



**LA VIOLENZA NEI CONFRONTI
DELLE DONNE ANZIANE:
INDAGINE E ANALISI
DEL FENOMENO IN ITALIA**

*A cura di
Elisabetta Donati e Pina Madami*

*Con il supporto finanziario del III Programma Daphne dell'Unione Europea
Daphne Project JUST/2009-2010/DAP/AG/0992*

Indice

Summary report: La vulnerabilità delle donne anziane in Italia	pag. 7
1 Il contesto demografico e sociale italiano	pag. 10
1.1 Il processo di invecchiamento nel mondo	pag. 11
1.2 Il processo di invecchiamento in Europa	pag. 12
1.3 In Italia: fra dinamiche mondiali e specifici primati	pag. 14
1.3.1 La qualità della sopravvivenza	pag. 15
1.3.2 Come invecchiano le donne in Italia	pag. 16
1.4 Invecchiamento della rete parentale e diminuzione dei care givers: implicazioni di genere	pag. 20
2 La violenza contro le donne in Italia	pag. 26
2.1 Il fenomeno a livello nazionale, attraverso i dati Istat	pag. 27
3 Ricerche a livello nazionale e regionale su violenze e abusi nei confronti della popolazione anziana	pag. 37
3.1 La violenza occulta: i risultati di una survey su violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane	pag. 37
3.2 Progetto: “Breaking the taboo”	pag. 39
3.3 Progetto: Linee guida per prevenire la violenza nel “caregiving” di donne anziane malate di “Alzheimer” e di altre forme di demenza	pag. 43
4 Risorse nazionali	pag. 46
4.1 Istat: Reati, vittime e percezione della sicurezza	pag. 47
4.2 Rapporto sulle politiche contro la povertà e l’esclusione sociale	pag. 50
4.3 Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto dei lavori della commissione “Salute delle donne”, promossa dal Ministero della salute	pag. 53
4.4 Il silenzio e le parole, Rapporto nazionale Rete Antiviolenza fra le città, Urban-Italia promosso dal Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità	pag. 58
5 Il contesto normativo e legale: La violenza di genere nella normativa italiana	pag. 62
5.1 La legge sullo Stalking	pag. 64
5.2 Le normative Regionali e le politiche sul tema della violenza e del genere	pag. 65
6 Esperienze del partner. Il progetto di Auser Lombardia	pag. 69
“La violenza contro le donne anziane: conoscere e sensibilizzare per prevenire”	pag. 69
6.1 Approfondimento. Le case di riposo in Italia. Una ricerca sulle case di riposo condotta da Auser nazionale	pag. 71
7 Le buone pratiche	pag. 74
7.1 Lo Sportello Filo Rosa Auser di Cardano al Campo	pag. 74
7.2 Servizio aiuti anziani del Comune di Torino	pag. 74
Bibliografia	pag. 79

Il Report di ricerca è a cura di
Elisabetta Donati e Pina Madami di Pari e Dispari srl.

La presente pubblicazione è parte integrante del lavoro di ricerca e analisi realizzato in modo comparato con i partner nazionali ed europei del progetto “STOP VIEW”:

Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale
Regione Lombardia (Italia), ANJAF (Portogallo), CNIDFF (Francia),
UNAF (Spagna), BGRF (Bulgaria), ZDUS (Slovenia).

I prodotti realizzati sono disponibili in lingua inglese.

Il lavoro di analisi e di sintesi delle fonti di ricerca selezionate è stato discusso e confrontato nel Gruppo di lavoro Ricerca composto da:
Clara Bassanini, Rino Campioni, Elisabetta Donati, Gabriela Giovilli,
Pina Madami, Marina Matucci, Rosa Romano, Sonia Stefanizzi.

Un particolare ringraziamento va alla Prof.ssa Sonia Stefanizzi dell'Università Bicocca di Milano per il prezioso apporto alla ricerca, di cui ha curato la parte di rilievo giuridico.

*Questa pubblicazione è stata prodotta con il supporto finanziario del
III Programma Daphne della Commissione Europea.*

*I contenuti sono sotto la sola responsabilità delle autrici e del gruppo di
lavoro WS1 - Ricerca del progetto, e non possono in alcun modo essere
considerati come espressione del punto di vista della Comunità Europea.*

Summary report

La vulnerabilità delle donne anziane in Italia

Solo negli ultimi decenni il fenomeno della violenza di genere ha trovato adeguata attenzione, sia sul piano teorico sia su quello delle politiche pubbliche. Importanti passi avanti sono stati compiuti per ciò che riguarda la conoscenza della sua entità quantitativa e dei pesanti effetti sociali, sanitari ed economici, oltre che di sofferenza personale che determina e nel contrasto alle logiche discriminatorie che ne sottendono l'origine e la legittimazione.

In Italia il quadro giuridico di riferimento è mutato molto lentamente e soprattutto in relazione alle forti pressioni esercitate dal movimento delle donne. La nostra storia recente è “patriarcale”, secondo la quale molti comportamenti di abuso e di violenza contro le donne erano considerati normali fino a poco tempo fa, con un contesto simbolico di complicità anche femminile. Le strettoie entro cui le donne italiane hanno compiuto, in questi sessant'anni, i loro passi verso maggiori opportunità e libertà di scelta sono ben testimoniate nelle statistiche nazionali, europee ed internazionali, nei documenti governativi, nella mentalità diffusa che stenta a dare valore e ad incentivare l'investimento delle donne nell'autonomia, nella realizzazione, nel benessere, nella cura. Permangono diseguaglianze fra i generi ed entro lo stesso genere, fra coorti di età e fasi della vita.

Il processo di invecchiamento si rivela nel nostro paese particolarmente acuto per alcune variabili di tipo demografico e di tipo sociale: aumento popolazione anziana e età della dipendenza posticipata ma prolungata; riduzione dell'ampiezza e della forza delle reti familiari, scarso sostegno pubblico. Le donne oggi anziane hanno trascorso la loro esistenza entro un contesto attraversato da tensioni fra modelli interiorizzati di una società patriarcale e pratiche di innovazione conseguenti alla rivoluzione femminista: fra la popolazione femminile con più di 70 anni vi sono donne appartenenti a coorti di età cresciute con un modello del 'femminile' ed un ruolo di genere sbilanciato sul maschile come pure ci sono donne che hanno fatto proprio il modello emancipativo, vivendo sulla loro pelle il percorso di costruzione di pari opportunità.

Le loro stesse condizioni di vita rispecchiano il loro posizionamento

nel campo sociale, economico, familiare che le rende, nell'età anziana, esposte alle pressioni sociali in quanto donne e in quanto tese ad una sempre minore autosufficienza. Una sorta di "doppia vulnerabilità"¹ in cui il fattore anagrafico ed il genere agiscono reciprocamente da amplificatori di rischio e da catalizzatori di forme di violenza sia simbolica che, sempre più frequentemente, reale.

Come abbiamo visto dalle indagini Istat, gli indicatori di salute e di istruzione delle donne anziane italiane rivelano condizioni di vita piuttosto insoddisfacenti. A cui aggiungere altri due aspetti che precisano il contesto di riferimento:

1) le donne anziane presentano un reddito molto più basso di quello degli uomini;

2) l'abitazione delle donne anziane italiane è molto modesta e spesso più insoddisfacente di quella degli uomini anziani.

Sinteticamente, le donne anziane sono esposte a plurimi fattori di debolezza e povertà: le donne anziane vivono le fragilità dell'età molto anziana con redditi modesti, vivono più sole (avendo sposato uomini più adulti di loro) e con una scarsità progressiva di offerta di cure (riduzione dei caregivers), loro, così attive e collaborative nella rete familiare (e non solo), sono meno istruite e considerate meno professionali nei loro impegni di lavoro perché addette alle cure familiari: il loro lavoro di cura gratuito è scontato, senza dignità per chi lo dà e chi lo riceve. Appare evidente che la vecchiaia delle donne per certi versi si presenti come uno spostamento in avanti dei tempi di vita, contrassegnati da pesanti condizioni di limitazione delle loro opportunità di scelta per l'abbinamento di due dimensioni subordinative: in primis quella storica alla figura maschile, in secondo luogo quella familiare quando non più autosufficienti.

Come in tutti i paesi, anche in Italia la violenza contro gli anziani si presenta come una realtà sfuggente e in larga misura occulta: un tipico fenomeno "iceberg". Il maltrattamento verso le persone anziane ha ancora scarsa eco nel dibattito sociale. Essenzialmente perché si tratta di aspetti legati alla vita quotidiana, a situazione ordinarie, in famiglia, e quindi rientrano in quella sfera del privato che solo la ricerca delle donne ha

¹ S.Stefanizzi, V.Verdolini: *La doppia vulnerabilità delle donne anziane*, in Auser Biblioteca, Contro la violenza a tutte le età, 2010

saputo svelare come non estraneo alle regole sociali. In Italia non disponiamo ancora di una quadro preciso del fenomeno della violenza contro le persone anziane e le donne nello specifico: solo l'ultima indagine Istat rompe la consuetudine degli studi sociali di legare rischiosità a giovane età e prova a tracciare una connessione tra le dimensioni emancipative quali la scolarità, la partecipazione alla vita sociale, e la longevità (con un'estensione del campione a donne fino a 70 anni di età nell'indagine del 2006). Tuttavia vi sono diverse fonti indirette, di natura istituzionale e provenienti dal patrimonio dell'associazionismo femminile (Centri anti violenza e Casa delle donne), cui abbiamo ampiamente attinto nel rapporto di ricerca, che delineano il fenomeno come diffuso e in continua espansione (condotte attive ma anche omissive) in relazione a diverse cause e plurime variabili.

Limitazioni, maltrattamenti e forme di esclusione nelle condizioni di vita femminile anziana trovano molti silenzi e reticenze nella rappresentazione sociale e nelle culture professionali ancora intrise di stereotipi di genere, di pregiudizi sulla vecchiaia e, data la scarsità di risorse pubbliche, di forti obbligazioni familiari.

La lettura dei bisogni della persona anziana e dei suoi diritti passano quasi esclusivamente attraverso le immagini dei figli e delle figlie, in relazione al grado di invalidità del genitore, alle risorse disponibili, alla storia e qualità delle relazioni esistenti fra i figli ed i genitori². Manca uno scambio con l'esterno, mancano luoghi dove costruire e promuovere i saperi professionali (cosa che invece è accaduta per la cultura dell'infanzia), luoghi di socializzazione che definiscano meglio i bisogni dell'anziano, rielaborando ruoli ed aspettative degli adulti che se ne prendono cura. In alternativa, si ripropongono i modelli tradizionali, di passivizzazione e di infantilizzazione: o si è i loro bambini o loro, i genitori, diventano bambini.

Un "humus" sociale che tuttavia non si presenta uguale per tutte le donne anziane: come evidenziato sopra, differenti fasce d'età, differenti condizioni di salute, differenti capitali sociali e coscienze di genere conferiscono alla doppia vulnerabilità femminile in età anziana forme e

² M.Naldini, E.Donati: *Generazioni e scambi di cura: interdipendenze dagli incerti confini*, in M.Naldini, C.Solera, P.Torrioni: *Corsi di vita, generazioni e mutamento sociale*, Il Mulino (in corso di pubblicazione)

modalità di manifestazione spesso differenti, difficilmente omologabili, non sempre accorpabili nelle medesime strategie di mitigazione dei rischi.

1. Il contesto demografico e sociale italiano

Il processo di invecchiamento in Italia fra dinamiche mondiali e specifici primati

Prima di presentare alcuni dati relativi al processo di invecchiamento demografico del nostro paese, vogliamo precisare, con le parole di Gesano³, che le dinamiche di una popolazione si muovono da sempre su equilibri estremamente fragili. Quella che viene descritta come caratteristica dei millenni passati, ovvero una crescita limitata della popolazione mondiale, in realtà è stata un alternarsi di periodi di forte espansione contrastati da periodi di crisi nella crescita.

Per quanto riguarda la situazione degli ultimi secoli, le evidenze statistiche descrivono una progressiva riduzione della mortalità a partire dal '700, specialmente di quella infantile e giovanile, che spinse la popolazione a crescere, con una quota elevata di persone giovani. Da quel periodo si verifica un altro fenomeno, quello relativo alla diminuzione dei tassi di incremento, causato da un maggior controllo sulla riproduzione, che porta verso le età mature e poi anziane le più numerose generazioni del passato, meno bilanciate dalla nascita delle nuove. Il risultato è che la quota di popolazione al di sopra dei 65 anni si avvicina ora al 20%, ed in alcune regioni del nostro Paese si è già assestata su valori vicini ad un quarto del totale. Nel 2050 si prevede che gli over 65 saranno circa il 35% in Italia, il 36% in Spagna, un po' meno in Danimarca (24%). L'invecchiamento della popolazione si presenta essenzialmente come esito di importanti progressi delle società, almeno di quelle sviluppate, anche se il ritmo di invecchiamento riguarda l'intera popolazione mondiale.

Ma procediamo con ordine.

³ G.Gesano: *Problemi e opportunità in una società che invecchia*, InformaIres, n.30, 2006

1.1. Nel mondo

Considerando la storia umana possiamo affermare che, nel giro di brevissimo tempo, si sono verificati alcuni fenomeni di trasformazione che hanno modificato la struttura per età della popolazione, con una netta diminuzione dei tassi di fecondità e un aumento delle speranze di vita che ha raddoppiato, in pochi decenni, il numero degli ultrasessantacinquenni. Ne è risultato un generale disorientamento, al punto da collegare l'allungamento della vita umana ad una probabile catastrofe. Il fatto che nei documenti ufficiali delle Nazioni Unite si legga questa premessa, sta ad indicare come il tema dell'invecchiamento sia contornato da immagini ambigue e condizionato da diffuse difficoltà a misurarsi con esso.

Questa rivoluzione demografica è destinata a durare a lungo. I tratti più salienti, sintetizzati in un lavoro di ricognizione sull'ageing⁴ a livello mondiale, sono:

- nell'ultima metà del XX secolo si sono aggiunti circa 20 anni all'aspettativa media della vita, portando il dato mondiale all'attuale durata di 66 anni. Ovviamente le differenze fra le regioni del mondo sono considerevoli: le persone con 60 e più anni costituiscono un quinto della popolazione europea, ma solo 1 su 20 in Africa;

- la stessa popolazione anziana è soggetta a invecchiamento: le persone con 80 e più anni sono il segmento che è cresciuto più velocemente, (attualmente sono l'11% e diventeranno il 19% nel 2050), così come il numero dei centenari;

- la maggioranza delle persone anziane è rappresentata da donne (55%), ma tra i più anziani la quota raggiunge il 65%;

- l'impatto dell'invecchiamento della popolazione è sempre più evidente negli indici di dipendenza, ovvero nel rapporto fra persone anziane (65 anni e oltre) e popolazione attiva (15-64 anni). Tra il 2000 ed il 2050 l'indice è destinato a raddoppiare nelle regioni più sviluppate del pianeta e a triplicare in quelle meno sviluppate (dove il ritmo di invecchiamento si presenta più rapido), con conseguenze di urgente interesse sociale ed economico.

⁴ L.Abburrà, E.Donati: *Ageing: verso un mondo più maturo*, Quaderni di ricerca Ires Piemonte, 104, 2004

1.2. In Europa

A livello europeo, possiamo affermare che le nostre società conteranno fra breve un percentuale molto più alta di anziani e una molto inferiore di persone in età lavorativa. Questi cambiamenti derivano da due fattori:

1 - un marcato aumento della longevità, fra il 1960 ed il 1995 sono aumentate di 8 anni le aspettative di vita degli uomini e di 7 per le donne;

2 - gli indici di fecondità, cresciuti nei primi decenni del dopoguerra, sono stati seguiti da una rilevante diminuzione negli ultimi tre decenni.

È previsto un aumento della popolazione dell'UE 27 da 495 milioni del 1° gennaio 2008 a 521 milioni nel 2035 e, successivamente un graduale calo a 506 milioni nel 2060. Si prevede che il numero annuo di nascite scenderà nel periodo 2008-2060, mentre allo stesso tempo il numero annuale di decessi si prevede in aumento. Dal 2015 in poi i decessi supereranno le nascite. Da questo punto in poi, il saldo migratorio positivo sarebbe l'unico fattore di crescita della popolazione⁵.

La popolazione anziana nell'UE 27 sarà in continua crescita, con la quota di popolazione di età compresa tra 65 e oltre che passerà dal 17,1% del 2008 al 30,0% del 2060, e quelli di età compresa tra 80 e oltre dal 4,4% al 12,1% nel corso dello stesso periodo.

