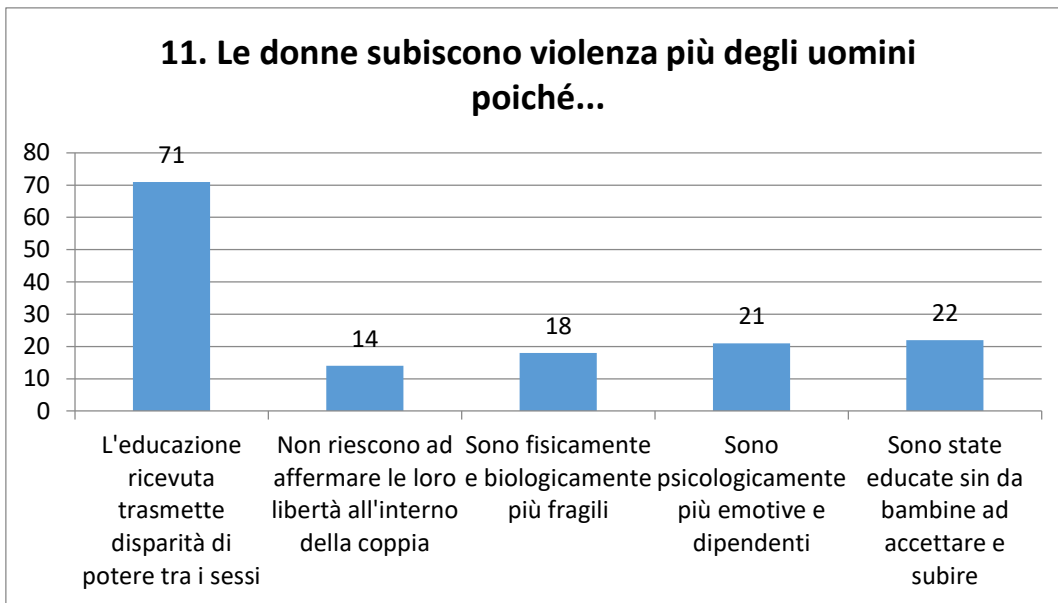
Il 61% dice che è a causa de “l’educazione ricevuta, che trasmette disparità di potere fra i sessi”.

Riposta corretta

Il 15% dice che è perché “gli uomini non tollerano l’avanzamento delle libertà femminili”

L’11% dice che “gli uomini sono psicologicamente più fragili e irascibili”

L’8% dice che “gli uomini sono fisicamente e biologicamente più forti e aggressivi”



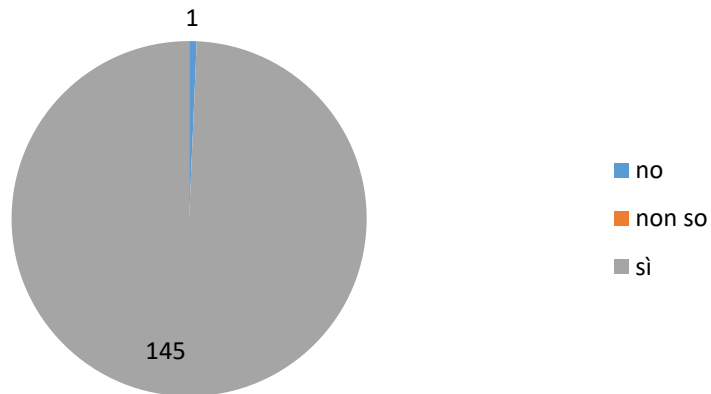
Per il 49% la causa è "l'educazione ricevuta che trasmette disparità di potere". Riposta corretta
 Per il 15% perché "le donne sono state educate sin da bambine ad accettare e subire; sono emotivamente e psicologicamente più deboli e dipendenti"
 Per il 13% perché "le donne sono fisicamente e biologicamente più deboli"
 Per il 10% perché "le donne non riescono ad affermare le loro libertà entro la coppia"

TERZA SEZIONE - LE DONNE CON DISABILITÀ



Per il 93% è un "sì"
 Per il 4% è un "no"
 Per il 3% è un "non so"

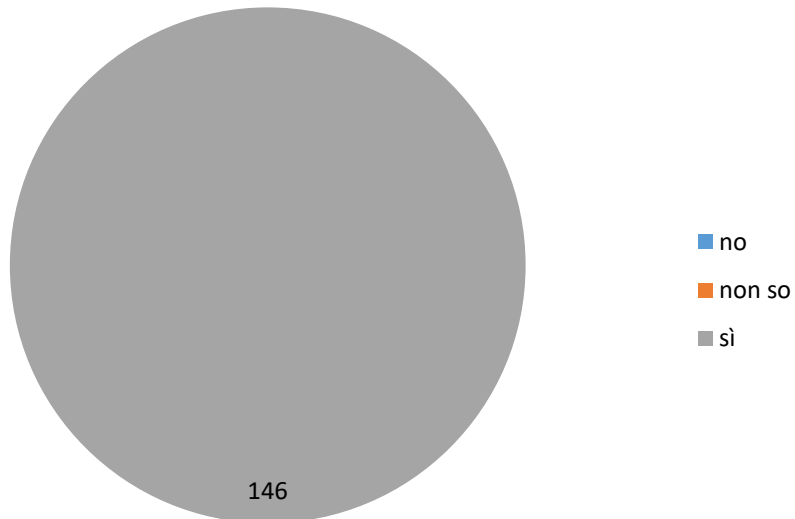
12b. Le donne con disabilità possono avere relazioni sentimentali?



Per il 99% è un "sì"

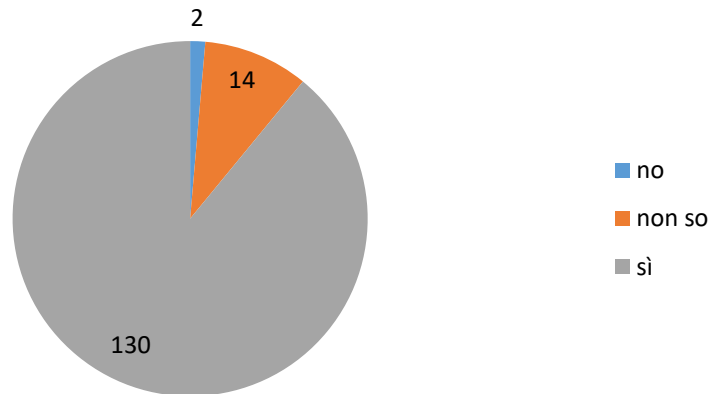
Per l'1% è un "no"

12c. Le donne con disabilità hanno desideri sessuali?



100% di "sì"

12d. Le donne con disabilità possono portare avanti una gravidanza?

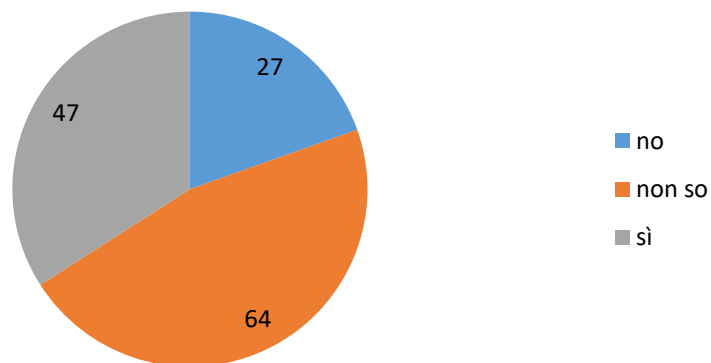


Per l'89% è un "si"

Per il 10% è un "non so"

Per il 2% è un "no"

12e. Le donne con disabilità subiscono soprattutto molestie e violenze sessuali?

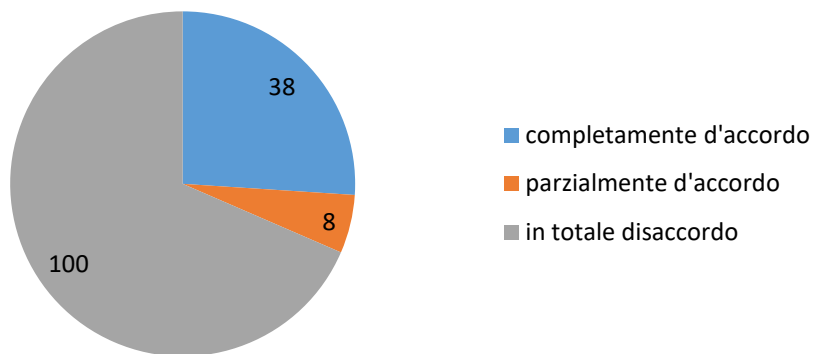


Per il 44% è un "non so"

Per il 32% è un "si"

Per il 19% è un "no"

13a. Le donne con disabilità subiscono violenza da parte degli uomini per il fatto di essere donne

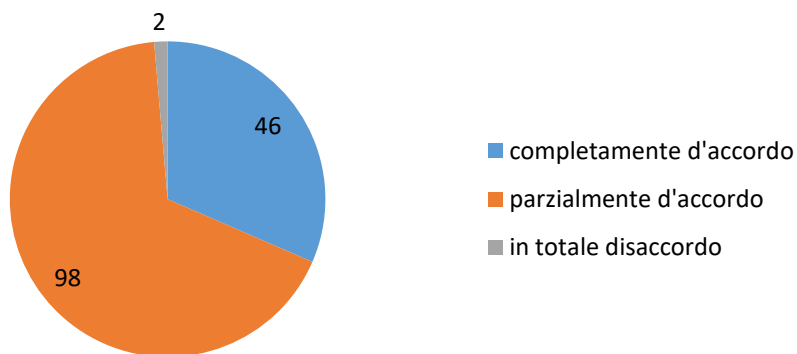


Il 69% è "in totale disaccordo"

Il 26% è "completamente d'accordo"

Il 6% è "parzialmente d'accordo"

13b. Le donne con disabilità riconoscono se hanno subito qualche forma di abuso/violenza di genere

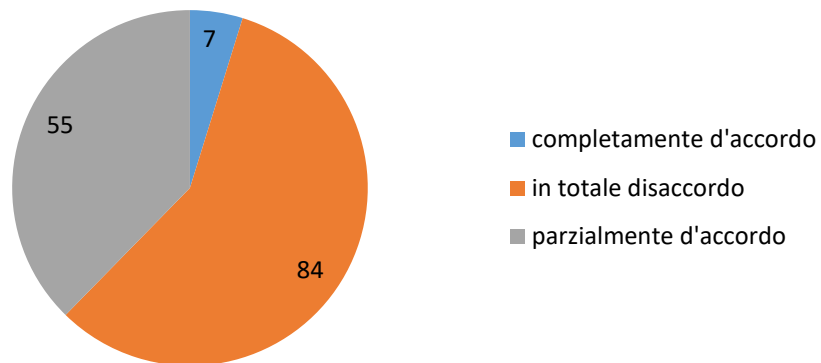


Il 67% è "parzialmente d'accordo"

Il 32% è "completamente d'accordo"

Il 2% "in totale disaccordo"

13c. E' preferibile che donne con disabilità non abbiano una gravidanza

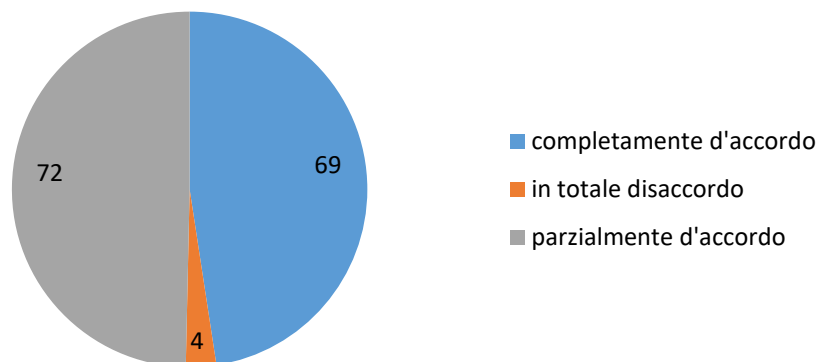


Il 58% è "in totale disaccordo"

Il 38% è "parzialmente d'accordo"

Il 5% è "completamente d'accordo"

13d. Le donne con disabilità possono prendersi cura dei propri figli

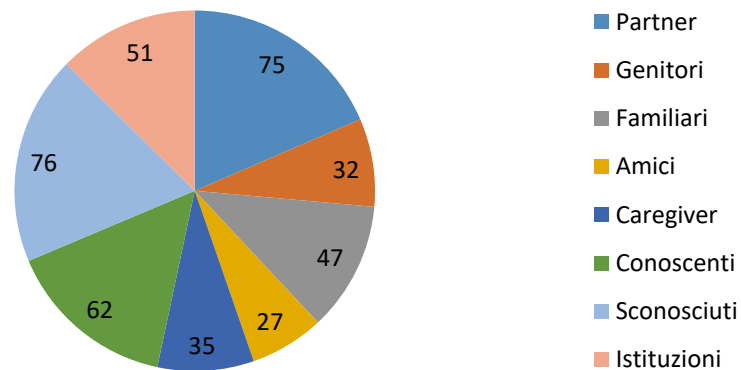


Il 49% è "parzialmente d'accordo"

Il 47% è "completamente d'accordo"

Il 3% è "in totale disaccordo"

14. Secondo te, le donne con disabilità da chi subiscono principalmente violenza di genere?



Il 52% dice da "Sconosciuti" (risposta che rispecchia gli stereotipi sulla violenza di genere) e da "Partner"

Il 43% da "Conoscenti"

Il 35% dalle "Istituzioni"

Il 32% da "Familiari"

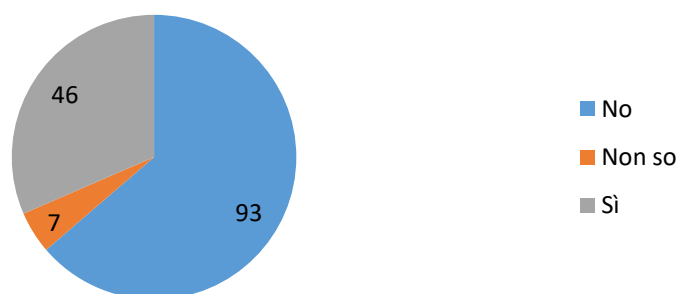
Il 24% dice "Caregiver"

Il 22% "Genitori"

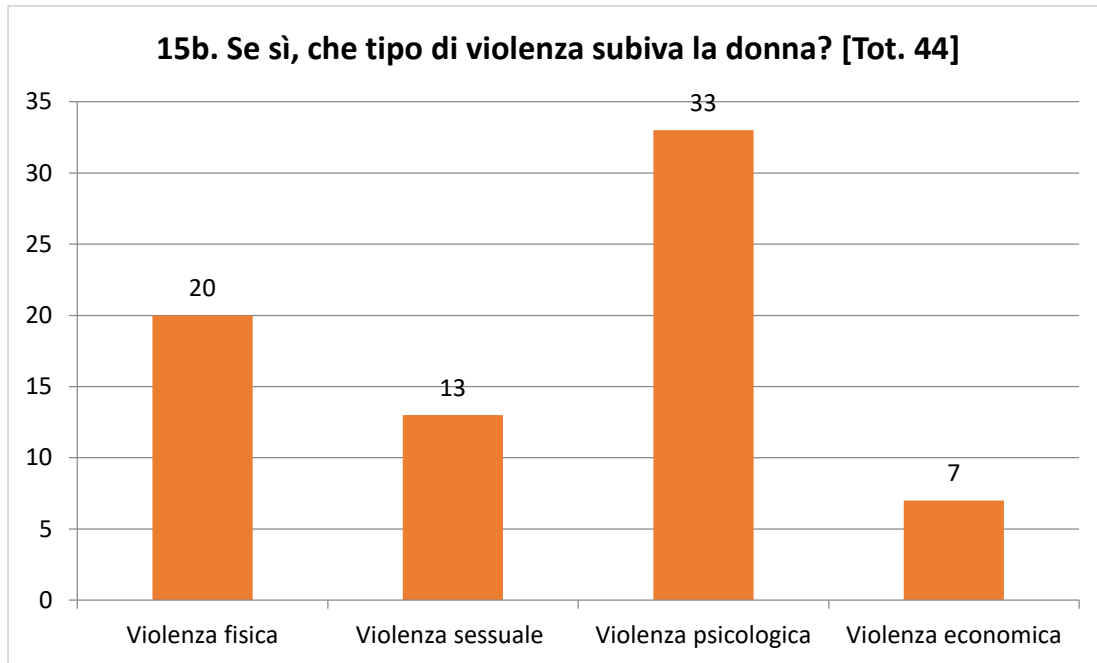
Il 19% "Amici"

QUARTA SEZIONE - ESPERIENZE DI OPERATORI E OPERATRICI

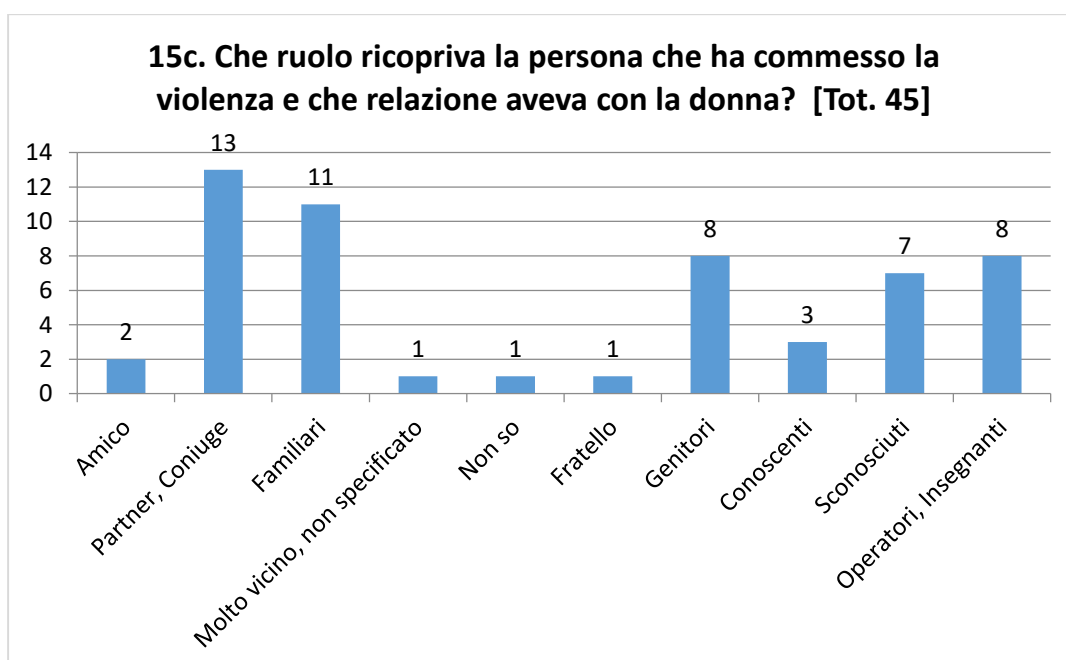
15a. Nel corso della tua esperienza in ambito professionale passata e attuale (tirocinio formativo, lavoro, volontariato) sei mai venuto/a a conoscenza di episodi di violenza di genere nei confronti di donne con disabilità?



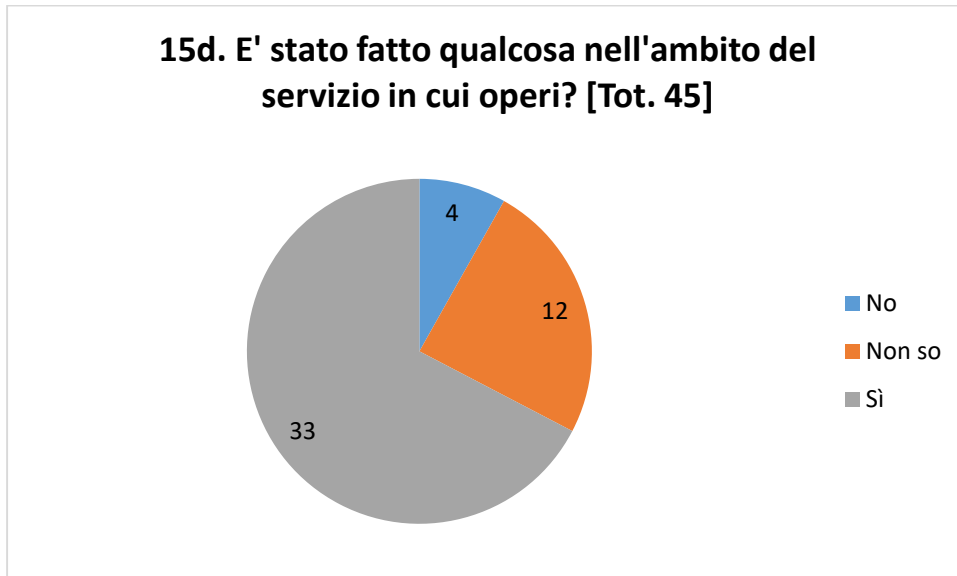
Il 64% ha detto “no”
Il 32% ha detto “si”
Il 5% “non so”



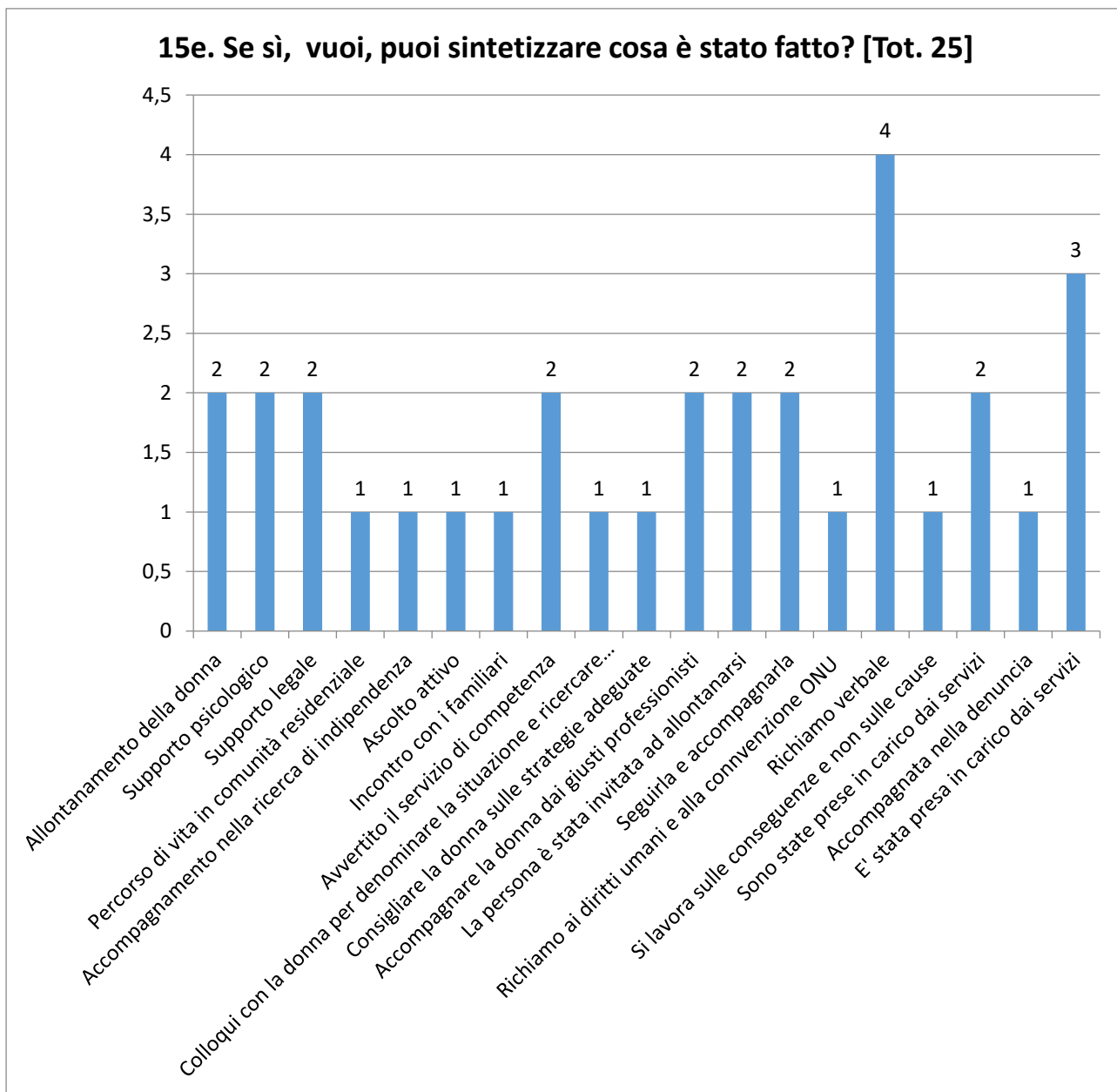
Per il 77% è “violenza psicologica”
Per il 46% è “violenza fisica”
Per il 30% è “violenza sessuale”
Per il 15% è “violenza economica”



Per il 29% è un "Partner" o "Coniuge"
Per il 26% è un "Familiare"
Per il 19% è un "Genitore" o "Operatore", "Insegnante"
Per il 16% è uno "Sconosciuto"
Per il 7% sono "Conoscenti"
Per il 5% è un "Amico"



Il 74% ha detto "sì"
Il 27% ha detto "non so". (Riflessione: come mai non è stata seguita l'evoluzione dell'episodio di violenza registrato?)
Il 9% ha detto "no". (Riflessione: vogliono denunciare una qualche mancanza di azione a seguito della rilevazione dell'episodio?)