Di conseguenza, l'indice di dipendenza in 27 paesi è previsto in aumento dal 25% nel 2008 al 53% nel 2060. In altre parole, ci sarebbero soltanto due persone in età lavorativa per ogni persona di 65 anni o più nel 2060, rispetto a quattro persone ad uno di oggi.

⁵ Ageing Society Onlus, Osservatorio sulla terza età: *Rapporto Nazionale 2009 sulla condizione ed il pensiero degli anziani*, Roma 2009

Tab. 1. Anni di aspettativa di vita alla nascita dell'UE a confronto con l'Italia (1960-2008)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2008 UE 27
DONNE											
UE 25	72.6	73.6	74.4	75.6	76.8	77.8	78.8	79.7	80.8	81.7	79.4
ITALIA	72.3		74.9		77.4	78.7	80.1	81.3	82.5	83.7	83.2
UOMINI											
UE 25	67.1	67.7	68.0	68.9	69.8	70.9	71.7	72.8	74.4	75.6	71.0
ITALIA	67.2		69.0		70.6	72.3	73.6	74.9	76.6	77.7	77.1

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Eurostat 2006 ed Intern. DB Census Bureau 2008

Come appare evidente, confrontando l'aspettativa di vita alla nascita delle donne e degli uomini italiani con quella europea, la longevità è migliorata sensibilmente nel nostro paese, che in pochi decenni si è portato ai primi posti nel Vecchio Continente.

Infatti, se nel 1960 ci si aspettava che un maschio visse circa 67 anni e una femmina 5 anni più a lungo, in linea con l'Unione europea a 27, oggi superiamo la media Ue di oltre 6.1 per i primi (77,1 anni) e di circa 4.6 per le seconde (83,2 anni).

1.3. In Italia

La tabella sotto riportata, mostra, inequivocabilmente, la crescita sistematica degli indici di vecchiaia e dei correlati indici di dipendenza:

Tab. 2. Composizione per classi di età, età media, indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione italiana

ANNI 1951-2051

ANNI	COMPOSIZIONE % PER CLASSI DI ETÀ			Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
	Da 0 a 14 anni	Da 15 a 64 anni	Da 65 anni e più			
TOTALE POPOLAZIONE						
Censimento 1951	26.1	65.7	8.2	32.0	28.0	52.3
Censimento 1961	24.5	66.0	9.5	33.7	38.9	51.6
Censimento 1971	24.4	64.3	11.3	34.8	46.1	55.5
Censimento 1981	21.5	54.3	13.2	36.3	61.7	53.1
Censimento 1991	15.9	68.8	15.3	39.1	96.6	45.3
Censimento 2001	14.2	67.1	18.7	41.4	131.4	49.0
Previsioni 2021	12.7	63.4	23.9	45.7	188.9	57.7
Previsioni 2051	11.4	65.3	34.3	50.1	325.1	82.7

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Istat

Da un primo rilievo notiamo come, ormai, il 20% della popolazione sia rappresentata da individui con più di 65 anni (precisamente 20,3% al 1 gennaio 2011, Istat), ma in ben 12 capoluoghi di regione, tale percentuale è ampiamente superata fino a raggiungere punte che vanno dal 26% di Venezia al 28% di Trieste. Altro elemento significativo è rappresentato dalla percentuale della componente femminile nel contesto degli over 65. Il dato nazionale distingue i generi in 41,8% di maschi e 58,2% di femmine con un delta di 16,4% di donne in più rispetto alla componente maschile.

Prendendo in esame esclusivamente la fascia degli over 75 che rappresentano in Italia il 9,6% della popolazione, le percentuali di incidenza per genere vedono accrescere la componente femminile di ulteriori 4,6 punti percentuali (62,8%) e la componente maschile contrarsi di una analoga percentuale (37,2%); pertanto, i differenziali tra maschi

e femmine nella fascia over 65 e nella fascia over 75 passano dal 16,4% in più della componente femminile ad un 25,6% .

La dinamica che ha dato all'Italia un primato mondiale ed europeo in termini di sopravvivenza è molto recente e può essere compreso alla luce di quattro componenti che hanno accelerato il processo di invecchiamento⁶:

- 1 - i differenziali nelle dimensione iniziale delle generazioni o coorti che si presentano in età anziana
- 2 - la sopravvivenza delle coorti fino all'entrata in età anziana, fissata attualmente a 65 anni
- 3 - la durata di vita in età anziana
- 4 - il rapporto fra la dimensione delle coorti neonate e la dimensione media di quelle che le hanno generate.

I primi tre fattori determinano l'invecchiamento dall'alto mentre il quarto agisce dal basso, ovvero misura il ricambio generazionale che, nel nostro Paese, registra un insufficiente numero di nascite; si tratta di una dinamica che anche nel medio termine non verrà modificata a causa delle dimensioni decrescenti delle generazioni di donne in età riproduttiva, nonostante le immigrazioni dall'estero ipotizzate.

1.3.1. La qualità della sopravvivenza

L'incremento dell'aspettativa di vita non può considerarsi di per sé come un fatto positivo, se assieme agli anni di vita aumenta anche il periodo vissuto in condizioni di malattia o disabilità. Pertanto, allo scopo di valutare gli effettivi benefici del processo di invecchiamento demografico si fa riferimento all'aspettativa di vita in buona salute (HLY - *Healthy Life Years*), un indicatore che misura la vita residua libera da disabilità e malattie.

⁶ Gruppo di coordinamento per la Demografia: *Rapporto sulla popolazione. L'Italia all'inizio del XXI secolo*, Il Mulino, 2007

La speranza di vita in buona salute (He, Health Expectancy) è un indicatore sintetico della qualità percepita della sopravvivenza che misura più che la condizione di salute, il benessere percepito dagli individui in un determinato contesto.

Secondo i dati forniti dalla Società Italiana di Statistica, nel 2000, 50 dei 76,5 anni mediamente vissuti dagli uomini (65%) e 46,6 degli 82,3 anni vissuti dalle donne (57%) sono di buona salute percepita, con notevoli variazioni territoriali: con un minimo assoluto sia per uomini che per donne nel sud, in Calabria (55 e 48%) e valori massimi al nord, nel Trentino Alto Adige (73 e 66%).

A 65 anni il 57% circa della popolazione è in buono stato di salute, pur manifestando la presenza di una malattia cronica (65,4%) o di due (35,7%) che, in ogni caso, essendo opportunamente trattate da un punto di vista sanitario, consentono loro di affermare, con compiuta consapevolezza, di avere una buona qualità di vita, pur in presenza di dette cronicità (45%). Al riguardo dello stato di salute percepita, il 6,7% della popolazione, dichiara di stare molto male/male, di cui l'8,3% sono donne ed il 5,1% uomini.

Un peggioramento importante si ha, sia per gli uomini che per le donne, fra i 75 e gli 80 anni e, comprensibilmente, chi lamenta il peggior stato di salute sono gli over 80enni (26,7% degli uomini, 34,3% delle donne).

1.3.2. Come invecchiano le donne in Italia

In linea con la letteratura mondiale che guarda alla vecchiaia come ad un processo che dura tutta la vita, non meccanicamente determinata da fattori biologici o da cause esogene, ma soprattutto come una scelta, l'Istat ha dedicato uno studio specifico all'analisi delle donne anziane, dato che lo spostamento in avanti dei tempi di vita ha riguardato anche e soprattutto loro⁷.

Quante sono e dove vivono?

Dei circa 10 milioni e 600 mila individui con più di 65 anni (censimento 2001) le donne ne rappresentano più della metà (6 milioni e 85 mila) e

⁷ Istat: *Come cambia la vita delle donne*, Ministero delle Pari Opportunità, Roma 2004

tale proporzione cresce all'aumentare dell'età fino a raggiungere il 67% tra le persone di 80 e più anni.

Tabella 3. Popolazione di 65 anni e più residente in famiglia per sesso e classe di età

DATI ASSOLUTI

	Da 65 a 69	Da 70 a74	Da 75 a 79	Da 80 e più	Totale
Maschi	1.426.778	1.229.113	913.342	816.131	4.385.364
Femmine	1.653.170	1.574.339	1.373.434	1.659.507	6.260.450
Totale	3.079.948	2.803.452	2.286.776	2.475.638	10.645.814

COMPOSIZIONE PERCENTUALE

	Da 65 a 69	Da 70 a74	Da 75 a 79	Da 80 e più	Totale
Maschi	46.3	43.8	39.9	33.0	41.2
Femmine	53.7	56.2	60.1	67.0	58.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Censimento della popolazione 2001

Nel nostro paese, gli anziani e le anziane vivono fundamentalmente in famiglia.

La maggioranza delle donne di 65-69 anni che vive in famiglia è coniugata convivente con il marito (63%) mentre dopo i 70 anni è la quota di vedove quella maggioritaria: fra 70 e 75 anni il 55% delle donne è vedova, dopo gli 80 anni il 77%.

La maggiore speranza di vita femminile e un'età al matrimonio mediamente più bassa rende le probabilità di vedovanza più alte per le donne: nelle età anziane vivono più spesso da sole (oltre 2 milioni contro i 600 mila degli uomini), in famiglie senza nuclei (con sorelle o fratelli), o come membri aggregati ad un'altra famiglia (del figlio o della figlia per esempio); al contrario gli uomini vivono più frequentemente in coppia con e senza figli.

Le loro relazioni familiari

Seppur molte anziane vivano da sole, sono al centro di reti familiari e l'intimità a distanza fra loro e i figli caratterizza la vita delle donne nell'ultima fase della vita: rapporti quasi quotidiani con i figli e le figlie

(il 54% vede i figli tutti i giorni), contatti frequenti con fratelli e sorelle (il 45% vede i fratelli almeno una volta alla settimana), ed un ruolo fondamentale di cura dei nipoti (il 71% delle anziane è nonna di circa 4,3 nipoti).

Il loro livello di istruzione

La maggioranza delle donne anziane in Italia ha conseguito al massimo la licenza elementare, con valori crescenti in relazione alla classe di età: il 70% delle donne fra i 65 e i 69 anni, il 75% fra quelle fra i 70 e i 74 anni, l'83% di coloro che sono over 80. La situazione sta comunque migliorando e la dinamica proseguirà nei prossimi decenni quando diventeranno anziane le donne del baby boom, protagoniste dell'accesso di massa all'istruzione secondaria. La generazione che ha oggi fra i 45 e i 49 anni e sarà anziana fra 20 anni possiede un diploma o una laurea nel 44% dei casi.

Come sintetizza il rapporto Istat, gli anziani dei prossimi anni, uomini e donne, avranno ben poco in comune con quelli di oggi dato che il numero di anni trascorso a scuola influisce direttamente sugli stili di vita e le condizioni di salute in generale.

La loro situazione economica

Sul piano economico le donne anziane presentano una condizione di svantaggio rispetto agli uomini, anche se stanno emergendo dalle nuove coorti di età segnali di miglioramento. Aumentano le donne che percepiscono pensioni derivanti da una pregressa attività lavorativa (passando dal 56 al 59% in soli tre anni dal 1998 al 2001) anche se l'importo delle pensioni femminili è circa il 70% di quelle maschili e questo si ripercuote sui livelli di spesa per consumi. Tra le anziane sole la percentuale di povere in termini relativi è pari al 13.7% contro un valore dell'11% degli uomini. In particolare se la donna monogenitore ha più di 64 anni con figli ancora in casa, il rischio di povertà aumenta e supera il 20% quando il reddito da pensione è l'unico disponibile per il nucleo familiare.

Come stanno in salute

La speranza di vita delle donne è superiore rispetto a quella degli uomini, tuttavia a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere per almeno 15 anni senza disabilità, ma per altri 5 con serie limitazioni nello svolgere le attività quotidiane. Gli uomini invece possono avere 14 anni senza

disabilità e 2 anni con limitazioni. Le donne quindi trascorrono una parte maggiore della loro vita afflitta da malattie, in particolare da fenomeni di multi-cronicità le cui principali patologie cronico-degenerative sono più alte per le donne e crescenti rispetto all'età.

Tabella 4. Persone di 65 anni e più che esprimono un giudizio positivo sul proprio stato di salute e con almeno una malattia cronica dichiarata per sesso e classe di età - anno 1993-2002

CLASSI DI ETÀ	65 - 74			75 e più		
	M	F	MF	M	F	MF
1993						
Persone in buona salute	40.7	33.6	36.8	26.5	20.6	22.7
Cronici in buona salute	33.4	25.8	29.1	20.3	16.8	18.0
2002						
Persone in buona salute	47.3	39.7	43.2	30.0	23.9	26.2
Cronici in buona salute	37.4	32.4	34.5	23.0	20.0	21.1

Fonte: Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tra le più anziane in condizioni di disabilità e multicronicità oltre la metà vive da sola a fronte del 16% degli uomini. *“È più frequentemente la donna della coppia anziana a farsi carico delle cattive condizioni di salute del partner, mentre la donna anziana e disabile si trova più spesso a dover contare sulle proprie forze o sul supporto della rete familiare o di persone a pagamento”*. E si tratta in particolare di donne che vivono nel sud Italia.

Le anziane ed il tempo per sé in casa

Il loro tempo libero è dedicato ad attività svolte in casa: guardare la televisione (94%), ascoltare la radio (39%), leggere libri (23%), tranne per questo ultimo valore, in linea con i dati maschili.

Si dedicano al giardinaggio, quelle più giovani, al cucito e al ricamo quelle più anziane, a preparare confetture a conversare al telefono. L'uso delle nuove tecnologie è quasi assente fra le donne anziane, tranne una

modesta percentuale fra coloro che hanno fra i 65 e i 69 anni.

Le anziane ed il tempo per sé fuori casa

Si curano di più degli uomini e fruiscono di maggiori attività culturali. Bevono meno, fumano meno, sono meno in eccesso di peso e fanno visite mediche di prevenzione in misura lievemente superiore agli uomini. Cominciano a praticare attività sportiva, che era prerogativa maschile (28% contro il 44% degli uomini) e vanno spesso dal parrucchiere.

Relazioni amicali, parentali e di vicinato assumono una rilevanza per il loro benessere; si dedicano più degli uomini alla pratica religiosa e a forme di partecipazione sociale nel volontariato. L'investimento in cultura delle donne anziane è in aumento sin dal 1993 e coinvolge in maniera più evidente le più giovani ma anche le over 75, se libere da disabilità.

Conclude l'indagine Istat che le donne anziane sono “*una nuova soggettività emergente*” ma con una elevata polarizzazione fra donne più istruite, che stanno bene ed attive nel tempo libero e donne che vivono soprattutto al sud, poco istruite, ed escluse da molte attività prima considerate.

Comincia a dissolversi, seppur in modo non omogeneo, lo stereotipo che ha visto le donne anziane come individui ai margini della vita attiva, vestite di nero che escono di casa solo per recarsi in chiesa.

1.4. Invecchiamento della rete parentale e diminuzione dei care givers: implicazioni di genere

A partire dagli anni '80 in tutti i Paesi europei si è aperto un ampio dibattito per far fronte a bisogni nuovi e diffusi, dal momento che le trasformazioni demografiche, come l'invecchiamento, si sono trovate associate ad altri mutamenti sociali, fra gli altri l'instabilità coniugale, l'ingresso tardivo dei giovani nel mondo del lavoro (valido soprattutto in paesi come l'Italia), la riduzione della fecondità e, conseguenza di essa, la diminuzione del numero delle potenziali *caregivers*⁸ (donne principalmente).

La conseguenza di questi plurimi fenomeni è stata segnalata negli ultimi anni da diversi studi europei, come l'indagine Share che ha rivelato

⁸ C.Saraceno, M.Naldini: *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, 2008

che non è solo la popolazione che invecchia, ma invecchiano anche le parentele: attualmente in Europa il 40% dei cinquantenni ha ancora un genitore vivente. In Italia il dato si conferma nell'Indagine Multiscopo "Parentela e reti di solidarietà" dove l'Istat ha rilevato che fra i 45 e i 54 anni il 64.3% degli italiani ha la madre vivente ed il 61.4% il padre vivente (anno 2003).

La tradizionale piramide dell'età si trova quasi rovesciata con un numero elevato di nonni e bisnonni per ogni nipote; sempre in termini di rapporti intergenerazionali si rende sempre più evidente che nella mezza età si addensano responsabilità familiari composite che provengono dai figli, spesso adulti in senso anagrafico ma non sul piano economico, dai nipoti e dai genitori non più autosufficienti. Adulti intenti a gestire esistenze complicate da una molteplicità di ruoli che probabilmente si prolungheranno negli anni futuri: gli impegni del lavoro, la vita di coppia, la cura dei figli (spesso anche il mantenimento economico), dei nipoti e genitori anziani, l'aggiornamento e l'investimento in formazione⁹.

Data la minor numerosità delle coorti di età, nell'arco di 30 anni il rapporto fra il numero di donne in età 46-69 anni ed il numero di persone con 70 e più anni è passato in Italia da 2.30 a 1.60, in Germania da 2.64 a 1.57, in Spagna da 2.48 a 1.53 (Ocse, 1996). Inoltre le donne sono entrate nel mercato del lavoro e probabilmente per una fase più lunga della loro vita, riducendo così il tempo che possono o scelgono di dedicare al lavoro di cura non retribuito.

Una platea più ridotta di caregivers si trova a fronteggiare un aumento del numero di anziani e degli anni in cui necessitano di cure quotidiane.

Se a questi dati aggiungiamo il fatto che in Italia i tassi di istituzionalizzazione degli anziani sono minimi, intorno al 2% e che i servizi domiciliari coprono un bisogno pari al 4% della popolazione, è facile concludere che oltre il 90% delle persone anziane fragili sono assistite dai loro familiari o da figure "vicarie", quali le lavoratrici immigrate.

La tradizione "familistica" del nostro sistema di Welfare State rivela la sua drammatica miopia quando sceglie di continuare a destinare voci irrisorie alla spesa sociale e a mantenere il grado di frammentarietà delle

⁹L.Abburrà, E.Donati: *Ferragosto...mamma mia non ti conosco*, sito Neodemos, 2008

politiche sociali: in questo quadro, i servizi formali di cura sono insufficienti e limitati e la quota più rilevante di aiuto è fornita dal sistema di cura informale, scarsamente riconosciuto e ancor meno legittimato.

Meno stato e più famiglia: un sistema che rischia di “divorare se stesso” dal momento che, come annota Sgritta¹⁰, fagocita la mano che lo nutre, ovvero consuma le risorse delle reti familiari, e indebolisce così la capacità delle famiglie di assolvere ai compiti di cura e assistenza, tradizionali e nuovi.

Nel rapporto 2009 sull’invecchiamento in Italia si legge che una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno ed oltre un terzo di queste famiglie è composto da persone disabili sole.

L’Istat stima che la quota di popolazione affetta da una qualche disabilità è del 6% tra i 60 e i 64 anni, del 14% tra i 70 e i 74, di poco inferiore al 50% tra gli ultraottantenni; e la quota di soggetti in cattive condizioni di salute è rispettivamente, per le stesse classi di età, del 14%, 21% e 40% (Istat, 2008).

Questi dati implicano che, nella fase di vita anziana, i soggetti possano sia aver più frequentemente la necessità di ricorrere al sistema di cure sanitarie, sia aver bisogno di essere assistiti nelle incombenze quotidiane di cura della propria persona e della propria abitazione, in quanto non più in grado di provvedervi direttamente¹¹.

L’80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici ed è pertanto la famiglia stessa che maggiormente si prende cura della persona disabile. I trasferimenti monetari rappresentano i principali strumenti di sostegno, in Italia, per anziani non autosufficienti e le loro famiglie. Quando si assiste un anziano, ogni membro della famiglia si ritrova a condividere un’esperienza nuova e con ripercussioni importanti sia a livello organizzativo che emotivo. L’attività di sostegno e cura a familiari anziani fragili, per quanto desiderata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita del caregiver coinvolto, che sperimenta livelli di tensione emotiva e psicologica, fino a diventare a sua volta una “seconda vittima” delle patologie invalidanti

¹⁰ G.B.Sgritta: *Sostenere la famiglia in una società che invecchia*, OggiDomaniAnziani, Trimestrale Nazionale Pensionati CISL, n°4, 2008

¹¹ D.Benassi, C.Facchini: *Condizioni economiche e rischio sociale degli anziani in Italia*, I luoghi della cura, n°4, 2009

che colpiscono l'anziano¹².

È noto che il carico assistenziale ricade maggiormente sulle donne, mogli e figlie in età compresa tra i 50 e 69 anni; ad esse mediamente spetta un carico di lavoro domestico di oltre 30 ore settimanali di assistenza, che tende a crescere con l'aggravarsi delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano.

Se le politiche di cura nei confronti degli anziani fragili in tutti i Paesi occidentali hanno conosciuto un nuovo orientamento in direzione delle "cure domiciliari", in Italia significa che l'anziano a casa è assistito da una donna di famiglia e/o da una badante. L'erogazione di assegni di cura, in misura universale (come nel caso dell'indennità di accompagnamento per coloro che sono riconosciuti invalidi al 100%) o su base locale, non prevede alcun vincolo all'utilizzo o alcuna possibilità di scegliere tra denaro e servizio; pertanto contribuisce a ridefinire i confini della cura, tra pubblico e privato, tra formale, informale e semi-formale¹³.

Da alcuni anni un numero sempre crescente di famiglie ricorre, per il supporto assistenziale, a personale straniero remunerato privatamente. Dati recenti confermano che nel 2005, su un totale di 730.000 assistenti domiciliari presenti in Italia, l'82% è di nazionalità straniera (soprattutto Est Europa, ma anche Ecuador, Perù e Filippine). Le "badanti" straniere sono una presenza quasi invisibile in innumerevoli famiglie, contribuendo ad incrementare quel "welfare nascosto" caratterizzato dall'assenza di regole e dalla debolezza delle tutele sia dei prestatori d'opera che degli assistiti.

Una recente ricerca comparativa¹⁴ fra 6 paesi europei ha posto in evidenza come in Italia la divisione di genere nella cura degli anziani resti molto netta anche perché le politiche, privilegiando i sussidi invece dei servizi, incoraggiano la tradizionale visione della cura come questione

¹² B.Da Roit, M.Naldini, E.Donati: *Working and caring for an older parent in Italy*, Report for the Woup's (Working under pressure) project, 2008

¹³ M.Naldini: *Politiche e pratiche: I confini di genere della cura*, Polis, (in corso di pubblicazione)

¹⁴ Si tratta della ricerca: *Woup's: working under Pressure*, promossa dal Ministero della Salute francese che ha coinvolto oltre alla Francia, Italia, Germania, Olanda, Portogallo e Svezia

privata e familiare. È pur sempre la famiglia, anzi una figura femminile entro la rete parentale, che organizza, gestisce, coordina le attività, si occupa della selezione, assunzione e tiene i rapporti con le prestatrici di cura a pagamento. Nel campione italiano risulta che le pratiche di cura rimangono ancorate a strategie di genere, con le figlie più coinvolte in soluzioni di cura che mettono “sotto-pressione”. Al contrario i figli, oltre a divenire i principali care-giver solo se non vi è una donna disponibile nella rete, si trovano più legittimati verso soluzioni di cura che richiedono meno tempo, meno responsabilità, come nel caso del ricorso a strutture residenziali.

Da ultimo va osservato come nel lavoro di cura la relazione che si sviluppa è, nella maggioranza dei casi, una relazione tra donne: un’anziana malata che ha perso la propria autonomia e una donna che l’assiste. Ci sono caregiver che appartengono ai servizi organizzati e che quindi svolgono il loro lavoro sulla base di un contratto professionale, ma come abbiamo visto, incidono per una quota minima delle prestazioni di cura; la maggioranza dei caregivers prestano assistenza in modo informale, perché legati con la persona da assistere da un legame di parentela o di vicinanza. Proprio in questa seconda prospettiva, nel lavoro di cura possono manifestarsi situazioni di maltrattamento o di abuso o di vera e propria violenza. In qualche caso è la donna anziana ad essere maltrattata, ma in molti altri casi è anche la donna caregiver che subisce abusi e violenze¹⁵.

Un sistema di cura così largamente informale tende a mantenere inalterato il tradizionale modello di genere delle obbligazioni familiari: dove le donne sono le principali responsabili del benessere di bambini, anziani, soggetti non autosufficienti, anche quando hanno un lavoro remunerato o si trovano loro stesse a manifestare segni di stanchezza e di fragilità.

¹⁵ C. Donaggio: *Protecting the dignity of older persons. The prevention of Elder abuse and Neglect*, Ministero della Solidarietà, Bruxelles, 2008

In sintesi

Il welfare italiano necessita dunque di urgenti interventi per adeguarsi ai bisogni delle attuali e future generazioni di anziani.

Se il progressivo aumento della popolazione anziana farà sì che, in valori assoluti, ci saranno più persone che avranno bisogno di cure, con ricadute che potrebbero risultare pesanti sulla spesa pubblica, bisogna tener conto di due aspetti positivi: il primo che non solo si invecchia di più, ma lo si fa in modo diverso da quanto accadeva nelle generazioni precedenti. La stessa terza età è una fase della vita specificatamente contemporanea¹⁶ che favorisce nelle persone che ne sono coinvolte il desiderio di una vita e spazi propri, sentendosi in tempo per compiere scelte e dare avvio a nuove decisioni. Secondariamente, a parità di età, gli anziani di domani presenteranno in modo più diffuso condizioni di salute e di istruzione migliori¹⁷: già oggi molte persone anziane, soprattutto se donne, mostrano un dinamismo ed una vitalità che le rende soddisfatte delle loro diverse dimensioni di vita. Le settantenni diplomate e laureate frequentano le università della terza età, vanno a mostre e musei, sono attive nelle associazioni di volontariato, presentano domande di partecipazione e di utilità sociale cui va dato riconoscimento e occasione di esprimersi¹⁸.

In tal senso, si evidenzia l'importanza di considerare le politiche dell'invecchiamento attivo, ovvero l'insieme degli interventi finalizzati a ritagliare un nuovo ruolo per gli anziani nel tessuto sociale e la necessità di politiche per la prevenzione della salute, per la formazione continua, per il benessere in generale, per estendere uno standard di vita che sta già producendo, sotto forma di risorse individuali e di ricchezza collettiva,

¹⁶ P.Laslett: *Una nuova mappa della vita*, Il Mulino, 1992

¹⁷ Anche dal punto di vista economico si assiste ad un miglioramento delle disponibilità di reddito delle famiglie composto da un grande anziano: la condizione dei più anziani, che rappresentavano le famiglie nettamente più a rischio nel 1995 (25,1%), nel 2006 appaiono più protette delle famiglie più giovani e anche di quelle guidate da 70-79enni. La ragione di questa apparente anomalia è la notevole importanza che riveste l'indennità di accompagnamento tra gli ultra80enni, producendo un effetto di riduzione delle disuguaglianze di reddito all'interno di questa fascia d'età. Anche se vanno tenute presenti le differenze ancora molto forti fra donne e uomini e quelle nelle diverse aree del paese.

¹⁸ E.Donati, P.Madami: *Il futuro accanto. Nuove età per donne e uomini*, Fondazione ASM Brescia, 2002

quel valore aggiunto indispensabile per la qualità della vita, ma anche per sostenere gli investimenti pubblici.

Politiche capaci di attivare risorse e di prevenire per tempo i disagi e le difficoltà dei più anziani possono ridurre sensibilmente il rischio di dipendenza ed il potenziale di abusi e maltrattamenti connesso a questa condizione.

2. La violenza contro le donne In Italia

È ormai riconosciuto da tutti gli organismi internazionali che lo squilibrio di potere nelle relazioni fra i due sessi genera violenza. La violenza di genere, come è ora comunemente definita la violenza contro le donne¹⁹, si origina quando la “naturale” superiorità maschile viene contrapposta alla “naturale” inferiorità femminile. Da questa asimmetria dei ruoli, che si è codificata nel tempo per effetto di precisi condizionamenti sociali, nascono quelle manifestazioni di violenza che assumono diverse forme: fisica, sessuale, psicologica. La **violenza fisica**²⁰ è graduata dalle forme più lievi a quelle più gravi: la minaccia di essere colpita fisicamente, l’essere spinta, afferrata o stratonata, l’essere colpita con un oggetto, schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o a morsi, il tentativo di strangolamento, di soffocamento, ustione e la minaccia con armi. Per **violenza sessuale** vengono considerate le situazioni in cui la donna è costretta a fare o a subire contro la propria volontà atti sessuali di diverso tipo: stupro, tentato stupro, molestia fisica sessuale, rapporti sessuali con terzi, rapporti sessuali non desiderati subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali degradanti e umilianti. Le forme di **violenza psicologica** rilevano le denigrazioni, il controllo dei comportamenti, le strategie di isolamento, le intimidazioni, le forti limitazioni economiche subite da parte del partner.

La violenza contro le donne, fino a pochi anni fa, circoscritta come fatto privato, esito di conflittualità nate in seno alla famiglia e spesso interpretata come necessità per correggere comportamenti non consoni

¹⁹ Consiglio Regionale della Lombardia: *La violenza sulle donne: quali politiche di prevenzione, soccorso e contrasto?*, In breve, n. 2/200R

²⁰ Istat: *La violenza contro le donne*, Indagine Multiscopo sulle famiglie, “Sicurezza sulle donne” anno 2006

alla morale da parte della moglie, è ora riconosciuta anche nel nostro Paese come un reato contro la persona e la libertà individuale. Questo riconoscimento della libertà delle donne di opporsi alla violenza, rientra fra i diritti umani²¹ da difendere in ambito pubblico e privato.

Trattandosi di una recente acquisizione come diritto soggettivo (la normativa italiana è del 1996), il fenomeno rimane ancora ampiamente sommerso e le indagini nazionali che sono state realizzate, che pure contribuiscono, con la forza dei dati, a fornire degli ordini di grandezza della sua diffusione e pervasività, non ci permettono di capire se stiamo assistendo ad un aumento o ad una sua diminuzione.

2.1 Il fenomeno a livello nazionale, attraverso i dati Istat

Intanto possiamo stimare, sintetizzando i principali risultati dell'indagine condotta dall'Istat nel 2006, in oltre 6 milioni le donne vittime di violenza: una donna su tre, fra le italiane di età compresa fra i 16 e i 70 anni, è stata vittima di violenza, fisica o sessuale, psicologica ed economica, nel corso della sua vita. 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%).

Un fenomeno molto esteso, diversificato e purtroppo ancora molto sommerso.

Le donne ne sono vittime sia che vivano nelle industrializzate e ricche regioni del nord sia che vivano nei piccoli comuni depressi del meridione, sia che siano istruite o che abbiano ricevuto poca istruzione, sia che appartengano alle classi sociali più elevate sia che provengano da ceti più svantaggiati.

²¹ Raccomandazione Europea, Expert Meeting in Jyvaskyla, 1999

Tab. 5. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un qualsiasi uomo per tipo di violenza subita, periodo in cui si è verificata, stato civile, classe di età, titolo di studio, condizione professionale e ripartizione geografica - anno 2006

	VIOLENZA FISICA O SESSUALE		VIOLENZA FISICA		VIOLENZA SESSUALE		STUPRO O TENTATO STUPRO
	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*
STATO CIVILE							
Nubile	38,5	11,6	23,1	5,2	29,1	8,3	5,3
Coniugata	26,8	3,0	14,5	1,6	19,8	1,6	3,7
Separata/divorziata	63,9	6,5	51,0	4,4	45,0	2,9	14,5
Vedova	24,5	0,8	12,3	0,2	18,8	0,5	3,8
CLASSI DI ETÀ							
16-24	33,2	16,3	19,0	7,0	25,4	12,0	4,5
25-34	37,9	7,9	23,9	4,0	27,4	4,9	5,0
35-44	35,3	4,2	21,4	2,5	26,3	2,2	5,8
45-54	32,3	2,8	19,1	1,3	23,3	1,6	4,8
55-64	26,1	1,8	14,0	1,1	20,3	0,9	4,4
65-70	20,0	0,8	9,6	0,3	15,1	0,5	2,7
TITOLO DI STUDIO							
Laurea	46,2	7,1	25,9	3,1	36,2	4,8	5,9
Diploma superiore	38,6	6,6	23,0	3,2	29,2	4,2	5,9
Licenza media	28,9	6,5	17,4	3,5	20,8	4,0	4,5
Licenza elementare/nessun titolo	17,6	1,1	9,8	0,5	12,3	0,7	2,5
CONDIZIONE PROFESSIONALE							
Dirigenti/imprenditrici/libere professioniste	50,5	7,9	32,6	5,0	35,1	3,3	5,4
Direttivi/quadri/impiegate	40,6	5,6	23,6	2,8	31,2	3,4	6,0
Operaie	30,9	4,9	19,9	2,4	21,1	3,2	5,6
Lavoratrici in proprio/coadiuvanti	32,2	4,1	18,9	1,6	24,2	2,6	5,8
In cerca di occupazione	39,2	15,8	25,5	10,4	27,6	7,2	5,3
Casalinghe	22,4	2,1	12,9	1,3	16,2	1,1	3,2
Studentesse	36,4	17,4	21,0	7,1	28,7	13,2	4,8
Ritirate dal lavoro	27,1	1,0	13,7	0,5	20,6	0,5	4,3
In altra condizione	33,6	2,6	22,9	1,5	22,4	1,2	6,8
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA							
Nord Ovest	34,5	5,2	19,7	2,5	25,9	3,1	5,0
Nord Est	35,5	6,1	20,9	2,2	27,1	4,5	6,0
Centro	35,9	6,0	20,7	3,4	27,5	3,6	5,1
Sud	26,8	5,2	16,6	3,0	18,6	3,1	3,7
Isole	24,3	4,7	14,5	2,0	17,5	3,3	3,6
TOTALE	31,9	5,4	18,8	2,7	23,7	3,5	4,8

Le separate e le divorziate hanno subito più violenza nel corso della loro vita, il doppio del dato medio (circa 64% dei casi). Valori superiori alla media si registrano per le nubili, laureate, diplomate, libere professioniste, imprenditrici e donne in età compresa fra 25 e 44 anni. Tassi più bassi per le donne più adulte, quelle con età compresa fra 55 e 70 anni, con licenza elementare o media, casalinghe o pensionate, residente nel sud e nelle isole²².