Il 16% ha detto che “è stato attuato un richiamo verbale”

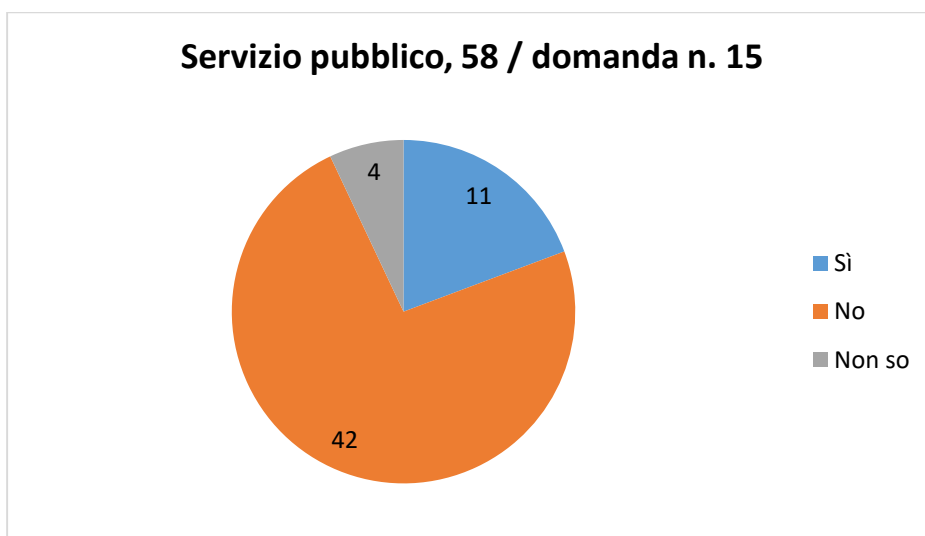
Il 14% che “è stata presa in carico dai servizi”

L’8% ha detto essere state “attuate strategie di accompagnamento, di supporto e indirizzo”

Il 6% di “colloqui con le famiglie”; “avvertimenti dei servizi competenti”; “consigliare”

Una volta raccolte le percentuali di tutte le risposte abbiamo effettuato un lavoro di incrocio dei dati con la finalità di studiare e confrontare alcune variabili, rilevando le risposte contenenti stereotipi di genere. A seguire riportiamo lo studio degli incroci che abbiamo ritenuto opportuno mettere in evidenza:

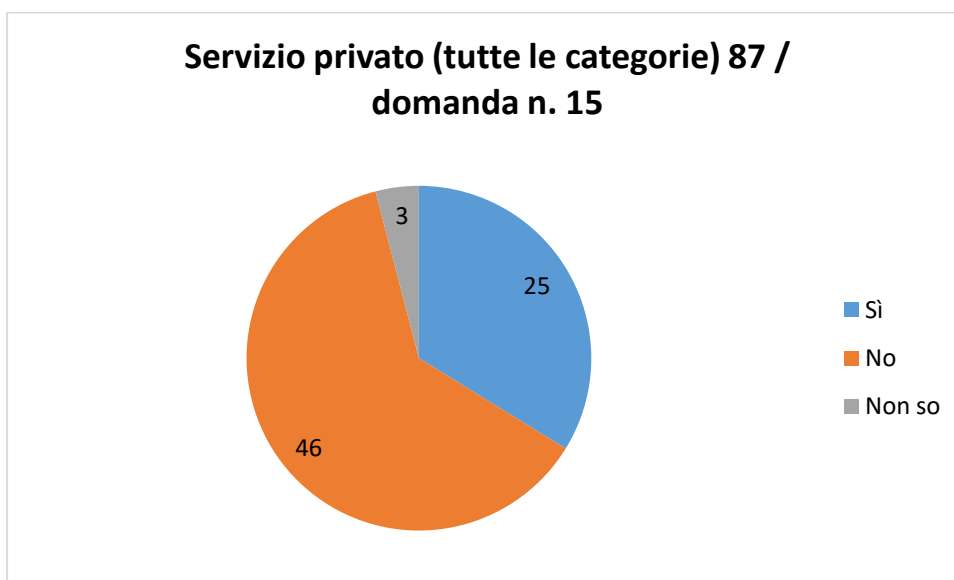
1° incrocio: tipo di servizio [pubblico e privato] (domanda n°4) e rilevazione del problema (n° 15, “è mai venuto/a a conoscenza di episodi di violenza di genere...?”)



Il 73% di coloro che lavorano nei servizi pubblici ha risposto no

Il 19% ha risposto di sì

Il 7% non lo sa, forse dichiarando la poca consapevolezza nel leggere la situazione?



Il 54% ha risposto di no

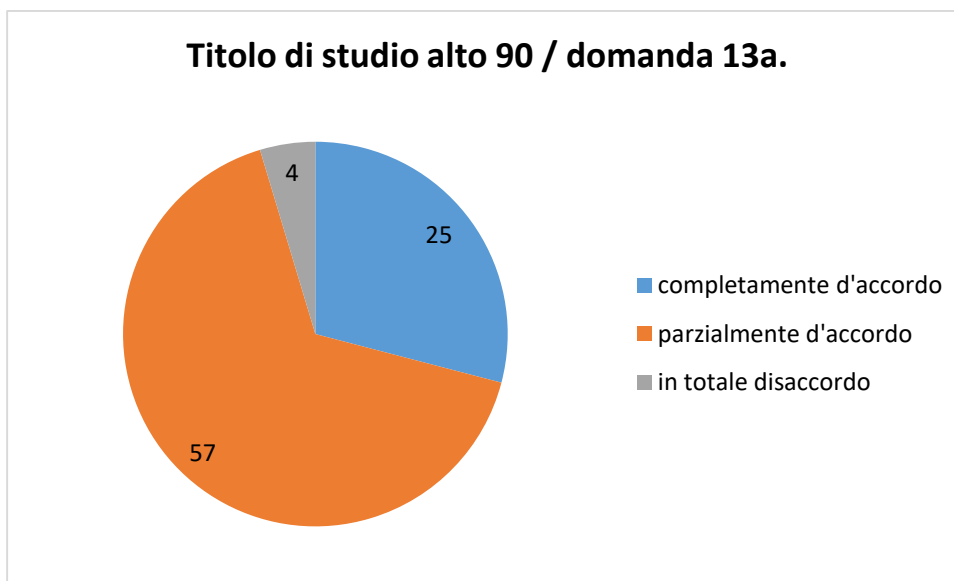
Il 29% ha risposto di sì

Il 4% ha detto di non saperlo. Incapacità di leggere la situazione?

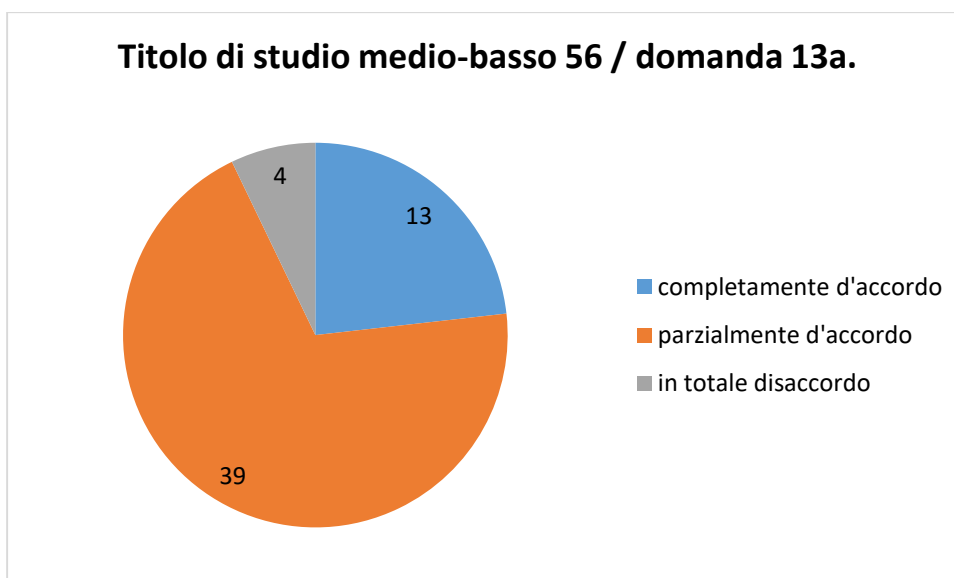
Dal confronto è emerso che una maggiore percentuale di coloro che lavorano nel pubblico ha dubbi su come leggere le situazioni (non lo sa), e pare necessitare di formazione sulla violenza di genere, mentre una maggiore percentuale di coloro che lavorano nei servizi privati ha asserito di aver assistito a fenomeni riconducibili alla violenza di genere.

2° incrocio: titolo di studio (domanda n°3) e domande 13a-b-c-d

13A. LE DONNE DON DISABILITÀ SUBISCONO VIOLENZA PER IL FATTO DI ESSERE DONNE?