Si tratta inoltre di un fenomeno molto diversificato, per la natura della violenza subita, l'autore e la durata degli episodi. Le donne subiscono più forme di violenza. Un terzo delle vittime subisce atti di violenza sia fisica che sessuale. La maggioranza delle vittime ha subito più episodi di violenza e da aggressori diversi, soprattutto mariti, compagni, parenti, amici, datori e colleghi di lavoro, conoscenti e sconosciuti.

La violenza ripetuta è soprattutto esercitata dal partner, così come le violenze fisiche, che avvengono soprattutto in famiglia e sono in maggioranza gravi. Anche il rischio di subire uno stupro è tanto più elevato quanto più è stretta la relazione tra autore e vittima.

I partner, attuali ed ex, sono responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica rilevate e di alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro nonché i rapporti sessuali non desiderati, ma subiti per paura delle conseguenze. Il 69,7% degli stupri, infatti, è opera di partner, il 55,5% degli ex partner, il 14,3% del partner attuale, il 17,4% di un conoscente. Solo il 6,2% è stato opera di estranei.

Gli sconosciuti commettono soprattutto molestie fisiche sessuali, seguiti da conoscenti colleghi ed amici. Inoltre, gli sconosciuti commettono stupri nello 0,9% dei casi e tentati stupri nel 3,6% contro, rispettivamente il 13,9% e l'11,8% degli ex partner.

²² Va ricordato che il maggior numero di denunce proviene da donne residenti nel Nord e nel Centro e nei centri metropolitani

Tab. 6. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita per tipo di autore e forma di violenza subita - anno 2006

TIPO DI VIOLENZA	PARTNER			PARTNER								Totale*
	Partner attuale o ex partner	Partner attuale	Ex partner	Sconosciuto	Conoscente	Collega	Amico	Parente	Amico di famiglia	Non specifica l'autore		
PER 100 VIOLENZE DELLO STESSO TIPO												
Spinta, afferrata, stratonata, storto un braccio, tirato i capelli	69,9	25,3	47,2	13,8	8,3	2,5	6,8	6,3	0,4	0,9	100,0	
Minacciata di essere colpita fisicamente	58,4	17,7	42,0	18,5	14,7	3,9	4,7	7,1	0,9	1,8	100,0	
Schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o morsi	82,5	27,1	57,0	4,5	4,4	0,7	3,5	8,5	0,2	0,7	100,0	
Colpita con un oggetto o tirato qualcosa	64,1	24,3	40,4	8,0	9,6	3,5	7,1	9,9	0,1	2,0	100,0	
Usato o minacciato di usare una pistola o un coltello	52,5	8,4	44,6	24,3	11,6	4,5	2,2	7,0		0,7	100,0	
Tentato di strangolarla, soffocarla, ustionarla	78,0	16,5	61,4	6,5	5,0	0,3	2,7	8,8		1,9	100,0	
Violenza fisica in un modo diverso	41,4	7,2	34,2	21,1	15,7	6,3	5,7	6,5	1,4	4,1	100,0	
Rapporti sessuali indesiderati vissuti come violenza	93,6	44,5	71,6	0,5	2,0	0,2	3,9	1,5		0,5	100,0	
Stupro	69,7	14,3	55,5	6,2	17,4	1,5	7,2	1,5	0,8	1,2	100,0	
Forzata ad una attività sessuale considerata umiliante	100,0	24,1	76,5								100,0	
Tentato stupro	37,9	6,0	32,0	16,4	27,4	7,9	9,5	5,0	1,2	1,3	100,0	
Violenza sessuale in un modo diverso	40,1	3,4	36,9	33,1	12,4	4,4	7,6	3,8	1,5	0,2	100,0	
Forzata ad una attività sessuale con altre persone	49,8	3,9	45,9	3,0	34,8	13,8	3,7	4,1	2,7		100,0	
Molestia fisica sessuale				68,3	17,3	9,7	6,0	1,6	1,2	0,5	100,0	
PER 100 VIOLENZE DALLO STESSO AUTORE												
Spinta, afferrata, stratonata, storto un braccio, tirato i capelli	53,4	47,8	55,2	9,6	14,1	10,1	23,9	32,2	9,3	20,2		
Minacciata di essere colpita fisicamente	41,0	30,7	45,1	11,8	22,8	14,4	15,0	32,9	21,8	35,7		
Schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o morsi	40,2	32,7	42,4	2,0	4,7	1,7	7,8	27,5	2,5	9,5		
Colpita con un oggetto o tirato qualcosa	21,2	19,9	20,5	2,4	7,0	6,1	10,9	21,8	1,0	19,1		
Usato o minacciato di usare una pistola o un coltello	5,7	2,3	7,4	2,4	2,8	2,6	1,1	5,1		2,1		
Tentato di strangolarla, soffocarla, ustionarla	5,6	2,9	6,7	0,4	0,8	0,1	0,9	4,2		3,9		
Violenza fisica in un modo diverso	3,3	1,4	4,1	1,5	2,8	2,7	2,1	3,4	3,9	9,2		
Rapporti sessuali indesiderati vissuti come violenza	30,3	27,6	30,6	0,2	1,5	1,1	5,9	3,1	0,2	4,9		
Stupro	11,4	5,8	13,9	0,9	6,3	1,3	5,4	1,7	4,3	9,1		
Forzata ad una attività sessuale considerata umiliante	10,3	6,2	12,1									
Tentato stupro	9,1	3,6	11,8	3,6	14,3	10,1	10,5	8,0	9,8	8,8		
Violenza sessuale in un modo diverso	2,3	0,5	3,2	1,7	1,5	1,3	1,2	1,4	2,9	0,3		
Forzata ad una attività sessuale con altre persone	1,3	0,3	1,9	0,1	2,1	2,0	0,5	0,7	2,6			
Molestia fisica sessuale				84,0	51,9	69,6	37,6	14,3	56,5	20,5		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

Il totale della Tabella 6 può essere superiore a 100 perchè la donna può aver subito più forme di violenze.

Con riferimento ai partner, i maggiori fattori di rischio della violenza domestica sono rappresentati, più che da fattori strutturali, da alcuni comportamenti come l'abuso di alcool o comportamenti violenti, a livello fisico e/o verbale, messi in atto dall'uomo al di fuori della famiglia (Tab. 7).

Tab.7. Donne dai 16 ai 70 anni che nel corso della loro vita hanno avuto un partner violento, o un ex partner violento per alcune caratteristiche e comportamenti del partner - anno 2006

	PARTNER ATTUALE		EX PARTNER VIOLENTO
	NON VIOLENTO	VIOLENTO	
CLASSI DI ETÀ			
16-24	5,9	5,4	13,8
25-34	15,8	10,8	25,4
35-44	24,7	24,8	25,1
45-54	20,6	23,0	15,7
55-64	18,6	22,0	9,2
65-70	9,0	9,4	6,2
Oltre 70 anni	5,5	4,5	4,7
Totale	100,0	100,0	100,0
TITOLO DI STUDIO			
Laurea	11,1	11,0	9,0
Diploma superiore	38,8	40,1	39,3
Diploma di scuola media inferiore	33,1	32,7	35,1
Licenza elementare/nessun titolo	15,7	15,5	9,3
Non sa / non risponde	1,3	0,7	7,4
Totale	100,0	100,0	100,0
CONDIZIONI/POSIZIONI NELLA PROFESSIONE			
Dirigenti/imprenditori/liberi professionisti	9,0	10,8	6,7
Direttivi/quadri/impiegate	24,3	25,4	20,7
Operai	24,8	21,5	27,2
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	12,5	12,9	12,7
In cerca di prima /nuova occupazione	2,4	1,8	6,1
Studenti	3,7	3,2	21,0
Ritirati dal lavoro	22,4	22,9	0,8
Altra condizione	1,0	1,5	2,6
Non sa / non risponde	-	-	2,2
Totale	100,0	100,0	100,0
BEVE/BEVEVA AL PUNTO DI UBRIACARSI			
Sì	5,6	16,6	38,1
Qualche volta l'anno	74,4	69,8	29,2
Una o più volte al mese	17,1	12,3	27,1
Una o due volte alla settimana	4,1	11,1	24,6
Tutti i giorni o quasi	2,2	6,1	15,1
Non sa / non risponde	2,2	0,9	4,1
No	94,4	83,4	60,1
Non sa / non risponde	-	-	1,7
Totale	100,0	100,0	100,0
È ERA FISICAMENTE VIOLENTO AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA			
Sì	1,5	10,5	23,6
No	97,8	87,1	65,1
Non sa / non risponde	0,7	2,4	11,3
Totale	100,0	100,0	100,0
È ERA VERBALMENTE VIOLENTO AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA			
Sì	7,1	31,6	41,6
No	91,7	66,6	49,6
Non sa / non risponde	1,2	1,8	8,8
Totale	100,0	100,0	100,0
HA AVUTO PROBLEMI CON LE FORZE DELL'ORDINE A CAUSA DI COMPORTAMENTI VIOLENTI AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA			
Sì	0,2	2,4	10,3
No	99,8	97,6	89,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Emerge, inoltre, che nel corso della vita sono più a rischio di violenza fisica o sessuale da un partner le donne più giovani, il 16,3 per cento fra i 16 e i 24 anni di età e il 17,9 per cento fra i 25 e i 34 anni, le donne separate o divorziate (il 45,5 per cento) e le nubili (17,8 per cento), quelle che vivono sole (il 20,8 per cento delle donne che costituiscono nuclei familiari di un solo componente), le più istruite, laureate e diplomate, e quelle con posizioni di dirigenti, imprenditrici e libere professioniste (23,5 per cento), ma anche le donne in cerca di prima occupazione (20,7 per cento) e le studentesse (17,9 per cento) che sono anche le donne più giovani (tab.8).

Tab. 8. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un partner nel corso della vita per tipo di violenza subita e alcune caratteristiche della donna - anno 2006

CARATTERISTICHE	Quozienti più alti della media	CARATTERISTICHE	Quozienti più bassi della media
-----------------	--------------------------------	-----------------	---------------------------------

MEDIA VIOLENZA FISICA O SESSUALE 14,3%

16 - 24 anni 25 - 34 anni	16,3 17,9	65 - 70 anni	9,1
Nubili Separate / divorziate	17,8 45,5	Vedove	9,8
Laurea Diploma superiore	18,7 17,3	Licenza elementare / nessun titolo	8,6
Dirigenti, imprenditrici, libere professioni Direttivi, quadri, impiegate In cerca di prima / nuova occupazione Studentesse Altra condizione	23,5 17,0 20,7 17,9 17,6	Casalinghe	9,8
Famiglia di un componente	20,8	Famiglia di 4 componenti e più	13,3

MEDIA VIOLENZA FISICA 12,0%

25 - 34 anni 35 - 44 anni	15,3 13,0	55 - 64 anni 65 - 70 anni	9,8 7,3
Nubili Separate / divorziate	14,6 42,9	Coniugate Vedove	8,5 8,0
Laurea Diploma superiore	16,5 14,9	Licenza elementare / nessun titolo	6,9
Dirigenti, imprenditrici, libere professioni Direttivi, quadri, impiegate In cerca di prima / nuova occupazione Studentesse Altra condizione	20,7 14,9 17,0 13,9 16,9	Casalinghe Ritirate dal lavoro	8,1 9,9
Famiglia di un componente	18,3	Famiglia di 4 componenti e più	10,8

MEDIA VIOLENZA SESSUALE 6,1%

16 - 24 anni 25 - 34 anni	8,0 7,1	65 - 70 anni	4,2
Nubili Separate / divorziate	8,0 21,7	Coniugate Vedove	4,1 4,7
Laurea Diploma superiore	7,2 7,3	Licenza elementare / nessun titolo	3,9
Dirigenti, imprenditrici, libere professioni Direttivi, quadri, impiegate In cerca di prima / nuova occupazione Studentesse	7,8 7,1 8,7 9,1	Casalinghe	3,7

Altre forme di violenza sono rappresentate dai comportamenti persecutori: oltre 2 milioni di donne hanno subito comportamenti persecutori (stalking), che le hanno particolarmente spaventate, dai partner al momento della separazione o dopo tale evento. Tra le donne che hanno subito stalking, in particolare il 68,5% dei partner ha cercato insistentemente di parlare con la donna contro la sua volontà, il 61,8% ha chiesto ripetutamente appuntamenti per incontrarla, il 57% l'ha aspettata fuori casa o a scuola o al lavoro, il 55,4% le ha inviato messaggi, telefonate, e-mail, lettere o regali indesiderati, il 40,8% l'ha seguita o spiata e l'11% ha adottato altre strategie.

Quasi 7 milioni di donne hanno subito o subiscono violenza psicologica. Le forme più diffuse sono l'isolamento o il tentativo di isolamento (46,7%), il controllo (40,7%), la violenza economica (30,7%) e la svalorizzazione (23,8%), seguono le intimidazioni nel 7,8% dei casi. (tab. 9)

Tab. 9. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito, sempre o spesso, almeno una forma di violenza psicologica dal partner attuale nel corso della relazione per tipo di autore e tipo di violenza psicologica subita - anno 2006

TIPO DI VIOLENZA PSICOLOGICA	Autore		Totale partner attuale
	Attuale marito/ convivente	Attuale fidanzato	
Isolamento	47,9	40,9	46,7
Controllo	35,7	64,8	40,7
Violenza economica	34,2	13,7	30,7
Svalorizzazione	26,4	11,8	23,8
Intimidazione	8,4	5,1	7,8
Totale (valori in migliaia)	2.872	605	3.477

Un numero più elevato di vittime di almeno una forma di violenza psicologica è inoltre presente fra le donne molto giovani, dai 16 ai 24 anni, e fra quelle più mature, con oltre 55 anni di età, fra le donne meno istruite (con licenza elementare e media inferiore) e le casalinghe.

La quota di vittime di una o più forme di **violenza psicologica è più**

elevata della media anche fra le donne in qualche modo più isolate, ovvero quelle donne che molto raramente o mai escono di sera per svago (oltre il 26 per cento), che non guidano (23,8 per cento), che non hanno familiari cui possono rivolgersi in caso di bisogno (34,1 per cento) o persone con cui confidarsi (30,6 per cento), che non vanno mai al cinema a teatro o concerti e che non si incontrano mai con amici (24,8 per cento).

Circa 1 milione e 400 mila donne hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni, il 6,6% delle donne tra i 16 e i 70 anni. Gli autori delle violenze sono vari e in maggioranza conosciuti. Solo nel 24,8% la violenza è stata ad opera di uno sconosciuto. Inoltre 690 mila donne hanno subito violenze ripetute da partner e avevano figli al momento della violenza. Il 62,4% ha dichiarato che i figli hanno assistito ad uno o più episodi di violenza.

In sintesi, le violenze domestiche si consumano prevalentemente in casa della vittima (58,7%), in strada, nella casa del partner o dell'ex partner, e in automobile.

Infine va richiamato uno degli aspetti più inquietanti del fenomeno, ovvero il fatto che nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze da un non partner e il 93% di quelle da partner. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%). È consistente la quota di donne che non parla con nessuno delle violenze subite (33,9% per quelle subite dal partner e 24% per quelle da non partner).

Solo il 7,3% della violenza in famiglia è stata denunciata, anche perché solo il 18,2% delle donne che hanno subito violenza fisica o sessuale in famiglia considera la violenza subita un reato; per il 44% si tratta di qualcosa di sbagliato e per il 36% solo qualcosa che è accaduto. Si denuncia meno la violenza sessuale da parte del partner (4,7%) che quella fisica (7,5%) e si denunciano meno i mariti o i fidanzati attuali degli ex mariti ed ex fidanzati anche negli ultimi 12 mesi.

3. Ricerche a livello nazionale e regionale su violenze e abusi nei confronti della popolazione anziana

Tre specifici contributi.

Il primo si riferisce ad una survey nazionale promossa dalla Federazione Nazionale pensionati Cisl e affidata all'Università La Sapienza di Roma. Fuoco della ricerca sono le violenze, gli abusi ed i maltrattamenti contro le persone anziane.

Vi sono utili informazioni nei rapporti di ricerca di due progetti, realizzati fra il 2004 ed il 2009 in Italia, in partenariato con altri stati europei. Il primo, *Progetto "Care for Carers". Linee guida per prevenire la violenza nel "caregiving" di donne anziane malate di "Alzheimer" e di altre forme di demenza*; il secondo è il Progetto *"Breaking the taboo" violenza contro le donne anziane* che ha coinvolto 38 associazioni a livello nazionale (questionario) e 16 interviste a testimoni privilegiati. (Programmi Daphne 2004-2007-2009).

3.1. La violenza occulta: i risultati di una survey su violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane

Le indagini di riferimento, curate entrambe dall'Istat, quella sulla violenza contro le donne (come abbiamo visto censisce il fenomeno fra le donne fino a 70 anni di età, nel 2006) e quella sulla sicurezza dei cittadini (2009), mostrano solo la parte visibile del fenomeno: gli abusi denunciati e quelle emersi.

Anche la ricerca curata da Sgritta-Deriu²³, come ammettono gli autori in premessa: *"non ce la fa a venire a capo delle violenze rivolte agli anziani"*. Rimane anch'essa limitata alla parte che si vede in superficie, spesso la meno cospicua, impedendo di raggiungere quel mondo violento che è diffusamente abitato da persone anziane molto fragili, minacciate e abusate proprio nel luogo dell'affetto e della sicurezza che è la loro casa e da coloro che ne sono i più fidati parenti e curanti.

²³ G.B.Sgritta, F.Deriu: *La violenza occulta. Violenza, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*, Edizioni Lavoro, 2009

Ciononostante, la rilevazione ha riguardato un campione rappresentativo della popolazione italiana, di oltre 600 individui, di età compresa fra i 69 ed i 97 anni. Ha confermato che il fenomeno della violenza e degli abusi contro gli anziani e la sua percezione sono probabilmente in crescita. Anche se il sommerso rimane tale: ed è un sommerso che, richiamando le parole dei ricercatori, riflette le caratteristiche della condizione anziana di oggi: più esclusa che inclusa, più privata che pubblica, insomma un affare di famiglia, perché è prevalentemente fra le mura domestiche che si snoda la parte di vulnerabilità connessa all'invecchiamento di ciascuno di noi. Gli inclusi sono gli anziani autonomi, che sono in grado, se hanno subito, di raccontare e denunciare l'abuso; gli esclusi sono coloro che si limitano ad essere vittime, non potendo testimoniare, perché compromessi nelle loro funzioni o perché vittime di episodi che avvengono nel chiuso delle abitazioni o di strutture maltrattanti.

Gli autori richiamano i risultati di un progetto finanziato con il Programma Daphne della Comunità Europea²⁴ che elenca i motivi che possono favorire condizioni di abuso e che trovano terreno di coltura, non solo nella povertà o nella condizione di solitudine, ma anche in certi stereotipi che sovente sentiamo accompagnare i discorsi pubblici e privati sulla condizione anziana:

- 1.** La persona anziana spesso non possiede la consapevolezza di avere il diritto di ricevere cure di buon livello e potrebbe non distinguere i comportamenti leciti da quelli illeciti;
- 2.** Il caregiver è così compreso nel suo ruolo che non riesce ad immaginarsi capace di potenziali abusi;
- 3.** Esiste l'idea che una certa forma di violenza nel curare l'anziano fragile sia da considerarsi normale o necessaria;
- 4.** Esiste l'idea che la sola violenza vera perpetrata contro gli anziani sia quella fisica mentre si trascurano le forme più sottili come la mancanza di rispetto, l'uso del linguaggio infantile, ed il fatto che la persona anziana spesso non possiede la consapevolezza di trattare le persone da oggetti;
- 5.** È difficile distinguere tra violenza e uso della contenzione quando quest'ultima è necessaria a proteggere la persona anziana.

²⁴ Istituto per gli studi dei servizi sociali, *Care for Carers. Linee guida per prevenire la violenza nel caregiving di donne anziane malate di Alzheimer e di altre forme di devianza*, Mimeo. Progetto finanziato con il Programma Daphne della Comunità Europea, riportato in G.Sgritta, F.Deriu, op. cit.

Un altro interessante punto di osservazione sollecitato dalla ricerca curata da Sgritta - Deriu riguarda un aspetto che potrebbe agire da contrasto del fenomeno della violenza contro gli anziani e che invece, spesso, ne fa da boomerang. La pubblicistica che è stata prodotta in questi anni per sensibilizzare e prevenire il fenomeno, in realtà finisce per condurre, anche inconsapevolmente, verso risultati contrari a quelli desiderati: allarmare, da un lato e colpevolizzare dall'altro. Un primo motivo è che i destinatari effettivamente raggiunti, che dovrebbero essere le persone anziane a rischio, sono invece quelli definiti come gli "inclusi" ovvero coloro che sono già attrezzati di sufficienti risorse culturali, economiche e relazionali, di autonomia, insomma i più capaci di difendersi da eventuali abusi e minacce. Secondariamente, molti opuscoli contengono messaggi che invitano l'anziano a vigilare, a stare attento, a non fidarsi, instillando da un lato una sensazione di insicurezza e impotenza, in persone che già avvertono una certa fragilità e vulnerabilità; dall'altro, rischiano di colpevolizzare l'anziano che non è riuscito a difendersi, facendolo sentire inadatto e sprovveduto di fronte ad un mondo descritto come una giungla, dove ognuno deve proteggersi da solo.

Dal momento che il tema viene estromesso dalla visuale sociale, rimanendo confinato entro le mura domestiche, con le diseguaglianze che vi trovano dimora, occorre, suggeriscono le conclusioni, ampliare il ventaglio dei partecipanti alla costruzione di una cultura che garantisca piena cittadinanza anche nelle età della fragilità e della non autosufficienza. Anche le organizzazioni sindacali, promotrici di molte politiche a difesa dei diritti delle persone anziane, dovrebbero guardare alla violenza e agli innumerevoli modi in cui si manifesta come un ulteriore compito, in sintonia con le molte facce dell'invecchiamento sociale.

3.2. Progetto "Breaking the taboo" (Programma Daphne finanziato dalla Comunità Europea 2007-2009)

Il progetto "*Breaking the taboo*" è stato realizzato nel periodo 2007-2009 dalla collaborazione di 8 Paesi europei: Austria (capofila), Italia, Polonia, Germania, Francia, Belgio, Portogallo ed ha come obiettivo specifico quello di rompere il tabù sulla violenza domestica nei confronti delle donne anziane.

In accordo con le definizioni della letteratura internazionale, le forme di violenza nei confronti delle persone anziane sono diverse e spesso si sovrappongono in interrelazione fra loro:

- violenza fisica
- abuso psicologico
- abuso sessuale
- abuso finanziario
- negligenza ed abbandono

Di queste forme di violenza le donne anziane ne sarebbero le vittime maggiori, non solo a motivo della loro rilevanza numerica ma della loro maggiore vulnerabilità non solo dovuta al tipo di patologie e disabilità di cui sono colpite da vecchie, ma anche dovuta ai ruoli di genere e alla cultura sociale che era ispirata, fino a pochi decenni orsono, dalle asimmetrie del patriarcato.

Come si traducono queste ipoteche del passato in fattori di rischio per il presente?

Il progetto elenca diversi fattori che possono determinare il manifestarsi di forme di violenza, anche accumulandosi nel tempo:

- una storia familiare di violenze ed abusi
- una dipendenza forte fra componenti della famiglia
- una convivenza forzata
- un sovraccarico fisico e psicologico del care giver
- l'isolamento sociale
- forme di dipendenza e di patologie non diagnosticate
- disagio economico e varie forme di precarietà

Il progetto intende fornire agli operatori socio-sanitari degli strumenti per poter identificare la violenza domestica ed assicurare l'aiuto necessario.

Tuttavia, la paura, la negazione, il senso di impotenza possono rappresentare un ostacolo all'agire tempestivo e responsabile di un operatore. Per superare questi limiti, il progetto chiama in causa l'organizzazione dei servizi socio-sanitari e di assistenza nel suo complesso, attraverso il coinvolgimento dei coordinatori-responsabili affinché sviluppino una politica chiara di contrasto al fenomeno.

Anche la formazione degli operatori è necessaria perché la concezione della violenza e del suo manifestarsi sia condivisa dall'organizzazione.

Pertanto sarebbe necessario prevedere una formazione continua, associata ad azioni che migliorino le condizioni lavorative, con procedure standard e linee guida che non lascino soli gli operatori ad affrontare gli episodi di violenza, che promuova la costituzione di gruppi di lavoro e la disponibilità di forme di counselling e supervisione coinvolgendo anche i volontari.

Attorno ai servizi socio-sanitari occorre promuovere e far crescere la consapevolezza sociale sulla violenza domestica contro le persone anziane e dotare di maggiori risorse i servizi che si occupano di assistenza socio-sanitaria; rivedere il sistema legale con schemi di tutela e di protezione per le persone anziane; migliorare la collaborazione fra servizi e organizzazioni di volontariato.

3.2.1. Alcuni dati dai questionari e dalle interviste realizzate in Italia

Nel corso del progetto il partner italiano del progetto “*Breaking the taboo*” (Emmerre spa) ha utilizzato due tecniche di ricerca per approfondire la conoscenza del fenomeno e delle associazioni che lavorano per contrastarlo: invio di questionari ed interviste a testimoni privilegiati. In totale hanno raccolto 38 questionari e realizzato 16 interviste.

Dai questionari emerge che sono poche le organizzazioni che si confrontano con il fenomeno in modo specifico: tuttavia evidenze sono rilevabili in situazioni di convivenza fra una anziana sola e figli e figlie che presentano patologie fisiche o mentali, difficoltà di carattere economico (mancanza di occupazione) o familiare (separazione o divorzio alle spalle).

Il fenomeno rimane nascosto anche perché non è previsto che gli operatori abbiano una competenza specifica all'interno dei servizi socio-sanitari e nemmeno vale come criterio per l'assegnazione di commesse da parte delle amministrazioni pubbliche. Se alcune cooperative sociali prevedono corsi di formazione professionale specifica, altri si “fidano” dell'esperienza maturata sul campo da operatori e volontari.

Sono i centri antiviolenza a presentare alcune specifiche risorse e competenze che vengono estese anche alla comprensione e gestione degli episodi di violenza di cui sono vittime donne anziane. Si tratta di

servizi di accoglienza della vittima, di consulenza legale, di supportopsicologico, di invio in alloggi protetti. L'età della vittima rappresenta un problema quando è associata ad abuso fisico, psicologico ed economico, ma gli interventi di aiuto e di sostegno delle volontarie dei centri antiviolenza risultano efficaci anche quando la donna che si rivolge loro è *“una nonna di 70 anni che è riuscita a liberarsi di un marito violento e, come una donna giovane, sente la forza e la voglia di cominciare una vita nuova”*.

Altre associazioni, che operano volontariamente o su specifico incarico dell'amministrazione comunale, forniscono attività che prevedono interventi di prevenzione delle forme di violenza e di abuso, quali iniziative di difesa da frodi e raggiri, servizi di telefonia sociale di primo aiuto, consulenza legale, servizi di trasporto protetto. Ma tutti concordano nell'affermare che il fenomeno è tuttora scarsamente tematizzato, poco studiato, e chi cerca di affrontarlo dispone di scarse risorse, di formazione inadeguata e di una debole rete di collegamento con i servizi pubblici.

Le interviste ai testimoni privilegiati rafforzano questi orientamenti: l'abuso a danno delle persone anziane, in particolare donne, è difficilmente riconosciuto in quanto si presenta come un fenomeno pluridimensionale, con diverse cause e differenti conseguenze. Spesso gli operatori appaiono confusi o poco consapevoli di quali fattori possano rappresentare il terreno di coltura di certe forme di abuso o maltrattamento: la breve esperienza professionale unita ad una scarsa tematizzazione da parte dell'organizzazione lascia il singolo operatore in balia delle proprie sensibilità come dei propri pregiudizi.

L'identificazione di una forma di violenza viene a determinare una relazione difficile fra l'operatore dei servizi, la vittima e l'aggressore ed eventuali altri membri familiari. Con l'esito che la violenza intra familiare viene confinata come un affare privato, rafforzato dalla stessa percezione della vittima che giudica l'accaduto come un comportamento quasi “normale” di mariti e figli, appartenente a certe abitudini della loro storia familiare.

A queste situazioni famigliari si associa la mancanza di una cultura medica aggiornata ai protocolli stilati dalle più importanti associazioni mediche internazionali, che contengono linee guide e forniscono tabelle con precisi indicatori per la prevenzione e la diagnosi ed una cornice

giuridica che non specifica il reato di abuso contro la persona anziana o richiede procedure troppocomplesse e prescrittive (testimonianze ripetute, fotografia di lesioni, ecc.).

Questi ulteriori elementi chiariscono le difficoltà e le incertezze nei comportamenti degli operatori dei servizi socio-sanitari nell'assumere il fenomeno con adeguati chiavi di lettura, nel trovare da parte dei responsabili sostegno e strumenti per intervenire.

Il rapporto conclude con la constatazione che aumentare la consapevolezza e la formazione di quanti entrano in relazione con la persona anziana, soprattutto quando non più autosufficiente, è oltremodo necessario, anche se risulta difficile individuare rimedi immediati ed efficaci contro persone deboli, lente ed escluse.

Tuttavia due interventi si rivelano essenziali per le vittime: una linea telefonica di pronto intervento ed una rete di connessione fra organizzazioni ed associazioni attive nel contrastare i fenomeni di marginalizzazione delle persone anziane. Promuovere un network che aiuti a dipanare i dubbi e le incertezze di quanti operano con le persone anziane e di conseguenza fornisca risposte più immediate ad un maggior numero di vittime che si riconoscano il diritto di esserlo.

3.3. Progetto “Care for Carers”: Linee guida per prevenire la violenza nel “caregiving” di donne anziane malate di “Alzheimer” e di altre forme di demenza.

Il progetto “Care for Carers”, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma Daphne II 2004-2008 aveva lo scopo di prevenire e combattere la violenza nascosta e gli abusi nei riguardi di donne anziane malate di “Alzheimer” all'interno del contesto del “caregiving” fornito dai servizi in tre paesi (Italia, Svezia e Lituania).

Il progetto mette a tema la dimensione di genere nel “caregiving” degli anziani affetti dalla malattia di “Alzheimer” e da demenza: nei tre Paesi, le attività di cura degli anziani affetti da demenza sono svolte soprattutto da donne, sia in casa - dove il carico di questa responsabilità é assunto in modo sproporzionato da mogli, sorelle, figlie, nuore etc. - sia nell'ambito dei servizi sanitari e di assistenza - dove infermieri professionali, infermieri

generici, terapisti occupazionali, operatori sociali ed operatori dell'assistenza domiciliare, sono generalmente donne. Una tendenza presente non solo nei Paesi del Nord Europa, come la Svezia, dove il sistema di cura degli anziani è gestito quasi del tutto dal settore pubblico; ma anche nei Paesi del Sud Europa come l'Italia, dove la maggioranza dei lavoratori domestici e dei "caregivers" di anziani malati di "Alzheimer" e demenza, assieme alle donne appartenenti al nucleo familiare, sono donne migranti assunte dai parenti degli anziani stessi.