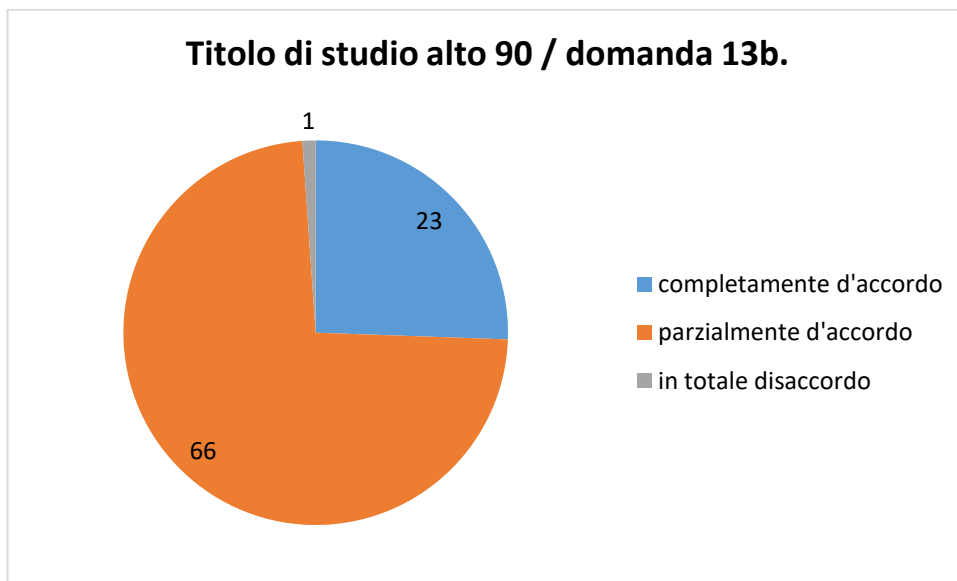
Il 28% di coloro che hanno un titolo di studio alto è completamente d'accordo
Il 64% è parzialmente d'accordo
Il 5% è in totale disaccordo



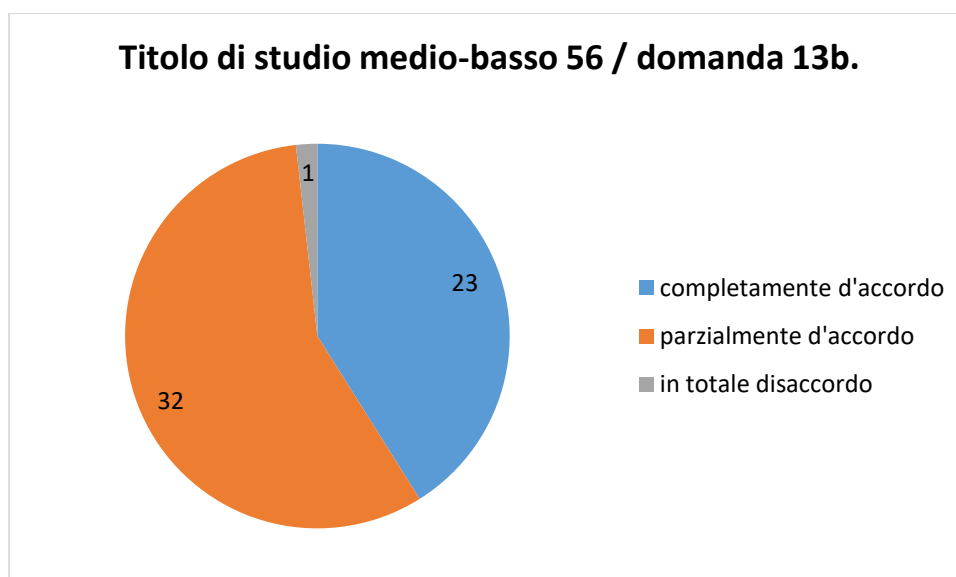
Il 24% è completamente d'accordo
Il 70% è parzialmente d'accordo
L'8% totale disaccordo

Qui i risultati non mostrano significative variazioni. Tra i due livelli di titolo, la maggior parte è parzialmente d'accordo nell'asserire al genere il movente per la violenza di genere. Un 5 e un 8 % dimostrano di avere bisogni formativi sul fenomeno della violenza di genere e il suo movente.

13B. LE DONNE CON DISABILITÀ RICONOSCONO SE HANNO SUBITO QUALCHE FORMA DI VIOLENZA DI GENERE?



Il 26% di coloro che hanno un titolo di studio alto è completamente d'accordo
Il 74% lo è solo parzialmente
Il 2% è in totale disaccordo



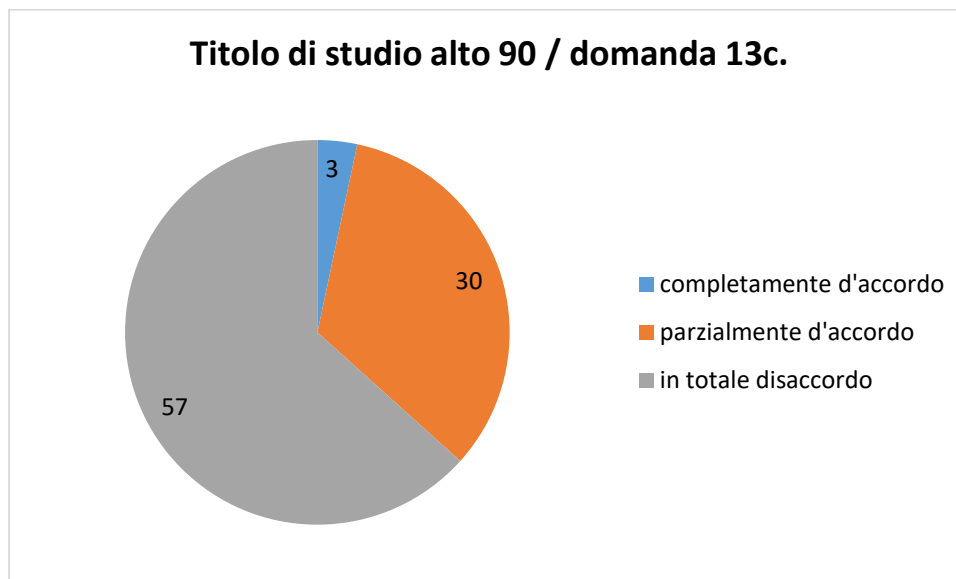
Il 42% è completamente d'accordo

Il 58% lo è solo parzialmente

Il 2% è in totale disaccordo

Qui si dimostrano "in accordo" maggiormente coloro che hanno un titolo di studio medio-basso, con una maggiore percentuale di "parzialmente in accordo" fra coloro che hanno un titolo di studio alto.

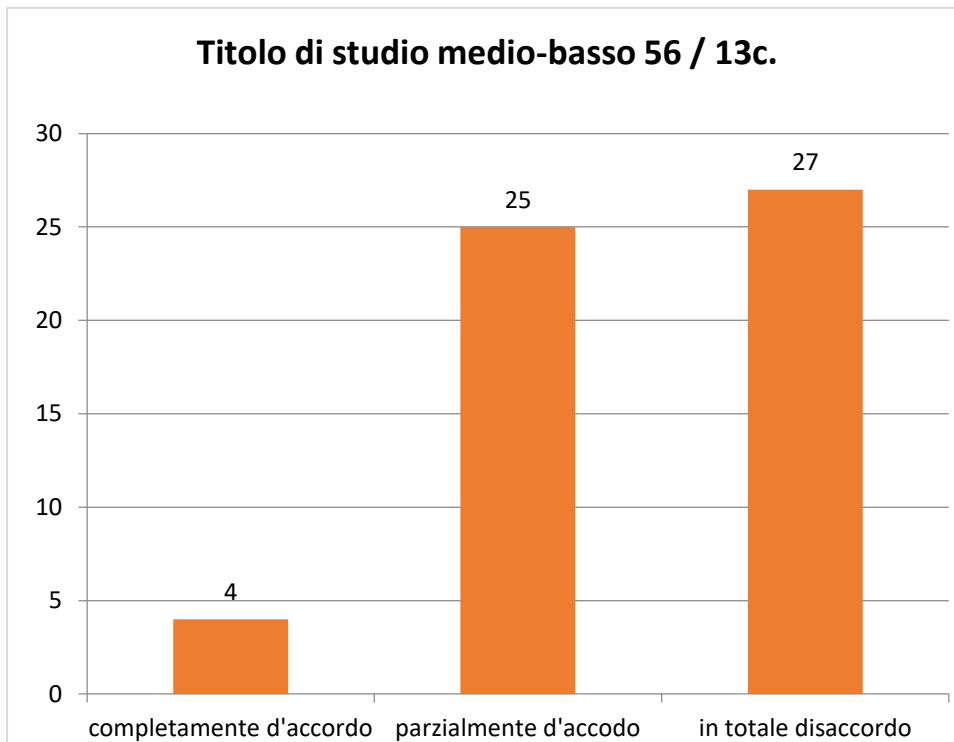
13C. È PREFERIBILE CHE LE DONNE CON DISABILITÀ NON ABBIANO UNA GRAVIDANZA



Il 4% fra coloro che hanno un titolo di studio alto si dimostra completamente d'accordo

Il 34% lo è solo parzialmente

Il 64% è in totale disaccordo



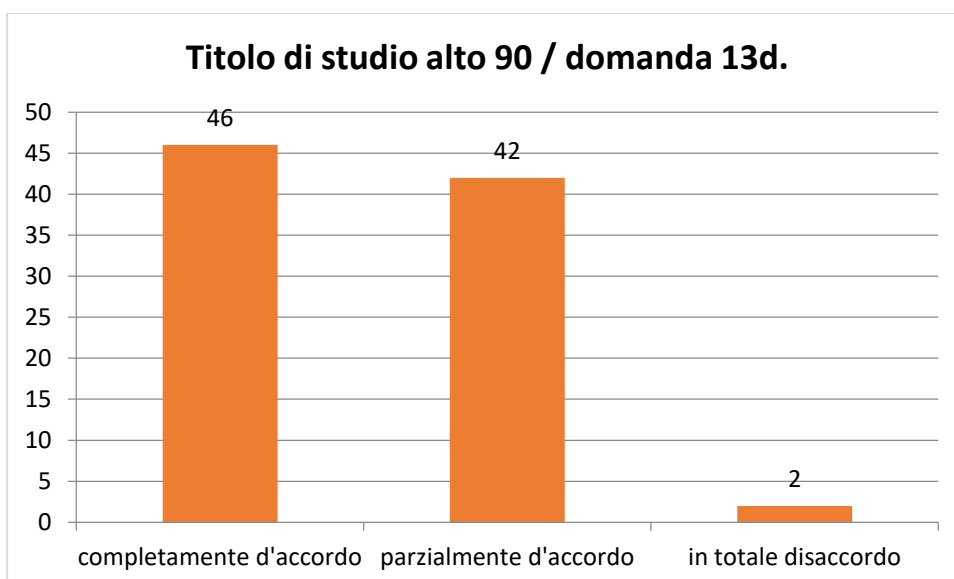
L'8% è completamente d'accordo

Il 45% è parzialmente d'accordo

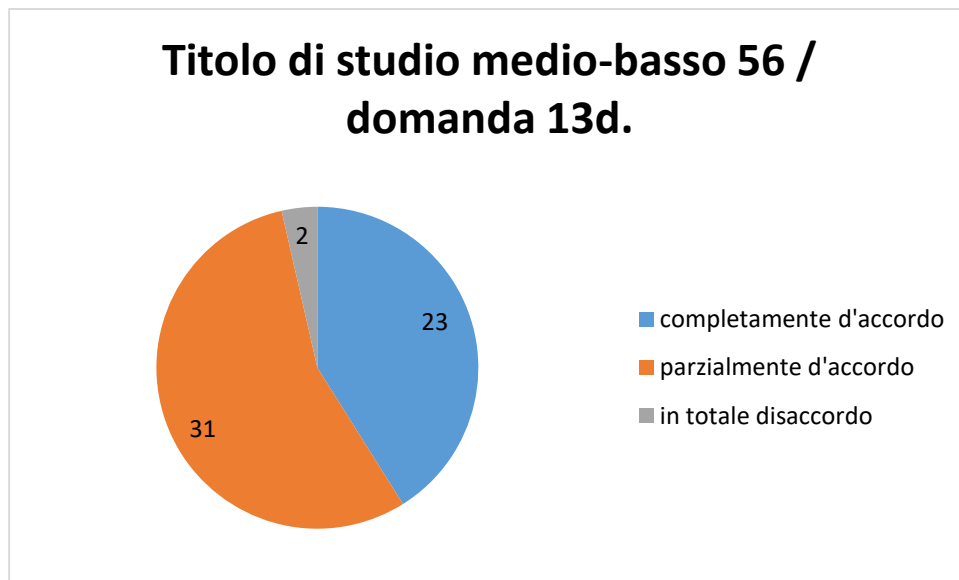
Il 49% è in totale disaccordo

Qui sono "completamente d'accordo" che le donne con disabilità preferibilmente non portino avanti una gravidanza maggiormente coloro che hanno un titolo di studio medio basso; coloro che hanno un titolo di studio alto hanno una percentuale maggiore di "totali disaccordi".

13 D. LE DONNE CON DISABILITÀ POSSONO PRENDERSI CURA DEI PROPRI FIGLI



Il 52% è completamente d'accordo
Il 47% lo è solo parzialmente
Il 3% è in totale disaccordo



Il 42% è completamente d'accordo
Il 56% lo è solo parzialmente
Il 5% è in totale disaccordo

Coloro con un titolo di studio alto hanno una percentuale maggiore di persone in “accordo sulla possibilità che le donne con disabilità possano prendersi cura dei propri figli”, mentre una percentuale maggiore di coloro che hanno un titolo di studio medio-basso si mostra in “disaccordo”.

Da questo studio abbiamo tratto delle risposte stereotipate che ci hanno permesso di individuare i bisogni formativi.

IL 52% di coloro che hanno un titolo di studio alto ha indicato “Sconosciuti” come principali autori di violenza contro le donne con disabilità.

Il 50% di coloro con un titolo di studio-basso ha indicato “Sconosciuti” come principali autori di violenza.

Il confronto tra i range d'età e le risposte stereotipate (domanda n. 10: gli uomini esercitano violenza nei confronti delle donne perché... e domanda n. 11 le donne subiscono violenza più degli uomini perché...) ha mostrato una conformità tra le due risposte, ovvero chi ha dato una risposta stereotipata alla domanda n. 10, l'ha data anche alla domanda n. 11 (sono biologicamente predisposte).

Fra i 20-29 anni, il 20% ha dato risposte stereotipate

Fra i 30-39 anni, il 23% ha dato risposte stereotipate

Fra i 40-49 anni, il 41% ha dato risposte stereotipate

Fra i 50-59 anni, il 29% ha dato risposte stereotipate

Tra coloro che hanno più di 60 anni, il 39% ha dato risposte stereotipate.

Le conclusioni, tratte dalla lettura delle 146 risposte al questionario, mostrano come il 35% di coloro che hanno risposto sia poco consapevole di cosa sia la violenza di genere: solo il 18% vede nel "genere" il movente per cui si agisce violenza, e il 16% ricorre a stereotipi per spiegare il motivo per cui gli uomini agiscono comportamenti violenti e le donne li subiscono. Da ciò abbiamo tratto la necessità di impostare una formazione che rendesse chiara la definizione di violenza di genere (a chi è indirizzata e perché), e rivolta a smantellare gli stereotipi degli sconosciuti come i principali autori di violenza contro le donne con disabilità (segnalati come tali dal 52% dei rispondenti).

Il 5% si dimostra dubbioso, non sa se ha assistito o meno a un episodio di violenza di genere, e ciò ci ha portato a considerare necessario l'ampliamento degli strumenti utili a leggere gli avvenimenti; e, tra coloro che hanno detto di essere venuti a conoscenza di episodi di violenza di genere, il 9% ammette che non è stato fatto nulla. Urge dare strumenti utili all'attuazione di strategie idonee, affinché anche gli operatori e le operatrici entrino a far parte della rete antiviolenza del territorio, leggendo i segnali della violenza e consultandosi con i servizi competenti. La maggior parte degli interventi attuati sono stati di tipo verbale ("richiamo verbale"), e solo il 5% degli interventi ha preso in considerazione il coinvolgimento diretto della donna nel piano di intervento (consigliandola e/o accompagnandola), fatto fondante per evitare la vittimizzazione secondaria e progettare, invece, un intervento centrato sui bisogni della donna, rendendola protagonista attiva della sua storia.

Infine, dopo aver effettuato gli incroci prendendo in considerazione variabili come il titolo di studio o il tipo di servizio in cui gli operatori e le operatrici lavorano, si può notare come non vi siano significative variazioni nelle risposte date; le percentuali di "accordi", "disaccordi" e "parziali accordi" alle varie affermazioni più o meno corrispondono, così come lo fanno le risposte stereotipate. La formazione appare quindi necessaria a tutte le fasce d'età e ad ogni tipologia di servizio.

2.2 SECONDA FASE: LA FORMAZIONE

Gli incontri formativi sono stati pensati come strumento utile per poter raggiungere operatori ed operatrici che lavorano nell'ambito della disabilità, con le seguenti finalità:

- sensibilizzare al tema della violenza maschile sulle donne con disabilità;
- approfondire temi rilevanti (genere, discriminazione multipla, meccanismi di difesa messi in atto da operatori e operatrici, lavoro di rete);
- creare dei processi riflessivi legati al tema della violenza di genere;
- affinare le competenze dei professionisti e delle professioniste che hanno un primo contatto con donne a rischio o vittime di violenza, al fine di evitare vittimizzazioni secondarie, abbattere gli stereotipi e imparare a trattare i casi di violenza in modo appropriato, riuscendo a individuarli precocemente;
- informare sui servizi antiviolenza esistenti sul territorio del circondario e della città metropolitana.

Ciascuna formazione ha avuto una durata di 4 ore, intervallate da una pausa di 15 minuti.

Le restrizioni dovute all'emergenza sanitaria covid-19, ci ha viste obbligate ad optare per incontri online (mediante la piattaforma zoom), dapprima progettati invece in presenza; nonostante questo possa essere stato un limite per una formazione concepita in modo interattivo e laboratoriale con tecniche di attivazione, proprio come questa, abbiamo invece notato come la modalità online abbia consentito di allargare la partecipazione (non prevista) ad operatori e operatrici provenienti da tutta Italia. Il forte interesse manifestato dai professionisti e dalle professioniste di altre regioni è indice di una chiara esigenza formativa al tema da noi proposto, che come già detto è un tema ancora oggi poco esplorato e che può condurre a vissuti emotivi di frustrazione e impotenza, di cui è opportuno occuparsi per compiere nel migliore dei modi il proprio operato.

Sono stati realizzati tre incontri co-condotti da tre operatrici del Centro Antiviolenza: Carmen La Rocca ha curato la dimensione cognitiva trattando i temi del corso; Noemi Calcaterra ha curato la dimensione emotiva proponendo delle tecniche di attivazione emotiva; Pamela Flores ha gestito gli aspetti tecnici.

La formazione è stata pensata come uno spazio integrativo ed armonizzante della dimensione cognitiva ed emotiva, sono stati quindi presentati concetti legati alla violenza maschile sulle donne con disabilità e uno specifico focus sui meccanismi di difesa di operatori e operatrici mediante una metodologia di tipo frontale, e al fianco di questi momenti di apprendimento sono stati attivati dei momenti laboratoriali che hanno concesso ad operatori e operatrici di focalizzarsi sulle proprie emozioni e sensazioni sperimentate nell'ambito della propria professione e in connessione ai temi trattati dal corso, mediante tecniche di attivazione emotiva e di teatro forum, quest'ultimo, in particolare, ha consentito di poter lavorare su un caso specifico vissuto da un operatore/operatrice, generando dei momenti di scambio preziosi per tutto il gruppo, individuando insieme limiti, risorse, e possibilità altre di fronteggiare situazioni di violenza come quelle condivise.

Ci siamo avvalse anche della visione di alcuni video per generare ulteriori processi di riflessione:

- Riconoscere la violenza (<https://youtu.be/9bNh9pkYWjg>)
- Se non fossi così-Voci di Donne (<https://www.youtube.com/watch?v=ddzFbBSpcuE>)
- Silenzi interrotti-VERA (Violence Emergence, Recognition and Awareness) (<https://youtu.be/JCWWGowqTKQ>)

Sono state realizzate tre giornate formative:

- 20 maggio 2021
Numero partecipanti: 11, di cui 10 donne e 1 uomo.
Professione partecipanti: educatrici, oss, insegnanti, psicoterapeute, una operatrice di centro antiviolenza, una infermiera, una medica, un sociologo.
- 27 maggio 2021
Numero partecipanti: 18, tutte donne.
Professione partecipanti: educatrici, volontarie di associazioni di vario genere, operatrici di Centro Antiviolenza, oss, pedagogiste, una psicoterapeuta, una assistente sociale, una medica.
- 7 giugno 2021
Numero partecipanti: 8, tutte donne.
Professione partecipanti: educatrici, una amministratrice, una presidentessa, una psicoterapeuta, una arteterapeuta, una assegnataria di ricerca.

Gli incontri di formazione hanno consentito di far luce su alcuni temi di fondamentale rilevanza, individuando le criticità presenti nei vari ambiti di lavoro, prima tra tutte è emersa la necessità di fornire strumenti alle donne con disabilità affinché possano comprendere i comportamenti di violenza di genere. In diverse situazioni raccontate dalle operatrici emerge quanto la poca consapevolezza da parte della donna con disabilità l'abbia portata, con molta probabilità, a trascurare dei comportamenti di violenza subita. Afferma una delle operatrici: «forse faceva fatica a capire che si trattava di violenza [...] non è scontato che si riconosca la violenza [...] rischio di farla sentire ancora più vittima se non do a lei la possibilità di capire, dare gli strumenti per sostenerla». Questa criticità è correlata anche alla scarsa educazione sessuale e affettiva delle donne con disabilità, osserva una partecipante del gruppo: «laddove c'è una disabilità c'è anche una non conoscenza di certi aspetti, quelli sessuali, si pensa che sia qualcosa che loro non hanno, gli stimoli, oppure qualcosa che non sono in grado di affrontare perché infantilizzati, e questa è proprio una barriera [...] perché se io non so cosa è quella cosa, faccio anche fatica a dirla, non riesco a spiegare cosa mi è successo [...] se non c'è consapevolezza una persona non si renderà conto di aver subito».

Gli stereotipi culturali tendono a considerare la donna con disabilità come asessuata o ipersessualizzata, in entrambi i casi, quindi non idonea ad esprimere la sua sessualità: o non ha stimoli sessuali, o quando li ha sono abnormi ed esagerati. Questa considerazione ha un fortissimo impatto circa la spinta all'autodeterminazione della donna poiché la porta ad essere ritenuta incapace di vivere con un/una partner e di essere madre, e condurre quindi una gravidanza. Come è noto questo ha condotto ad un controllo rigoroso e repressivo dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne con disabilità: la gestione coatta del ciclo mestruale, la sterilizzazione, la contraccezione forzata, la mutilazione genitale femminile, l'aborto forzato, ovvero tutte forme di negazione dei diritti a cui le donne non hanno potuto dare il proprio consenso o comprenderne pienamente le motivazioni. La vulnerabilità a tali abusi aumenta quando la disabilità di cui è portatrice la donna richiede un'elevata esigenza di supporto, come

le donne con disabilità intellettive o psicosociali, le donne che sono sordocieche e quelle con disabilità multiple, e in particolare quelle che vivono in contesti istituzionali. In tutte queste condizioni si osserva il rischio di una sostituzione della donna, piuttosto che chiedere a lei quali siano i suoi bisogni e i suoi desideri, li si inferisce, assumiamo invece l'importanza di seguire il principio di "non sostituzione", per cui le donne con disabilità devono essere assolutamente coinvolte nei processi decisionali che riguardano la gestione degli aspetti delle proprie vite, come ha affermato Ana Peláez Narváez, vicepresidente del Forum Europeo sulla Disabilità: «Nulla sulle donne con disabilità senza le donne con disabilità».

Osserva un'operatrice, partecipante della formazione "Nessuna Esclusa": «con gli stessi ragazzi con disabilità emerge chiaramente proprio un'infantilizzazione dei ragazzi, quindi, un non riconoscere il lato della sessualità e delle relazioni, è questo che spesso si traduce in una violenza che porta sempre a rimandare indietro la persona quando esprime dei desideri, dei bisogni [...] rispetto al progetto della propria vita tendono a riaggiustarlo perché si autoconvincano di valere e di poter fare meno rispetto a tutto quello che possono fare le altre persone mentre non dovrebbe essere così, ma dovrebbero essere spinti a poter vivere tutti i loro diritti al 100%». A proposito di diritti, ricordiamo che la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (articoli 5, 6, 17, 23 e 25) e la Convenzione delle Nazioni Unite sulla Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne (articoli 1, 5, 12 e 16) precisano i diritti di uguaglianza e di non discriminazione, quello all'integrità personale, il diritto di sposarsi e decidere il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite, così come il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, sulla base di un consenso libero e informato.

Entrambe le Convenzioni sono state ampiamente ratificate in Europa e questo pone sugli Stati la responsabilità del rispetto dei loro obblighi e della garanzia e tutela dei diritti di tutte le donne e ragazze, comprese le donne e le ragazze con disabilità.