La responsabilità del "caregiving" influisce pesantemente sulla vita personale del "caregiver". Sembra infatti che, oltre all'impegno fisico, finanziario e familiare, le problematiche prevalenti dei "caregivers" comportino esperienze emotive e cognitive negative: come sensazioni di isolamento e restrizione della propria vita sociale. Si viene a creare fra coloro che svolgono quotidiane attività di cura di persone anziane fragili una sensazione di conflitto tra i diversi ruoli che gli stessi sono chiamati a svolgere contemporaneamente. Essi devono, infatti, conciliare l'assistenza all'anziano con gli adempimenti familiari e gli impegni lavorativi.

Uno studio svedese sui caregivers di anziani affetti da demenza riporta che le donne presentano maggiori segnali di stress rispetto ai caregivers maschili, che si evidenzia attraverso problemi di salute, relazioni conflittuali, atteggiamenti depressivi e percezioni di solitudine come conseguenza degli impegni di cura. L'analisi dei caregivers uomini ha evidenziato la presenza di atteggiamenti negativi tuttavia accompagnati da una maggiore capacità di assumere decisioni e nel rivendicare il bisogno di ricevere maggiore supporto sociale.

Vi sono, inoltre, differenze nel modo in cui donne e uomini anziani rivendicano il rispetto dei loro diritti. Un ulteriore studio condotto in Svezia (Rapporto SoS, 1994) ha illustrato l'esistenza di denunce di abuso sia da parte di uomini che di donne anziani, ma mentre un consistente numero di uomini dichiara di aver subito minacce ed umiliazioni da un caregiver della famiglia, molte donne, viceversa, riferiscono di episodi in cui non sono coinvolti i propri caregivers. In sintesi, il caregiving, a prescindere dall'essere formale od informale, remunerato o non remunerato, pubblico o privato, presenta una forte connotazione di genere, dovuta probabilmente e legittimata dal ruolo tradizionale che la

donna riveste nell'ambito della famiglia quale fonte esclusiva di protezione e di cura dei familiari in stato di necessità.

Per quanto riguarda il riconoscimento della violenza e dei maltrattamenti, il gruppo di esperti del progetto ha messo a fuoco come la violenza si presenti spesso come reciproca, ovvero si riferisce a quei casi in cui il caregiver compie atti violenti contro il destinatario della cura ed il destinatario della cura, a sua volta, maltratta il caregiver. Forme di violenza e di abuso possono essere perpetrati contro quei caregivers informali che hanno uno stato sociale inferiore e non posseggono diritti, come le donne migranti, in particolare le immigrate clandestine.

Inoltre la violenza rimane nascosta per diverse ragioni, fra le ipotesi più accreditate dal progetto sono risultate:

- il caregiving dell'anziano è un compito così delicato ed impegnativo che è impensabile insinuare (taboo) che possano avvenire episodi di violenza ;

- gli episodi di violenza ed i maltrattamenti che avvengono in ambito domestico possono passare inosservati;

- è difficile ottenere delle informazioni da una persona compromessa dal punto di vista funzionale e cognitivo;

- se chi riceve la cura è una donna, spesso non sa distinguere i segni della violenza nel modo in cui viene trattata, per la tendenza a considerare normali le forme di abuso subite nelle fasi precedenti della sua vita;

- la donna non possiede la consapevolezza di avere il diritto a ricevere cure di buon livello e potrebbe non saper distinguere i comportamenti;

- il caregiver, di solito donna, è così compreso nel suo ruolo che non riesce ad immaginarsi capace di potenziali abusi;

- esiste l'idea che una certa forma di violenza nel curare l'anziano fragile sia da considerarsi normale ed anche necessaria;

- esiste l'idea che la sola violenza vera perpetrata contro gli anziani sia quella fisica, mentre si tendono a trascurare le altre forme più sottili di violenza come: la mancanza di rispetto, l'uso del linguaggio infantile ed il trattare le persone da oggetti;

- è difficile distinguere tra violenza e l'uso della contenzione quando questa ultima serve o è necessaria a proteggere la persona anziana.

Le raccomandazioni formulate dal progetto, proprio perché assumono la dimensione di genere dei fenomeni, indicano che i piani di azione

mirati alla prevenzione dei fenomeni di violenza e di abuso, perpetrati sia in ambito domestico che in strutture di cura e di day hospital, devono ispirarsi alla **logica del mainstraeming di genere**. Nello specifico il progetto indica tre priorità:

- **implementazione di politiche del lavoro a sostegno dei care givers**, attraverso misure in materia di riconciliazione tra vita professionale e vita privata dei care givers, per incoraggiare con incentivi gli uomini ad assumere maggiori responsabilità nelle attività di cura. Inoltre occorre promuovere la regolarizzazione dei contratti di lavoro delle donne migranti per consentire loro una maggiore integrazione nel mercato del lavoro e nella società;

- **implementazione di politiche sociali e di welfare per il sostegno dei caregivers informali** introducendo una serie di provvedimenti mirati a mitigare efficacemente il peso e le tensioni del caregiving e a ridurre, di conseguenza, i fattori di rischio relativi alla violenza;

- **il mainstreeming di genere, la prevenzione della violenza e gli aspetti qualitativi della relazione di caregiving nel implementazione dell'educazione, della formazione e della supervisione dei caregivers**. Il gruppo di lavoro è convinto che il mainstreeming di genere, la prevenzione della violenza e la promozione della sicurezza e della qualità nella relazione di cura sono contenuti che dovrebbero essere inseriti nei percorsi formativi degli operatori dei servizi sanitari e sociali e nelle iniziative di sensibilizzazione dei caregivers familiari e del mondo del volontariato.

4. Risorse nazionali

In questo capitolo presenteremo i principali risultati di alcune ricerche che hanno messo a tema e approfondito alcuni fenomeni di vulnerabilità e rischiosità connessi al processo di invecchiamento della popolazione italiana. Si tratta di **quattro contributi** di fonte amministrativa nazionale, promossi dall'Istat, dal Ministero della Salute, dalla Commissione di indagine sull'esclusione sociale, dal Dipartimento per le Pari Opportunità.

La prima è un'indagine compiuta dall'Istat sulla percezione della sicurezza nel nostro paese. L'indagine realizzata nel periodo 2008-2009 analizza la diffusione dei reati in Italia sulla popolazione con più di 14 anni: i dati raccolti sono analizzati tenendo conto di variabili importanti

come il genere e le classi di età.

La seconda fonte è rappresentata dal rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale (anno 2008-2009) realizzata dalla Commissione d'indagine sull'esclusione sociale, istituita con Legge nazionale n. 328/2000. Nella parte III del rapporto si mette a tema la relazione fra povertà e salute nell'età anziana.

La terza fonte è il primo rapporto dei lavori della Commissione "Salute delle donne" promossa dal Ministero della Salute realizzata nel 2008, con l'obiettivo di fotografare lo stato di salute della popolazione femminile italiana.

Il quarto riferimento è il progetto nazionale Rete antiviolenza delle città, Urban Italia, curato dal Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, con risorse del Ministero dell'Interno, del Lavoro e delle politiche sociali, articolato in due fasi che ha coinvolto 25 città italiane.

4.1. Istat: Reati, vittime e percezione della sicurezza - Anno di riferimento 2008-2009

L'indagine sulla sicurezza dei cittadini è stata condotta per la terza volta dall'Istat allo scopo di conoscere il fenomeno della criminalità attraverso il punto di vista della vittima. Essa permette di stimare il "sommerso" di un gran numero di reati e di identificare i gruppi di popolazione più a rischio. Inoltre, offre il quadro della percezione soggettiva della sicurezza (la paura e la preoccupazione di subire i reati), del rischio percepito della criminalità nella zona in cui si vive, del rapporto con le forze dell'ordine e delle strategie messe in atto da individui e famiglie per difendersi. Il campione è composto da 60.000 individui di età superiore ai 14 anni, intervistati con tecnica telefonica.

Ci preme sottolineare, fra i molti dati presenti nel rapporto di ricerca, che la paura individuale è un fenomeno che coinvolge una elevata percentuale di cittadini. Il 28,9% prova poca o per niente sicurezza quando esce da solo ed è buio, mentre l'11,6% non esce mai di casa, né da solo né in compagnia. L'insicurezza è più diffusa tra le donne (37,0% contro il 20,1% degli uomini), soprattutto tra le giovanissime (47,0%) e, a livello territoriale, si riscontra maggiormente al Sud del Paese: in particolare in Campania (41,6%), regione dove tra le donne il dato

raggiunge il 47,2% e tra le ragazze il 60,3%.

Il 41,2% delle donne afferma di non uscire da sola quando è già buio a causa della paura della criminalità, contro l'8,1% degli uomini, il dato è maggiore soprattutto per le donne più anziane, con più di 55 anni.

In casa, invece, il pericolo percepito è decisamente meno elevato: se si è da soli di notte, il 12,6% si sente poco o per niente sicuro, contro il 42,7% che si sente molto sicuro e il 44,7% che si sente abbastanza sicuro. Anche in questo caso l'insicurezza è maggiore tra le donne, soprattutto adulte e anziane nel Sud.

In generale, le donne mostrano un livello di preoccupazione più alto degli uomini. Ciò si evidenzia per la violenza sessuale (sono molto preoccupate il 31,8% delle donne contro il 15,9% degli uomini), ma anche per le aggressioni e rapine (molto preoccupate di subire una aggressione/rapina il 25,4% nelle donne contro il 14,1% negli uomini).

Tab. 10. Persone di 14 e più che si sentono abbastanza e molto preoccupate di subire alcuni reati per sesso e classe di età. Anni 2008-2009

ANNI	Preoccupazione furto dell'automobile		Preoccupazione furto in abitazione		Preoccupazione scippo e borseggio		Preoccupazione aggressione/rapina		Preoccupazione violenza sessuale	
	Molto	Abbastanza	Molto	Abbastanza	Molto	Abbastanza	Molto	Abbastanza	Molto	Abbastanza
MASCHI										
14 - 24	13,7	31,6	18,2	31,1	13,1	26,9	18,0	27,7	19,6	16,1
25 - 34	16,8	32,5	19,2	36,8	13,4	28,6	14,8	27,9	16,7	19,6
35 - 44	13,6	31,2	22,9	37,7	15,2	27,8	17,5	25,6	20,9	19,5
45 - 54	14,4	30,7	20,4	37,8	13,8	26,7	15,7	24,0	18,7	20,4
55 - 64	12,4	31,5	18,0	36,3	11,9	24,5	11,8	23,8	13,8	15,4
65 - 74	11,9	25,7	16,1	34,7	8,5	26,9	9,1	22,1	9,0	12,7
75 e più	6,3	19,9	11,8	31,4	7,3	23,9	7,1	22,2	5,3	9,5
Totale	13,1	29,6	18,7	35,5	12,4	27,0	14,1	25,1	15,9	16,9
FEMMINE										
14 - 24	14,6	34,6	27,3	36,1	24,4	38,6	34,5	31,2	45,3	26,8
25 - 34	17,5	33,1	31,0	37,4	24,7	36,3	30,4	31,5	41,8	23,7
35 - 44	16,9	32,9	31,1	38,9	24,8	33,0	27,6	29,6	39,5	23,2
45 - 54	18,4	33,5	28,1	40,7	23,5	34,7	26,9	30,7	36,9	22,5
55 - 64	17,1	30,4	27,6	37,8	23,0	33,1	23,8	29,4	27,1	18,6
65 - 74	12,4	25,7	23,0	36,9	18,4	32,7	19,1	29,2	17,9	15,9
75 e più	7,6	16,7	17,5	34,2	15,5	31,1	15,3	28,7	11,4	10,9
Totale	15,0	29,5	26,7	37,5	22,2	34,1	25,4	30,0	31,8	20,3
MASCHI E FEMMINE										
14 - 24	14,1	33,1	22,6	33,5	18,6	34,1	26,0	29,4	32,1	21,3
25 - 34	17,1	32,8	25,1	37,1	19,0	32,4	22,6	29,7	29,2	21,6
35 - 44	15,2	32,0	27,0	38,3	20,0	30,4	22,5	27,6	30,1	21,3
45 - 54	16,4	32,1	24,3	39,3	18,7	30,7	21,4	27,4	27,9	21,5
55 - 64	14,8	30,9	23,0	37,1	17,6	28,9	17,9	26,7	20,6	17,1
65 - 74	12,1	25,7	19,9	35,9	13,9	30,0	14,6	26,0	13,9	14,5
75 e più	7,7,1	18,0	15,2	33,1	12,2	28,2	12,0	26,0	9,0	10,3
Totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Confrontando le tre indagini, a livello nazionale, la sensazione di paura in strada quando si è da soli e fuori è già buio sembra rimanere invariata per ciò che attiene i poco e per niente sicuri, mentre la quota di coloro che si sentono molto sicuri è diminuita notevolmente, soprattutto tra il 1997-1998 e il 2002, a favore degli abbastanza sicuri nel 2002 e di chi

non esce mai nel 2008-2009. Rispetto al 2002, la diminuzione di coloro che si sentono abbastanza sicuri è costante per tutte le classi di età, con maggiore accentuazione tra gli anziani con più di 70 anni.

Un dato interessante riguarda le strategie di difesa dalla criminalità: rispetto alle due indagini precedenti si nota il diminuire di alcuni sistemi o strategie di sicurezza quali il ricorso al portierato condominiale, l'uso di cani da guardia e il ricorso ai vicini per controllare l'abitazione quando si è fuori. Aumentano con regolarità, invece, l'adozione di porta blindata, del bloccaggio e delle inferriate alle finestre, di dispositivi di allarme e di cassaforte per i preziosi. Si noti che i primi tre sistemi sono ormai considerati degli elementi standard per le nuove abitazioni, spesso vendute già dotate di tali sistemi, almeno per quanto riguarda i centri metropolitani: si tratta di sistemi che sono fuori dalla portata delle persone anziane.

4.2. Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale

In Italia il livello di disegualianza dei redditi continua a essere tra i più elevati d'Europa, collocandoci all'interno di un gruppo di Paesi con la distribuzione della ricchezza più iniqua.

Il rapporto fa emergere due Italie separate da un livello di disegualianza intollerabile e se il fenomeno non sarà affrontato con serie politiche di contrasto, *“è destinato a pesare gravemente sulla condizione civile e sulle possibilità di sviluppo dell'intero Paese”*.

La mappa della povertà assoluta rivela che oltre **il 35% della popolazione assolutamente povera è composto da anziani soli o in coppia**, equamente ripartiti tra Nord e Mezzogiorno o Centro-Sud.

Nel dettaglio, la mappa della povertà assoluta in Italia è la seguente:

- donne sole adulte o anziane delle grandi città del Mezzogiorno che non lavorano e non hanno mai lavorato (16,7% delle famiglie assolutamente povere);
- anziani soli o in coppia nei piccoli comuni del Nord (15,2%);
- anziani soli o in coppia nei piccoli comuni del Centro-sud (10,3%);
- famiglie di ritirati dal lavoro con figli alla ricerca di occupazione nei grandi centri del Mezzogiorno (8,4%);

- coppie anziane del Mezzogiorno con figlio in cerca di occupazione o con membro aggregato (2,6%);
- coppie monoreddito operaie con figli minori residenti nel Mezzogiorno (15,1%);
- single e monogenitori operai del Centro-Nord (11%);
- coppie monoreddito di lavoratori in proprio con figli minori (9,8%);
- coppie monoreddito di imprenditori e impiegati di quattro componenti o più residenti nel Centro-sud (8,3%);
- famiglie con figli con persona di riferimento e partner in cerca di occupazione residenti nei piccoli centri del Mezzogiorno (2,6%).

Nel campione di popolazione adulta-anziana non istituzionalizzata dello studio *Share* (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2005), i risultati evidenziavano, sia tra gli uomini che tra le donne, come basso reddito o bassa istruzione fossero associati ad una maggior probabilità di riferire un grado di salute percepita non buono, malattie croniche, oppure limitazione delle proprie attività a causa di problemi di salute. Le differenze tra paesi mostravano disuguaglianze più intense tra gli anziani dei paesi del Sud Europa, dove l'istituzionalizzazione è meno frequente e, quindi, fra coloro che sono bisognosi e che rimangono in famiglia.