Questa garanzia e tutela significa che gli Stati devono garantire che qualsiasi decisione in merito alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti delle donne e delle ragazze con disabilità non venga eseguita senza il loro previo consenso libero e informato e che ogni decisione sostitutiva (famiglia, amministratore di sostegno, tutore) non equivale mai al consenso.

Altro tema di riflessione emerso riguarda i dati sommersi, osserva un partecipante della formazione «sono sommersi i dati che riguardano le donne senza disabilità, figuriamoci quelli che riguardano le persone disabili», un'altra partecipante (operatrice di un centro antiviolenza) riflette «noi nel nostro centro ad oggi non abbiamo mai avuto donne con disabilità forse perché è una problematica sommersa, perché già è difficile per una donna in condizioni normali far emergere la violenza, a volte si decidono dopo dieci anni, vent'anni [...] è difficile far emergere la violenza in quelle situazioni».

Abbiamo notato come in tante storie che operatrici ed operatori hanno narrato ci sia spesso un comune filo conduttore, ovvero la vicenda non è stata esportata all'esterno -o ha avuto comunque un percorso più tortuoso- soprattutto in situazioni istituzionali (come scuola e comunità diurna) si evidenzia una sorta di timore di agire "e se sporchiamo il buon nome del nostro centro?", "e se ci inimichiamo la famiglia?", e più il sospetto di abusi e violenze riguardava la famiglia più questo timore si ingrandiva. A tal proposito emerge quindi la necessità di formare, ma anche informare, chi gestisce istituzioni di vario tipo, al fine di dare risposta ai dubbi registrati da operatori e operatrici "chi è giusto che segnali?", "a chi devo segnalare?", "cosa posso fare?", "con chi devo parlare?", "e se ho dei dubbi ma non ho la certezza?", "e se la violenza è all'interno della famiglia?", sottolineando l'importanza di fare riferimento alla rete antiviolenza, a partire proprio da una consulenza con il Centro Antiviolenza di riferimento. È importante anche smorzare la responsabilità che l'operatore o l'operatrice rischia di percepire, e a tal proposito, parte della formazione ha previsto proprio un focus sui meccanismi di difesa, che ha consentito ad operatori e operatrici di individuare i

propri e rifletterci, e di far luce sulle dinamiche che si possono mettere in moto dinanzi a situazioni simili.

Ci riporta una operatrice «una cosa di cui si parla pochissimo è che dietro questi casi di violenza alla fine c'è sempre una mal tutela anche da parte dei servizi, nel senso che si parla pochissimo di violenza istituzionale [...] avendo lavorato nell'istituzione ho notato che questo è uno dei punti di criticità».

E ancora una docente di sostegno racconta: «mi veniva in mente che già è difficile essere cauti nella proporzione giusta con degli adulti, figuriamoci con dei minorenni [...] perché lavorare in contesto scolastico con dei ragazzini disabili che spesso ovviamente creano un rapporto molto stretto con la docente di sostegno e quindi portano alla luce anche dei vissuti di un certo tipo che possono essere anche familiari, non solo con una persona esterna, o a volte entrambe le situazioni, è quindi difficile poi farlo presente alla famiglia perché non sai come reagirà, parlare con la stessa allieva, parlare con il consiglio di classe, parlare con un dirigente scolastico, è tutta una situazione per certi versi un po' più complicata».

Tutto ciò ci porta a considerare il bisogno di fare formazione ed informazione presso le istituzioni, in modo tale che possano quanto più essere attrezzate a gestire situazioni in cui emergono i segni della violenza, condividere cioè delle buone prassi, affinché non rimangano disarmate e sappiano cosa fare e come poter agire e quali sono dunque le possibilità presenti.

Tra i molteplici temi che sono emersi durante la formazione, ci sembra di spiccata importanza la questione relativa alla credibilità. Molte operatrici e operatori ci riportano come punto critico l'ostacolo del non essere creduta della donna con disabilità, in modo probabilmente ancora più prepotente rispetto ad una donna senza disabilità. Osserva un'operatrice «si tende ad infantilizzarli [...] in realtà sono persone consapevoli [...] si tende a pensare che non si rendano conto delle situazioni e quindi a non crederli perché la loro versione non è attendibile, e questa è una cosa che vedo molto anche da parte delle famiglie a cui non do assolutamente nessuna colpa ovviamente, però questo è quello che ci viene insegnato, le persone con ritardi mentali non sono da credere, in realtà soprattutto questi tipi di disabilità si portano dietro una grande consapevolezza spesso anche della propria disabilità». Questo della credibilità è un punto critico piuttosto ricorrente, alcune operatrici hanno voluto narrarci dei frammenti di violenza subita personalmente, e di come abbiano preferito tenersi il peso del dolore derivato dagli abusi per timore di non essere credute, o in alcuni casi siano state messe a tacere da una figura di riferimento, come racconta una partecipante «io ho avuto degli abusi di pedofilia quando ero piccola e provenendo da una famiglia diciamo borghese nel momento in cui io sono andata a dire a mia madre questa cosa, mia madre mi ha detto stai zitta perché se lo viene a sapere tuo padre lo ammazza... ma secondo me era ancora più subdolo, cioè la vergogna di tirar fuori una cosa del genere [...] in quel momento diventi tu la vergogna e non il fatto in se stesso», e in casi come questi il rischio è quello di subire vittimizzazione secondaria, vivere per una seconda volta la condizione di vittima poiché chi ci dovrebbe proteggere perpetra atteggiamenti svalutativi, innescando dinamiche interne di vergogna e sensi di colpa, favorendo la maturazione del pensiero “se lo dico scatenano un putiferio” e così la donna che ha subito e subisce finisce col farsi carico della responsabilità della violenza, ma il putiferio è già stato innescato, e non da lei, bensì da chi ha agito comportamenti violenti, e non esportando la situazione all'esterno, il dramma della violenza continuerà a vivere – senza risoluzione – dentro di lei, dolore che non smette di cessare, come ci racconta una partecipante del gruppo di formazione che ha subito violenza da giovane «quando sono andata in analisi, ma non per questo motivo [...] è uscita fuori questa cosa, dopo anni e anni...», questo dolore era in attesa di trovare un canale comunicativo, di avere voce, ma come ci ricorda una partecipante del gruppo: «chi ha un figlio o una figlia con disabilità e lo segue, capisce, sa quali sono le sue reazioni, capisce quando c'è qualcosa che non va, anche se non viene detto, anche se ha un ritardo gravissimo [...] chi

subisce manifesta dei segni anche se non urla, un dolore è un dolore», un dolore non comunicato verbalmente porta comunque delle tracce nel corpo, come abbiamo anche voluto trasmettere mediante la metodologia utilizzata durante la formazione, le emozioni incarnano il corpo, anche quando non le comunichiamo, anche quando non ne siamo troppo consapevoli il nostro corpo le sente, le vive, le esprime, e una sofferenza immensa come quella conseguente dalla violenza può trovare voce nel corpo.

In accordo con quanto esposto finora riportiamo anche il caso raccontato da un'operatrice: una donna adulta, paziente di una comunità diurna, ha sviluppato un grave disturbo ossessivo compulsivo «la sua vita si limitava a pochissime ore di libertà, lei veniva alla comunità diurna alle 10:30 – 11:00 e aveva bisogno di tornare a casa quasi subito dopo pranzo, questo sembrava quasi l'unico spazio di libertà mentale [...] aveva tanti rituali [...] e lamentava problemi fisici, mal di schiena, alle gambe e ai piedi [...] in qualche colloquio abbiamo affrontato il problema della sua sintomatologia [...] ad un certo punto vedendo la mia disponibilità mi chiede “ma tu lo sai cosa mi è successo quando ero più giovane?” [...] mi ha raccontato che nel periodo adolescenziale/adulto i suoi genitori erano parecchio in crisi, lei non era molto in forma rispetto alla stima di se stessa e si era rivolta al suo medico di base, gradualmente lei si è fidata, mi ha detto “lui mi ascoltava, io ad un certo punto mi sono resa conto che andare da lui per me era fondamentale perché mi ascoltava e capiva quello che stavo passando, mi dava dei consigli per cui di fatto pian pianino mi sono fidata” passato un po' di tempo questo medico di base si è avvicinato anche fisicamente e in qualche modo ricattandola, lei me lo ha raccontato come un ricatto, o lei andava a letto con lui o quell'aiuto anche emotivo che lui gli dava non ci sarebbe più stato [...] sentendo l'aiuto fondamentale lei alla fine ha ceduto [...] ad un certo punto lei si è sentita costretta perché sentiva di non avere vie d'uscita, il potere che lui ha utilizzato su di lei è stato quello del “io ti aiuto ma tu mi devi dare qualcosa in cambio” [...] è passato un periodo in cui nei rapporti che avevano lui era diventato sempre più aggressivo e volgare [...] stanca di tutto questo lei ha smesso di mangiare, è stata talmente male che ha fatto anche un ricovero. Dopo vari ricoveri alternati, ad un certo punto è riuscita a raccontare tutto quello che le stava capitando alla sua famiglia. La sua famiglia di fatto non le ha creduto all'inizio, dopo tanto tempo stava talmente male che alla fine ci hanno dovuto credere per quello [...] ma anche dopo averla creduta le hanno dato la colpa “tu potevi anche dire di no, non ti ha obbligato nessuno” e questa è una ferita che non si è mai rimarginata [...] la cosa che l'ha ferita di più è stata la mamma “lei lo doveva capire, non mi ha creduto, non ha capito quanto questa cosa mi ha fatto stare male”» Schiacciata da questa situazione di violenza agita dal suo medico di base, uno dei riferimenti sanitari più importanti della nostra vita, la donna ha sviluppato una serie di patologie di natura psichiatrica a partire dal disturbo alimentare, depressivo e un grave quadro ossessivo compulsivo che ancora oggi limita considerevolmente la sua quotidianità, e la vittimizzazione secondaria subita dalla famiglia ha intensificato la sofferenza della donna. I sintomi psichiatrici hanno consentito alla donna di essere creduta: “è messa così male che sarà vero quello che ha subito”, e questo ha alimentato in modo disfunzionale la sua sintomatologia, ha avuto bisogno di mostrare una sofferenza eclatante per essere vista e creduta. Questo ci fa comprendere quanto forte e lacerante sia la ferita del non essere credute.

Le drammatizzazioni messe in scena mediante l'attività di teatro forum hanno aiutato il gruppo a comprendere soprattutto l'importanza di sintonizzarsi coi tempi della donna, infatti è emerso che chi si trovava nei panni dell'operatrice viveva una sorta di fretta di sapere tutto e subito, e chi ha inscenato la donna/paziente ha provato talvolta la sensazione di essere invasa, è fondamentale quindi sintonizzarsi coi tempi delle donne, senza incalzarle per esempio o la pretesa di sapere immediatamente il tutto, è necessario avere grande rispetto per i suoi tempi, e occorre tollerare il fatto che spesso i suoi tempi non coincidono con quelli dell'operatrice. Inoltre l'attività di teatro forum ci ha consentito di porre l'attenzione sulle emozioni, sensazioni

e pensieri sperimentati durante le drammatizzazioni, in linea con l'idea di mettere al servizio questi strumenti nella comprensione empatica dell'altro/a.

Dalle riflessioni condotte durante i gruppi di formazione emerge quindi:

- la necessità di educare alla sessualità le persone con disabilità, in quanto parte integrante della loro autonomia, per cui andrebbe inclusa nel progetto di autodeterminazione e/o di riabilitazione, e questo potrebbe, inoltre, fungere da fattore di protezione nei confronti della violenza, poiché darebbe loro gli strumenti per capire cosa è violenza e cosa non lo è;
- l'esigenza di fare formazione ed informazione nei vari servizi (scuole, comunità, centri di vario tipo, ecc.) al fine di ridurre il rischio di violenza istituzionale e vittimizzazione secondaria, rendendo le istituzioni parti integranti della rete antiviolenza, impartendo buone prassi;
- l'importanza per le donne con disabilità (ma non solo) di essere credute;
- l'importanza di rispettare i tempi della donna.

2.3 TERZA FASE: LO SPORTELLO ITINERANTE

Lo sportello itinerante è stato il cuore del progetto poiché ci ha consentito di raggiungere le donne con disabilità e ascoltare la loro voce, i loro pensieri, le loro proposte, i loro dubbi e i loro ricordi.

Lo sportello è stato pensato e realizzato come un laboratorio interattivo sui temi di genere, appositamente ideato per raggiungere le persone con disabilità psicofisica, il quale, attraverso la conoscenza del proprio corpo e il riconoscimento delle proprie emozioni, ha avuto la finalità di migliorare nelle partecipanti la consapevolezza di sé e di fornire loro strumenti per prevenire la violenza, a cui sono maggiormente esposte in quanto donne con una o più disabilità, con la possibilità di esplorare quella eventualmente subita e non ancora emersa.

Il laboratorio si è configurato come uno spazio di ascolto delle donne: partendo da input di tipo grafico, abbiamo sollecitato un focus sui propri vissuti emotivi, ponendo attenzione anche alla dimensione corporea connessa, seguendo la logica “il corpo racconta”.

Gli input grafici proposti sono stati tratti dal testo “Trattato di anatomia emozionale” (V. Caldarella, A. Pennisi, 2019), le tavole presenti in questo albo sono illustrazioni che rappresentano i modi di dire utilizzati nel nostro gergo popolare per esprimere emozioni e sentimenti, per es. avere le farfalle nello stomaco, avere la testa fra le nuvole, fare gli occhi dolci, avere il cuore ardente, avere la lingua biforcuta, avere un nodo alla gola, ingoiare il rospo, chiudersi a riccio, avere il cuore di pietra.

Proprio per questa volontà di voler focalizzare sulla dimensione emotiva e corporea, abbiamo dato il nome di “Farfalle nello stomaco” allo sportello da noi proposto.

È stato previsto anche un momento informativo circa la presenza e il funzionamento della rete antiviolenza. In particolare è stato spiegato il funzionamento di un Centro Antiviolenza.

Gli incontri hanno avuto una durata di due ore ciascuno, con un piccolo intervallo di circa 10 minuti e sono stati condotti da Noemi Calcaterra e Carmen La Rocca.

Sono stati realizzati tre sportelli:

- 28 aprile
Partecipanti: 7 donne che sono state in cura, o che lo sono attualmente, presso il “Montecatone Rehabilitation Institute”.
Modalità: online, piattaforma Zoom.
- 1 giugno
Partecipanti: 3 donne che frequentano le attività riabilitative della cooperativa Tragitti.
Modalità: in presenza.
- 10 giugno
Partecipanti: 2 donne che frequentano le attività riabilitative della cooperativa Tragitti.
Modalità: in presenza.

Abbiamo constatato immediatamente una netta differenza tra le tipologie dei gruppi: le donne in cura presso Montecatone sono apparse particolarmente resistenti alle narrazioni personali,

e pertanto le due ore non sono risultate sufficienti a creare un clima emotivo di fiducia: il gruppo si è mostrato più interessato ad apprendere concetti piuttosto che orientare la riflessione su aspetti di risonanza personale; al contrario, le donne in cura presso Tragitti si sono mostrate molto disponibili a raccontarsi con minimi input attuati dalle operatrici/conduttrici del gruppo. Ci interroghiamo se questa differenza emersa sia stata causata anche dalla modalità di partecipazione, il gruppo di Montecatone infatti ha partecipato online, mentre i due gruppi di Tragitti in presenza. Probabilmente la presenza fisica ha favorito l'apertura delle partecipanti, quella online invece ha creato una sorta di schermatura emotiva.

Gli incontri ci hanno permesso di creare delle discussioni sui temi di genere molto interessanti e stimolanti: abbiamo rilevato la presenza di stereotipi di genere diffusi, come la convinzione che se una donna vada in giro con abbigliamento corto e scollato un po' se l'è cercata o pensare che l'uomo abbia impulsi sessuali irrefrenabili, è stato quindi dato ampio spazio all'abbattimento di questi stereotipi, su cui abbiamo potuto innescare dei processi riflessivi, ricollocando le responsabilità.

In stretto riferimento al tema della disabilità, una partecipante ha affermato: «quando alzi la voce per farti vedere vieni criticata in maniera brutta come la rompiscatole... quando invece ti ritrovi ad alzare la voce solo per essere vista. [...] spesso arriva prima il problema che la persona, se vogliamo che le persone ci considerino, viste, per quello che siamo e non per come ci spostiamo è chiaro che lo dobbiamo anche rappresentare», confermando uno dei punti critici già individuati dalla letteratura, ossia il fatto che la disabilità rischia di confluire e determinare l'intera identità della donna, “spesso arriva prima il problema che la persona”, la disabilità sta sempre un passo avanti alla persona, creando una fastidiosa ombra sociale. Dice un'altra partecipante, addentrandosi nell'esplorazione dei propri schemi emotivi abituali: «fare il riccio è stato necessario per proteggermi... ma anche da uno sguardo ... mi guardano come se fossi invisibile, ma è quasi meglio che non quando ti guardano e ti dicono “eh ma lei è messa male! Cosa è successo? Ma come è messa male! Ma cosa va a fare in giro?” fare il riccio è stata una necessità per non farmi ferire troppo». Questo ci ricorda che impariamo anche a difenderci dagli altri, e quando incontriamo più nemici che amici abbiamo bisogno di forti armature per proteggerci.

Un elemento che è emerso in modo piuttosto prepotente riguarda la correlazione tra aver subito gravi abusi in infanzia e in adolescenza e l'insorgenza di un disturbo di natura psichiatrica. Su cinque donne seguite da Tragitti (facciamo riferimento al centro diurno gestito dalla suddetta cooperativa), quattro hanno dichiarato in modo esplicito di aver subito gravi violenze sin da bambine, e alla domanda “pensi che la violenza che hai subito abbia avuto un ruolo nel tuo disturbo psichico?” tutte rispondono sì, sentono che gli abusi ricevuti continuano ad agire in modo disturbante dentro di loro, avendo devastato anche la loro autostima; infatti, quando chiediamo loro quali siano le qualità positive della propria persona, fanno fatica a trovarle, dichiarando di non averne «non mi piace niente», o ancora un'altra afferma: «io non so cosa vuol dire autostima».

Una delle partecipanti ha trovato una sorta di distrazione dai pensieri disturbanti, esito delle violenze sessuali subite, nel disturbo ossessivo-compulsivo, ci racconta: «ci sono dei momenti che non mi voglio ricordare io allora faccio di tutto e di più, faccio dei lavori a casa per distrarmi,

per non ricordare, faccio le pulizie, sistemo il letto, stendo la roba, piego la roba, mi sistemo ogni tanto la camera».

Un'altra partecipante sottolinea come l'aver subito abusi sessuali l'abbia condotta a non fidarsi più degli uomini «questa memoria è stata impressa su di me [...] faccio fatica a credere ancora negli uomini», e dunque l'esperienza traumatica ha avuto un impatto nel modo in cui gestisce attualmente le sue relazioni, diffidando costantemente del genere maschile; esperienza emotiva condivisa anche da tutte le altre partecipanti.

Ci sembra molto interessante riportare l'affermazione di una donna «la violenza mi ha cambiato totalmente la fisionomia», ci spiega come l'aver subito violenza abbia influenzato il modo in cui lei stessa percepisce il suo corpo, lo sente trasformato, come se non possa più ritornare come prima, e questo le rende molto faticosa l'accettazione del proprio corpo, dichiarando di sentirsi brutta e che non prova più piacere nell'uscire da casa, se non per andare a svolgere le attività di riabilitazione che segue con costanza e buona motivazione. Questa è una delle conseguenze della violenza, ovvero ridurre al minimo l'autostima della donna, non facendole provare più piacere nel vedere la propria immagine riflessa allo specchio, provando quasi sensazioni di disgusto, come quelle che la donna ci ha raccontato.

Un altro dato importante che ci è stato riportato riguarda il timore di non essere credute, cosa che ha spesso portato le donne a mantenere il silenzio circa gli accadimenti di violenza «io non ho parlato con nessuno perché prima mi vergognavo per quello che mi hanno fatto, e dopo di non essere creduta da nessuno [...] mi è successa anche nel treno questa cosa qui... che io come una scema ci son cascata che c'era un ragazzo più grande di me, un anno fa, che mi fa "c'è il bagno che non funziona", con la scusa del bagno mi ha fatta entrare mi ha tappato la bocca e ha fatto delle cose su di me che io ne ho sofferto tanto. Però la mia paura più grande è che se dico delle cose che mi succedono poi non vengo creduta». In questo racconto come possiamo notare c'è anche un giudizio diretto alla propria persona "sono io la scema che ci sono cascata", emerge quindi la necessità di individuare in modo corretto le responsabilità delle azioni, e aiutare le donne a sgravarsi dalle responsabilità percepite e indirizzarle a chi agisce i comportamenti di violenza.

Inoltre le partecipanti hanno anche messo in evidenza un fatto che ha creato in loro confusione «se lo dico non vengo creduta, se non lo dico ti dicono "perché non parli?"», questo genera un clima di forte confusione che può portare le donne che hanno subito violenza a sostare nel silenzio, dato il timore (che troppo spesso trova realizzazione) di essere esposte a giudizio, e in quel caso di essere giudicate come colpevoli nell'aver innescato o provocato l'aggressore. Stereotipo che cerchiamo di combattere con forza quotidianamente nella nostra attività.

Ma questo è un silenzio che fa star male, come afferma un'altra partecipante «l'ho fatto di ingoiare i rospi per il bene di famiglia, però alla fine mi sono persa, quelle farfalline nello stomaco forse valevano qualcosa...quindi alla fine no! Lo sputi fuori e basta! Mi sono anche arrabbiata di aver permesso a questo rospo di uccidere le farfalline. Ingoiare il rospo è una cosa che ti uccide, ti annienta il tuo spirito, ti fa diventare uno zero». Il silenzio si configura pertanto come un tentativo di proteggersi dal giudizio esterno.

Nelle storie di violenze e abusi che le donne ci hanno narrato emerge anche un elemento importante, l'uomo che agisce violenza è quasi sempre una persona appartenente alle relazioni affettive intime: genitori, familiari, amici di famiglia e partner. Questo dato scardina lo stereotipo ampiamente diffuso per cui la violenza di genere è principalmente attuata da uomini sconosciuti (anche nel questionario da noi diffuso nella prima fase del progetto 76/146

operatori/trici identificano il ruolo di sconosciuto nell'autore di violenza). Questo probabilmente è un tentativo psicologico di delegare all'estraneo la violenza, perché l'idea di un padre, di un marito, di un fratello, di uno zio come autori di violenza è un pensiero terrificante da tollerare, ma è una realtà terrificante con cui è necessario fare i conti.

Un aspetto trasversale constatato è il bisogno delle donne di narrare le proprie esperienze, di condividere i propri vissuti; seppur in modo molto meno esplicito anche le donne in cura presso Montecatone hanno dato voce a frammenti di episodi della loro vita, hanno riflettuto sulle difese emotive che spesso mettono in atto, come il "chiudersi a riccio", o "ingoiare il rospo". Le donne, tutte, nessuna esclusa, hanno bisogno di sapere che uno spazio di ascolto esiste, e che, se lo desiderano, possono farvi riferimento. Uno spazio in cui poter essere credute, in cui poter comprendere, in cui poter elaborare, in cui poter raccontare. Afferma con entusiasmo una donna che ha partecipato ad uno degli sportelli «non ho mai sentito di incontri di questo tipo qui». È necessario che questi incontri non siano eventi occasionali di cui stupirsi.

Dalle riflessioni condotte durante gli sportelli emerge quindi:

- la necessità di scardinare gli stereotipi di genere ancora ampiamente diffusi;
- l'importanza di leggere in modo adeguato la responsabilità della violenza;
- il bisogno per le donne di essere credute, arginando i sensi di vergogna e di colpa percepiti;
- il ruolo che il vissuto traumatico ha avuto nell'insorgenza di un disturbo psichiatrico;
- che l'autore di violenza è spesso un uomo appartenente alle relazioni affettive intime, piuttosto che uno sconosciuto;
- il bisogno di creare ulteriori momenti di ascolto simili.