Ancora i dati dell'indagine *Share* documentano che, al diminuire del livello di istruzione, decresce il ricorso alle prestazioni sanitarie preventive. In conclusione si conferma che la maggiore vulnerabilità dell'anziano di bassa estrazione sociale all'azione dei fattori di rischio per la salute è uno dei principali meccanismi che può generare disuguaglianze sociali nella vecchiaia.

Quando l'anziano o la sua famiglia incontrano un problema di salute le risorse economiche e di tempo dedicate all'assistenza possono diventare una causa di peggioramento delle condizioni sociali ed economiche del soggetto e della famiglia stessa, sia per i costi da sostenere, sia come conseguenza di cambiamenti che avvengono nell'ambito del tempo dedicabile al proprio lavoro da parte di membri della famiglia (riduzione di orari o perdita del lavoro). Le ricadute sulla salute del familiare che presta cure in modo informale sono state finora poco valutate ma andrebbero annoverate tra le conseguenze della salute compromessa

degli anziani.

Il bisogno di salute dell'anziano è sia un problema di insorgenza di una o più malattie, sia, e soprattutto, un problema delle sue/loro conseguenze in termini di guarigione, di cronicizzazione o di transizione verso una disabilità, di severità crescente fino alla morte. Gli italiani di entrambi i generi, a Nord e a Sud, arrivano a 75 anni con differenze sociali, quasi sempre a svantaggio dei più poveri, nella presenza di una condizione di suscettibilità alla malattia o nella presenza di una malattia che può compromettere la qualità della vita degli ultimi anni. Lo stesso anziano povero e malato e la sua famiglia sono il principale bersaglio della "trappola della povertà" innescata dalle conseguenze economiche e sociali della malattia e della disabilità.

I meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute nell'anziano consentono di identificare alcuni punti di ingresso per le politiche e per gli interventi.

Tre di questi punti di ingresso sembrano più promettenti per l'impatto atteso nel contenere le disuguaglianze di salute:

1 - l'intervento sul livello di sicurezza economica dell'anziano.

Le politiche idonee a perseguire il primo obiettivo consistono nella disponibilità gratuita dei servizi e nei trasferimenti finanziari. In studi comparativi e in valutazioni di interventi entrambe queste politiche hanno mostrato di saper migliorare le disuguaglianze di salute, anche tra gli anziani: i paesi dotati di un sistema sanitario universalistico presentano minori disuguaglianze di salute;

2 - l'intervento sull'ambiente in cui vive l'anziano, ovvero disponibilità di spazi verdi e aperti (per il gioco, lo sviluppo di reti sociali, l'esercizio fisico), qualità dell'abitare (titolo di godimento e costo, accessibilità agli aiuti, qualità e sicurezza della cucina, qualità del riparo da esposizioni ambientali, isolamento termico, possibilità di coltivare fiori ortaggi e frutta), sulla sicurezza nelle strade (sicurezza dagli incidenti stradali, sicurezza da comportamenti antisociali, possibilità di svolgere attività sociali di comunità), sullo stress urbano (densità, rumore, traffico, isolamento sociale) e sui comportamenti ad essi correlati (esercizio fisico). Sono inoltre disponibili prove che le strategie che concentrano una parte delle priorità sulle aree più deprivate, con obiettivi di rigenerazione urbana perseguiti con formule di animazione comunitaria,

sono quelle maggiormente capaci di aggredire questi meccanismi legati all'ambiente costruito per ridurre le disuguaglianze di salute nell'anziano.

3 - l'intervento di protezione della vulnerabilità sociale agli stati di fragilità clinica e funzionale. Questo punto può essere presidiato salvaguardando la capacità di protezione dell'impianto universalistico del sistema sanitario, allargandola all'offerta di assistenza sociale, ma soprattutto assicurando che l'azione sociale e quella sanitaria siano attivamente orientate verso obiettivi di moderazione di questa vulnerabilità sociale. Ci sarebbe bisogno di un maggiore livello di integrazione tra l'azione sanitaria e quella sociale e migliorare l'accesso delle persone non autosufficienti alla rete integrata dei servizi socio-sanitari.

In sintesi, le politiche di invecchiamento attivo e soprattutto quelle di promozione della autosufficienza debbono avere una lente speciale per i problemi di equità sociale.

4.3. Lo stato di salute delle donne in Italia.

Primo rapporto dei lavori della commissione “Salute delle donne”, promossa dal Ministero della salute (2008)

La Commissione “Salute delle donne” istituita dal Ministero della Salute nel 2008 ha prodotto un rapporto di ricerca che è l'esito di 7 gruppi di lavoro che hanno fornito una “fotografia” complessiva dello stato di salute della popolazione femminile italiana al fine di identificare, in un'ottica di genere, quei “vuoti” - a partire dalle fonti informative - in modo da individuare/proporre efficaci strategie per “costituire sistema” e ridurre le disparità di genere in materia di salute.

Per il presente rapporto abbiamo selezionato alcuni dati emersi da due dei 7 gruppi di lavoro.

4.3.1 La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale

Il rapporto fornisce una sintetica panoramica dello stato di salute delle donne che vivono nel nostro Paese, contestualizzato con gli aspetti demografici e sociali più salienti.

Trend sociali e demografici

- Le donne, complessivamente pari a 30 milioni, con riferimento al 1 gennaio 2007 costituiscono il 51,4% della popolazione italiana. Tale percentuale varia all'interno delle classi di età: a meno di 20 anni di età ci sono 94 donne per 100 uomini, mentre tra le persone oltre gli 80 anni di età ci sono ben 199 donne per 100 uomini. La quota di donne aumenta all'aumentare dell'età, in quanto in Italia esse vivono mediamente quasi 6 anni in più rispetto agli uomini.

- Negli ultimi dieci anni il tasso di nuzialità è diminuito dal 4,8 al 4,2 per mille.

- Nello stesso periodo il numero medio di figli per donna è rimasto sostanzialmente stabile (pari a 1,2 - 1,3) così come l'età media al parto (30-31 anni).

- La scolarizzazione tra le donne è elevata: in Italia la percentuale di laureate è simile agli uomini (circa 9.7%).

- Il tasso di occupazione femminile (donne occupate della classe d'età 15-64 anni), nel 2007 è pari al 47% contro il tasso di occupazione maschile pari circa al 70%.

- Nel Servizio Sanitario Nazionale la presenza di occupazione femminile è alta (60,9% del totale); tuttavia, nella distribuzione dei ruoli le donne costituiscono il 32,2% dei medici mentre sono il 75,5% del personale infermieristico.

Indicatori sanitari selezionati

- Nelle ultime decadi l'aspettativa di vita delle donne in Italia è continuamente cresciuta ed ha raggiunto 84 anni, come detto sopra con 6 anni in più rispetto agli uomini.

- In Italia il 53% delle donne dichiara di sentirsi "bene" o "molto bene".

- Il tasso di disabilità femminile è circa il doppio di quello maschile (6,12% contro 3,32% maschile). È definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.- fonte Istat).

- Il consumo di farmaci cresce al crescere dell'età: il tasso riferito a 100 donne di tutte le età è di 43,7 mentre passa a 75,0 nella fascia

65-74 anni e a 86,2 in quella di 75 ed oltre.

- La violenza ed i maltrattamenti assumono grande rilevanza: secondo una recente indagine Istat (2006) le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri.

- Prendendo in considerazione tutte le fasce d'età, le cause di morte più frequenti fra le donne sono le malattie dell'apparato circolatorio (46,8%) ed il cancro (23,8%). Le malattie dell'apparato respiratorio sono responsabili del 5,5% dei decessi e le cause violente del 3,7%. Il restante 20% circa è dovuto ad altre cause. Le cause di morte variano con l'età. I tumori specificamente femminili (mammella e cervice) rappresentano il 15,7% delle cause di morte per le donne di età compresa fra i 35 e i 64 anni. Fra le donne più anziane (oltre 65 anni) circa il 50% muore a causa di problemi legati all'apparato circolatorio.

Stili di vita e fattori di rischio per la salute

- In larga misura le due maggiori cause di morte (malattie cardiache e tumori) sono prevenibili attraverso la prevenzione primaria (stili di vita più salutari) o secondaria (diagnosi precoce, ad esempio attraverso gli screening). I maggiori fattori di rischio, associati alla mortalità prematura (morte prima dei 65 anni) sono il fumo, l'eccessivo consumo di alcool, una dieta non salutare e l'assenza di attività fisica.

- L'inattività fisica, ben il 47% delle donne non pratica alcuna forma di attività fisica e solo il 16% dichiara di fare sport con continuità.

- Il ricorso agli screening tumorali è molto frequente nelle donne italiane. Il tasso di ricorso alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi è 56.3 su 100 donne di età superiore ai 40 anni.

In sintesi: nonostante le donne vivano più degli uomini e in un discreto stato di salute, esse soffrono comunque di più di disabilità legate a malattie croniche e continuano a tributare un grande numero di vite ai cosiddetti "big killer" (infarto, ictus, tumori alla mammella e polmone). L'analisi delle patologie e della mortalità, con la persistenza di un ruolo importante delle malattie del cuore e dell'ictus, nonché dei tumori - tra cui risulta in aumento quello del polmone - come pure il fatto che siano

ancora diffusi stili di vita poco salutari (fumo, inadeguata alimentazione e sedentarietà) richiamano l'attenzione sulla **necessità di programmare sempre di più politiche di prevenzione primaria e secondaria rivolte alle donne**. L'analisi demografica e sociale suggerisce la necessità **dell'integrazione di politiche sanitarie e non sanitarie, con azioni intersettoriali, per la tutela e promozione della salute delle donne**.

4.3.2. La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari

Partendo dai dati dell'indagine Istat sulla violenza contro le donne in Italia, il gruppo di lavoro ha fornito indicazioni per il progetto ministeriale *“Apertura di sportelli contro la violenza sulle donne su tutto il territorio nazionale”*.

La violenza sulle donne, specie in ambito domestico, è considerata un fenomeno a genesi multifattoriale, che costituisce la base di diverse forme di violenza che si manifestano nella società verso le fasce deboli. La conoscenza delle modalità violente nelle dinamiche della coppia è considerata punto di partenza per attuare un'efficace prevenzione anche all'interno della struttura sanitaria. Il numero di vittime di che si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso degli ospedali è un fenomeno in aumento.

Considerato che:

- la violenza sessuale e il maltrattamento hanno un impatto sulla salute delle persone e, di conseguenza, sulla sanità pubblica, che va oltre il singolo evento violento, ma che ha conseguenze a breve e lungo termine fisiche, psichiche e sociali;
- il non riconoscimento della violenza come causa di malattia è uno dei fattori che favorisce l'incidenza degli esiti a distanza;
- le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate;
- il numero di vittime che si rivolge al Pronto Soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla Polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato;
- l'autore delle lesioni solo raramente viene riportato dal medico di turno al pronto soccorso (più frequentemente risulta dalle schede cliniche una generica definizione di “violenza da persona nota”), per cui è difficile

rilevare la reale consistenza del fenomeno.

Il progetto individua nel **Pronto soccorso** il luogo dove oltre all'intervento sanitario sull'emergenza della violenza sessuale, si può far emergere la violenza domestica e si deve avviare una organica risposta, anche sul piano psico-sociale, costruendo la rete con il territorio, distretti, i medici di medicina generale, i consultori, ma coinvolgendo anche il privato sociale e l'associazionismo femminile. Appare oggi evidente la necessità di rendere omogeneo lo sviluppo di servizi idonei all'assistenza alle vittime di violenza sessuale e domestica presso i Pronto Soccorso ospedalieri come ambito privilegiato per l'apertura di sportelli dedicati e promuovere la formazione capillare del personale sanitario.

Azioni necessarie:

- Piano formativo che si propone di sensibilizzare gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali per il riconoscimento ed una adeguata accoglienza delle vittime, al fine di indurre una minore tolleranza nei confronti di questo tipo di sopruso, un atteggiamento protettivo nei confronti delle vittime ed una maggiore propensione alle azioni per limitare la diffusione e le conseguenze della violenza (morti e lesioni evitabili).

- Apertura, nelle realtà di grandi Pronto Soccorso, di **sportelli in cui siano presenti gruppi di operatrici/operatori** (mediche/ci, infermiere/i, ostetriche/ci, psicologhe/i e assistenti sociali e/o operatrici/operatori dell'accoglienza provenienti dal terzo settore), riconosciuti dalla Direzione.

- **Adozione di schede per la valutazione della pericolosità** (1. Schiaffi, spinte in assenza di lesioni apparenti; 2. Pugni, calci, contusioni, tagli; 3. Gravi percosse, estese contusioni, bruciature, fratture; 4. Minaccia di usare armi, lesioni al capo, lesioni interne, lesioni permanenti; 5. Uso di armi, ferite da armi).

- Promozione, presso i medici di medicina generale e i consultori familiari, della necessità di uno **screening sistematico delle vittime di violenza domestica**.

4.4. Il silenzio e le parole

Rapporto nazionale Rete Antiviolenza fra le città, Urban-Italia promossa dal Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità (2008).

Nel *Rapporto finale del Gruppo di esperte sulla messa in atto e la verifica della raccomandazione Rec (2002)* del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla Protezione delle donne dalla violenza, realizzato per il Consiglio di Europa, l'esperienza italiana della Rete Antiviolenza tra le città Urban Italia viene citata tra le buone prassi. Il progetto si sviluppa in due fasi:

1^A fase: ideazione e realizzazione sperimentale che ha coinvolto in un circuito virtuoso il Dipartimento per le Pari Opportunità, quale promotore, il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la Commissione Europea e otto città italiane: Venezia, Roma, Napoli, Foggia, Lecce, Reggio Calabria, Palermo e Catania. Obiettivo prioritario dell'intervento consisteva nell'acquisizione di conoscenze sulla percezione e sull'entità fenomenologica della violenza contro le donne, mettendo a fuoco il grado di sicurezza avvertito dalla popolazione in zone riconosciute come "socialmente problematiche" e la valutazione degli stereotipi associati al fenomeno. Grazie alla collaborazione con l'Istituto di Statistica nazionale il progetto realizza la prima indagine che focalizza quale area conoscitiva quella della violenza intrafamiliare, non solo con l'intento della misurazione dei fenomeni, ma anche con quello della comprensione centrata sulla percezione e sulla tolleranza del fenomeno.

2^A fase: Rafforzamento e ampliamento della Rete Antiviolenza tra le città Urban Italia, reso possibile grazie alle risorse del FSE, del Ministero dell'Interno, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, coordinata dal Dipartimento delle Pari Opportunità. Sono Genova, Trieste, Carrara, Pescara, Torino, Milano, Salerno, Cosenza, Bari, Siracusa, Catanzaro, Caserta, Misterbianco, Crotone, Taranto, Mola di Bari, Cagliari, Brindisi, le città coinvolte in questo secondo intervento. Obiettivo: rafforzare il livello di conoscenza ed aumentare il patrimonio di dati disponibili, ma anche di iniziare a sviluppare attività locali di formazione e messa in

rete tra i servizi, introdotte in questa nuova sperimentazione. Sinteticamente i passaggi della ricerca sono stati:



Le indagini e le azioni di formazione si sono arricchite dei dati di 25 città italiane. Emerge un quadro d'insieme che caratterizza, per alcuni aspetti ed esigenze comuni, tutte le città, grandi, medie e piccole, e che, al di là delle pur forti differenze, ricalca almeno in parte, od invita a ricalcare, le linee d'azione che il Consiglio d'Europa ha adottato nelle sue raccomandazioni.

Alcuni risultati:

- la violenza contro le donne è un fenomeno ben conosciuto, solo il 2% delle persone intervistate dichiara di non averne mai sentito parlare, i mezzi di comunicazione - prima fra tutti la televisione - sono i vettori privilegiati di questa comunicazione;

- resta comunque maggioritaria e forte nelle popolazioni intervistate una lettura fatalista e passiva del fenomeno della violenza contro le donne;

- le donne esprimono un maggiore senso di insicurezza e sia per le donne che per gli uomini la percezione del rischio aumenta con l'età;

- due prospettive complementari del concetto di violenza contro le donne che convivono: un modo di pensare che rifiuta ogni scusante della violenza che esclude la possibilità di sopportare una relazione violenta, espressa da donne, laureate o diplomate, tra i 25 e i 49 anni, occupate, insegnanti, impiegate o libere professioniste; un atteggiamento dove la soglia di tolleranza di comportamenti violenti è molto alta, sono considerati

ammissibili atti di violenza fisica del marito verso la moglie quando si verificano alcune circostanze o per il bene dei figli, rappresentato da donne e uomini di età matura (50-59 anni), soprattutto uomini con basso livello di istruzione, in condizione non professionale;

- servizi sociali innanzitutto, questa è la richiesta della popolazione; uomini e donne, ma soprattutto le donne, individuano nettamente il ruolo centrale della politica sociale pubblica nella gestione e nel contrasto dei fenomeni di violenza contro le donne;

- aumentano le dichiarazioni di violenze subite nel corso della vita (13,3% rispetto al 12,3% del primo progetto), ed aumenta l'incidenza delle denunce di molestie e di maltrattamenti mentre diminuisce quella delle violenze psicologiche e sessuali;

- le misure più votate si distribuiscono equamente tra interventi "preventivi" (campagne, formazione dei giovani) e interventi di contrasto (pene più severe, aumento del controllo di polizia), ma hanno un ruolo importante anche le azioni specifiche dirette alle vittime (Centri antiviolenza, misure di protezione, numero verde).