3. CONCLUSIONI

Il lavoro svolto ci ha permesso di collaudare una metodologia che ha dato esiti significativi, ossia quella di informare e sensibilizzare ai temi di genere stimolando la dimensione cognitiva e quindi affrontando in modo dettagliato vari contenuti, tra cui il funzionamento di un Centro Antiviolenza, le tipologie di violenza, il funzionamento della rete antiviolenza, ecc.; ma al contempo di sollecitare riflessioni mediante tecniche di attivazione emotiva che hanno permesso quindi di integrare la dimensione emotiva, ma anche quella corporea, infatti abbiamo molto orientato la discussione su cosa succede al nostro corpo quando proviamo determinate emozioni, affinché possiamo usare il nostro corpo e le sue sensazioni come importante strumento relazionale, anche per comprendere situazioni di violenza. Questa metodologia integrata è stata attivata sia nella formazione rivolta ad operatori ed operatrici, sia negli sportelli rivolti a donne con disabilità.

Abbiamo rilevato un gran bisogno narrativo sia da parte delle donne partecipanti dei laboratori, sia delle operatrici e degli operatori presenti alle formazioni. Questo ci fa inferire quanto ci sia la necessità di comprendere e di ricollocare in modo adeguato le situazioni di violenza, sia per chi le ha vissute sulla propria pelle e sulla propria psiche, sia per chi ne ha visto le conseguenze sulle proprie utenti. Abbiamo rilevato anche sensi di colpa e rabbia nelle operatrici che si sono ritrovate a gestire delle situazioni particolarmente delicate, e ancora oggi risuonano forte in loro le storie di donne che non hanno avuto un lieto fine. Emerge in modo molto chiaro quanto ci sia sempre più bisogno di fare rete e formazione/informazione adeguata affinché queste storie possano trovare dei finali meno nefasti, e di ascoltare le voci di tutte le donne.

Concludiamo questo piccolo resoconto di un lavoro che abbiamo svolto con passione e dedizione per un anno riportando la frase di una partecipante dello Sportello, con l'impegno sociale di aiutare lei e tutte le donne a realizzare i propri desideri: «il mio più grande desiderio è fare una famiglia, di avere una persona che mi vuole bene, che non mi sfrutta come hanno fatto altri, che mi sta vicina, e che possa avere dei bambini con questa persona».

Sitografia utile:

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

<https://www.istat.it>

<http://www.fishonlus.it/vera/>

<https://www.informareunh.it>

Ringraziamo tutte le operatrici del Centro Antiviolenza e le tirocinanti per aver contribuito con passione alla realizzazione del Progetto; tutti gli operatori e le operatrici che hanno dedicato il loro tempo materiale ed emotivo per la compilazione del questionario di rilevazione; tutti i professionisti e le professioniste che hanno partecipato alle formazioni per aver “vibrato” insieme emozioni e buone prassi; tutte le donne che hanno partecipato agli sportelli per averci fatto dono delle loro esperienze di vita e per averci presentato le loro “farfalle nello stomaco”.

Ringraziamo anche la cooperativa sociale Giolli che nell’ambito del progetto Vivien ha diffuso metodi efficaci di formazione che sono stati per noi di prezioso ausilio nelle realizzazione delle formazioni; e Silvia Ricci Lucchi, educatrice presso la cooperativa Tragitti, per averci gentilmente donato delle vignette raffiguranti le diverse tipologie di violenza di genere che lei stessa ha curato e disegnato, che hanno stimolato delle significative riflessioni durante gli sportelli.



SPORTELLO ITINERANTE

FARFALLE NELLO STOMACO

*Laboratorio interattivo
esperienziale sul tema
della violenza di genere.*

28/4/2021 h. 15.00-17.30

*Online su piattaforma Zoom:
min. 5 max. 12 partecipanti*

*Per info e iscrizioni:
infocavimola@gmail.com*



Lo sportello verrà adattato alle esigenze dei gruppi

Concept by "Nessuna Esclusa"





SPORTELLO ITINERANTE

FARFALLE NELLO STOMACO

Laboratorio interattivo esperienziale sul tema della violenza di genere.

28/4/2021 h. 15.00-17.30

La disabilità è uno dei principali fattori di rischio, per le donne e le minori, di subire violenza di genere e discriminazioni multiple.

Secondo l'ISTAT in Italia il 36,6% delle donne con limitazioni gravi ha subito nella propria vita violenze fisiche o sessuali. **Rileva inoltre che per le donne con disabilità il rischio di subire stupri è più che doppio rispetto a quello che corrono le altre donne.**

Stereotipi, pregiudizi e falsi miti portano a considerare le donne con disabilità incapaci di comprendere e prendere decisioni autonomamente, di desiderare, provare emozioni, sentimenti, avere ambizioni, desideri sessuali o di maternità, contribuendo così al loro isolamento sociale e alla loro esclusione.

La mancata consapevolezza dei propri diritti, la dipendenza economica e quella correlata alla disabilità, sono ostacoli forti per il processo di emancipazione e di autodeterminazione.

"Farfalle nello stomaco" è uno sportello itinerante ideato per raggiungere le donne, praticare equità e parità, istituire un luogo e uno spazio per nuove narrazioni sulle donne, fatte direttamente dalle donne.

Attraverso modi di dire popolari, che raccontano le emozioni con linguaggio corporeo e concreto, l'universo simbolico e i suoi significati ancestrali saranno lo strumento per accedere a una storia comune di genealogia, sorellanza e libertà, dove i desideri, i sogni, le ambizioni ma anche l'indicibile, possono trovare le parole.

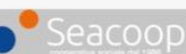
Lo sportello verrà adattato alle esigenze dei gruppi.

**Online su piattaforma Zoom:
min. 5 max. 12 partecipanti**

Per info e iscrizioni:
infocavimola@gmail.com



Concept by "Nessuna Esclusa"



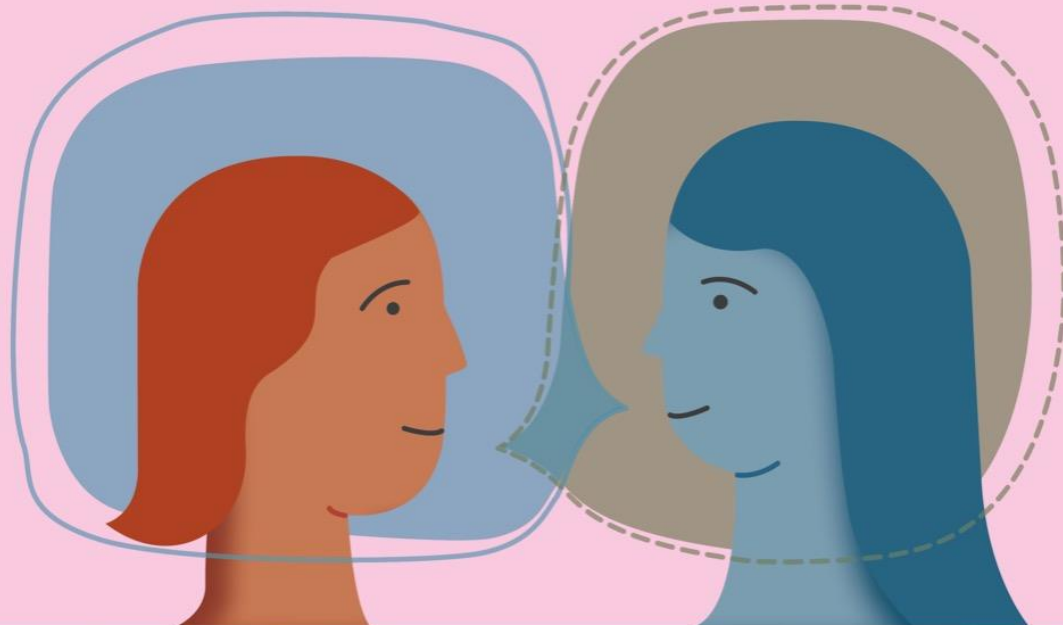


FORMAZIONE

12, 20, 27 maggio e 7 giugno ore 14.30/18.15

Approfondimenti dedicati a professionisti di enti pubblici, soggetti privati e del terzo settore, che si occupano di persone con disabilità.

LA VIOLENZA INVISIBILE SULLE DONNE CON DISABILITÀ

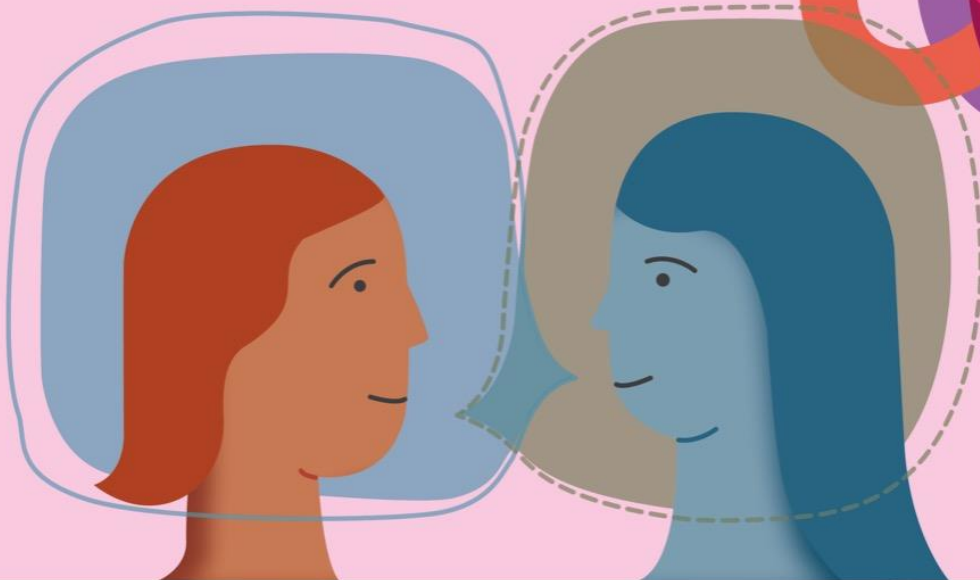


Format attivi: ONLINE min. 8 e max 16 partecipanti - IN PRESENZA min. 8 e max 24 partecipanti
PER INFO E ISCRIZIONI: infocavimola@gmail.com





FORMAZIONE



LA VIOLENZA INVISIBILE SULLE DONNE CON DISABILITÀ

Approfondimenti dedicati a professionisti di enti pubblici, soggetti privati e del terzo settore, che si occupano di persone con disabilità.

12, 20, 27 maggio e 7 giugno ore 14.30/18.15

La formazione, condotta da Operatrici esperte di violenza di genere, vuole essere uno scambio paritario di conoscenze e di esperienze tra professionisti/e ed ha la finalità di avviare una nuova rete pubblico/privato/terzo settore, consapevole e attiva nell'individuazione e nel contrasto della violenza di genere perpetrata sulle donne con una o più disabilità.

CONTENUTI

- Le forme e la fenomenologia della violenza. Perché "di genere"?
- Le discriminazioni multiple e l'intersezionalità
- Dati e numeri della violenza subita dalle donne con disabilità
- Gli indicatori della violenza di genere e la vittimizzazione secondaria
- Scenario normativo nazionale ed europeo
- I servizi e la rete antiviolenza del territorio
- La centralità dell'operatore/trice: il vissuto, l'esperienza, la responsabilità. Attivazioni e drammatizzazioni.

IL METODO

La formazione è orientata all'incontro e all'armonizzazione delle dimensioni emotiva e cognitiva dei/delle partecipanti, opportunamente intrecciate in due moduli della durata di 2 ore ciascuno, intervallati da una pausa di 15 minuti. La didattica sarà articolata in momenti frontali, partecipati e interattivi. Sono previsti: analisi di casi, drammatizzazione, role playing e teatro forum.

Format attivi: ONLINE min. 8 e max 16 partecipanti - IN PRESENZA min. 8 e max 24 partecipanti
PER INFO E ISCRIZIONI: infocavimola@gmail.com