Il fenomeno, conclude il rapporto di ricerca, rimane solo sfiorato e non viene ancora affrontato nella sua complessità. Permane un atteggiamento condiviso dal senso comune, da chi opera e dai decisori, che si esprime attraverso la solidarietà emotiva ed il dolore partecipato, ma che non offre spazi e servizi per accogliere e rispondere alle domande di aiuto delle donne vittime di violenza. Forse si lavano meno i panni in casa, le donne parlano e denunciano di più (i dati nazionali sulle denunce per violenze sessuali evidenziano questo aspetto), ma sicuramente esse non trovano ancora un adeguato sostegno e spesso si rassegnano alla loro esistenza, non trovando alternative percorribili o su suggerimento da parte dell'operatore o dell'operatrice che le ha accolte.

La minimizzazione o il riportare ai valori della famiglia unita e del bene dei figli, non vale solo per le forze dell'ordine, ma anche per i servizi sociali e sanitari. A volte basta non dire per suggerire il silenzio, l'omissione di informazioni o l'invenzione di scuse, e l'effetto che si ottiene è un velo sulla reale domanda che la donna pone al servizio e la garanzia per l'operatore di affrontare un problema "trattabile" sia sul piano personale che lavorativo, che si tratti di ecchimosi, fratture oppure di richieste di sostegno economico.

È chiaro, pertanto, che il lavoro da fare, sia a livello locale che a livello nazionale, passa attraverso, ad esempio:

- la messa a punto di un sistema nazionale di intervento
- programmazioni regionali per migliorare i sistemi locali
- promuovere e sostenere le reti locali
- adeguare le competenze professionali con formazione *gender sensitive*
- diffondere le buone pratiche
- valorizzare le esperienze ed i saperi dei centri anti violenza
- sostenere e diffondere ricerche di carattere qualitativo e quantitativo, con approccio di genere, a livello nazionale e locale.

A completamento citiamo che nel 2006 è stata predisposta una **Carta della rete nazionale anti violenza** firmata da 56 associazioni, cooperative, gruppi di lavoro che gestiscono Centri anti violenza e Casa delle donne, attivi sul territorio nazionale. Scopo del documento è: esplicitare un'identità comune e visibile che dia forza alle Associazioni e alle donne che si rivolgono ai Centri, favorire la diffusione di materiali prodotti dalle singole associazioni e la messa in circuito di esperienze, promuovere politiche di sviluppo a favore dei Centri e delle Case delle donne.

I punti di condivisione sono:

- la violenza maschile alle donne è una violenza che ha radici nella disparità di potere tra i sessi
- i centri si occupano di violenza intra ed extrafamiliare alle donne (fisica, psicologica, sessuale, economica, stalking, trafficking), e di violenza assistita (bambine/i che assistono a queste forma di violenza), in qualsiasi forma essa si esprima
- i centri si impegnano a garantire alle donne anonimato e segretezza e intraprendono azioni che le riguardano solo con il loro consenso
- la metodologia di accoglienza si basa sulla relazione tra donne che implica un rimando positivo del proprio sesso/genere
- i centri forniscono **strumenti ed informazioni circa i diritti, le risorse, le strategie** al fine di restituire alle donne autonomia e consapevolezza
- i centri gestiscono l'accoglienza telefonica, e/o diretta, e/o l'ospitalità di donne, adolescenti, bambine e bambini che hanno subito violenza e svolgono attività e progetti finalizzati a prevenirla ed a contrastarla.

5. Il contesto normativo e legale: la violenza di genere nella normativa italiana

La legge 66/1996 sulla violenza sessuale rappresenta la prima norma dal forte portato simbolico e innovativo. Il testo introduce l'art. 609 bis nel codice penale, che così recita:

“Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

(1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;

(2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.”

Il complesso di articoli proposto dalla legge 66/1996 si muove su un doppio crinale: da un lato una tutela penale, dall'altro una norma che assolve ad una funzione simbolica.

La sfera giuridica viene toccata attraverso il confluire nel reato di violenza sessuale non solo della violenza carnale ma anche dei c.d. “Atti di libidine”; inoltre viene previsto il perfezionamento del reato basato non tanto sull'azione del reo, ma sulla volontà (e il consenso) della donna.

La rivoluzione copernicana che doveva investire la fattispecie della violenza sessuale viene compiuta con la legge del 1996 solo a metà. L'adesione al modello del consenso non avviene totalmente, con il mantenimento di una tipicità dell'azione e della condotta, che ha suscitato malcontenti soprattutto tra i gruppi femministi, principali propositori della riforma. Per quel che riguarda la forte funzione simbolica della legge, è opportuno ricordare lo spostamento del Titolo in cui viene contenuto il reato, che migra dal Titolo IX *Delitti contro la morale pubblica e il buon costume* al Titolo XII *Delitti contro la persona* che eleva la donna come vittima e rende la questione della violenza sessuale una questione fondamentale, che investe molteplici aspetti (tra i quali,

non ultimo, la tutela della salute della donna). Assolve invece ad entrambe le funzioni (processuale e simbolica) la scelta effettuata dal legislatore di rendere il reato un reato a querela di parte e non procedibile d'ufficio, rendendo la denuncia un diritto della donna, e non un dovere dello Stato. La norma si inserisce, quindi, in una prospettiva volontaristica, che tende a privilegiare percorsi individuali, non invasivi o ulteriormente dolorosi per la parte lesa. La scelta della querela di parte relega lo strumento penale ad una funzione sussidiaria, una possibilità in più per la donna, ma non per forza un'imposizione dettata da spinte giustizialiste. Il processo stesso, infatti, può divenire momento doloroso e non può, secondo il legislatore, essere imposto, salvo i casi in cui il bene leso è imprescindibilmente da tutelare, come nei casi di violenza su minori o di violenza di gruppo.

Al di là del portato innovatore della legge sulla violenza sessuale è importante ricordare che il concetto di violenza domestica non viene disciplinato dall'ordinamento italiano nello specifico. Non vi è, nella codicistica, una trattazione organica, un riferimento puntuale o una definizione precisa.

Il caleidoscopio di tipologie, le differenti interpretazioni sul tema hanno reso complessa la creazione di una fattispecie, che è stata riassorbita nella più ampia definizione dei "maltrattamenti in famiglia" (art. 572 c.p.) in cui vengono ricompresi anche i maltrattamenti ai minori, le violenze degli adulti sui bambini, o come di recente narrano le cronache, dei figli sui genitori.

La vaghezza della definizione, se ad un primo sguardo potrebbe permettere di ricomprendere una casistica ampia in grado di penalizzare anche forme di violenza psicologica o economica, in realtà allontana il fuoco dalla tutela del singolo (in questo caso la donna) collocando il reato non nella relazione tra partner, ma all'interno della più complessa istituzione familiare.

Se sulla violenza sessuale i consensi in dottrina e nell'opinione pubblica sono stati molteplici, il maltrattamento sia per la difficoltà di espletamento e probativo in sede processuale, sia per la serie di dinamiche che intacca, è più controverso e più complessa ne diventa l'applicazione nelle pratiche.

Imbrigliato in dinamiche d'amore, sentenziato come forma di conflitto anziché di violenza, il maltrattamento risulta stratonato tra differenti

fattispecie e trattato tendenzialmente in forme differenti a seconda che il fenomeno emerga tramite denuncia (di parte o d'ufficio), nel corso di una causa civile di separazione o di fronte ad un tribunale dei minori. La molteplicità dei livelli toccati dal fenomeno, che, in linea teorica dovrebbe permetterne il disvelamento sul piano giudiziale si rivela invece il limite principale. La tutela della donna viene posta in secondo piano rispetto ad altri beni giuridici, in primis, se in presenza di minori, i figli, la loro stabilità e la loro crescita prevalgono rispetto all'episodio di violenza, e in forma più residuale, permane una protezione del bene giuridico della famiglia.

A riprova di questo, si potrebbe riflettere più in generale su tutte le norme che riguardano la sfera del biòs, del corpo, della vita, della riproduzione e della sessualità, il recente dibattito sulla fecondazione assistita, e tutte quelle tematiche che investono il campo della "biopolitica".

5.1. La legge sullo Stalking

Per fornire una risposta concreta nella lotta contro la violenza perpetrata soprattutto a danno delle donne viene introdotto - con l'inserimento nel codice penale dell'art. 612-bis (dopo il 612 che definisce la minaccia) tra i delitti contro la libertà morale -, questo reato penale nuovo per il sistema giuridico italiano che all'estero invece trova già applicazione in diverse nazioni: Stati Uniti, Canada, Nuova Zelanda e in Europa, Regno Unito, Germania, Austria, Belgio, Danimarca e Irlanda. Una misura penale questa importante che va a tutelare tutte quelle persone, e i dati a disposizione dicono che sono tante, che spesso si trovano a fare i conti con ossessive invadenze nella propria vita privata, casi che si trasformano spesso in veri e propri atti di violenza.

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per lo Stalking a essere oggetto di molestie sono, nell'86 per cento dei casi, donne. La durata media del comportamento molesto è superiore ad un anno e mezzo. Quanto a colui che perseguita, gli stessi dati ci dicono che, nel 55 per cento dei casi è probabile che si tratti di un ex, coniuge o innamorato, nel 25 per cento di un condomino e nel 15 per cento di un collega di lavoro, di scuola o di università.

Il reato è perseguibile a querela della vittima (art. 7) ed il termine per la presentazione della querela è di sei mesi. Si procede d'ufficio, invece, nel caso il fatto colpisca un minore o una persona disabile, quando il fatto comporti un altro delitto per il quale si proceda d'ufficio oppure se l'autore delle molestie è già stato ammonito dal questore. La legge prevede, infatti, che prima della querela la vittima di stalking possa rivolgersi alle autorità di polizia e chiedere al questore di ammonire l'autore delle molestie. Una volta raccolte le informazioni necessarie, il questore - se ritiene fondata la richiesta - ammonisce oralmente il molestatore e redige un processo verbale, rilasciandone copia all'ammonito ed alla vittima delle molestie. Valuta, inoltre, possibili provvedimenti in materia di armi e munizioni.

Un elemento importante introdotto dalla legge è il sostegno alle vittime di stalking. La legge stabilisce, infatti, (*art. 11*) che le forze dell'ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche che ricevono dalla vittima notizia del reato di atti persecutori debbano fornirle tutte le informazioni relative ai centri antiviolenza presenti sul territorio e, in particolare, nella sua zona di residenza e metterla in contatto con i centri antiviolenza, qualora ne faccia espressamente richiesta. Viene, inoltre, estesa a un anno (*art. 10*) l'efficacia del decreto del giudice che ordina la cessazione della condotta pregiudizievole, l'allontanamento dalla casa familiare e il divieto di avvicinamento ai luoghi abitualmente frequentati dalla vittima. In particolare, la nuova legge istituisce presso il Dipartimento per le Pari Opportunità (*art. 12*) un numero verde nazionale per le vittime di stalking, per assistenza psicologica e giuridica, nonché per segnalare - su richiesta della vittima - le molestie alle forze dell'ordine.

5.2. Le normative Regionali e le politiche sul tema della violenza e del genere

La conclamata rilevanza del tema della violenza può essere evidenziata osservando come la questione sia andata a modificare e a coinvolgere tutti i livelli istituzionali, dalla sfera internazionale delle Nazioni Unite alle province autonome. Se si osservasse il piano delle politiche, si potrebbe scendere nel dettaglio dei singoli comuni e dei quartieri. Non

potendo spingere così oltre la nostra analisi, soffermiamoci quindi sulla produzione normativa dei governi regionali promulgate principalmente sull'onda lunga della legge n°66/96.

All'oggi si sono espresse sul tema in maniera diretta o tangenziale 11 Regioni e 1 provincia autonoma. Gli interventi appaiono molto diversificati sia per l'intensità dell'intervento sia per l'ampiezza dei temi trattati.

Procederemo ad un breve excursus delle normative soffermandoci poi sugli aspetti più innovativi e rilevanti.

Su segnalazione del Ministero delle Pari Opportunità, queste sono le normative di interesse sul tema:

Normativa Regionale:

Regione Sicilia, Legge Regionale 9 Maggio 1986 n° 22

Riordino dei Servizi e delle Attività Socio-Assistenziali in Sicilia

Regione Lazio, Legge Regionale 15 Novembre 1993 n° 64

Norme per l'istituzione di centri antiviolenza o case rifugio per donne maltrattate nella regione Lazio

Regione Basilicata, Legge Regionale 29 Marzo 1999 n° 9

Istituzione di un fondo di solidarietà a favore di donne e minori vittime di reati di violenza sessuale

Regione Lombardia, Legge Regionale 23 del 6 dicembre 1999

"Politiche regionali per la famiglia"

Regione Friuli Venezia Giulia, Legge Regionale 16 Agosto 2000 n° 17

Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà

Regione Puglia, Legge Regionale 25 Agosto 2003 n° 17

Sistema Integrato d'Interventi e Servizi Sociali

Regione Lombardia, DGR 19441 del 19 Novembre 2004

Assegnazione alle aziende sanitarie locali ed al comune di Milano di finanziamenti per l'attivazione di progetti finalizzati a contrastare il fenomeno della violenza, anche sessuale e maltrattamento delle donne

Regione Campania, Legge Regionale 23 Febbraio 2005 n° 11

Istituzione di Centri e Case di Accoglienza ed Assistenza per Donne maltrattate

Regione Abruzzo, Legge Regionale 20 Ottobre 2006 n° 31
Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei Centri Antiviolenza e delle Case di Accoglienza per le Donne maltrattate

Regione Liguria, Legge Regionale 6 Marzo 2007
Istituzione di Centri e Case di Accoglienza ed Assistenza per Donne maltrattate

Regione Puglia Legge Regionale 21 Marzo 2007 n° 7
Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione vita-lavoro

Regione Sardegna, Legge Regionale 7 Agosto 2007 n° 8
Norme per l'istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza

Regione Calabria, Legge Regionale 21 Agosto 2007 n° 20
Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri di antiviolenza e delle case di accoglienza per donne in difficoltà

Regione Toscana, Legge Regionale 16 Novembre 2007 n° 59
Norme contro la violenza di genere

Regione Liguria, Legge Regionale 1 Agosto 2008 n° 26
Integrazione delle politiche di pari opportunità di genere

Normativa Provinciale:

Provincia Autonoma di Bolzano,
Legge Provinciale 6 Novembre 1989 n° 10
Istituzione del servizio Casa delle Donne

La serie di legislazioni regionali, promulgate a cavallo della riforma Costituzionale, sono prevalentemente eterogenee:

a) possiamo osservare un primo gruppo di norme di natura programmatica, ad ampio raggio, che prospettano un quadro di interventi generale e assolvono una funzione di “norma manifesto”. La problematica della violenza alle donne rientra, in queste leggi, nella più ampia area di intervento dei servizi sociali e di assistenza. Tra queste, si annoverano la Regione Sicilia (1986) e la Regione Puglia (2003) poi novellato e reso più mirato alle questioni di genere nel 2007.

b) norme che istituiscono servizi: è il caso della provincia di Bolzano, della Regione Sardegna, Campania, Friuli Venezia Giulia. Queste legislazioni sono indirizzate in particolare all’istituzione di case-rifugio per donne maltrattate, di media uno per capoluogo di provincia, in consorzio con province, comuni ed associazioni.

c) norme che erogano finanziamenti tesi a potenziare la rete già esistente di servizi del privato sociale, come la Regione Calabria, l’Abruzzo, la Basilicata, o a rafforzare servizi sanitari (è il caso della Regione Lombardia).

Queste normative sono prevalentemente di natura economica e stanziavano forme di finanziamento e di sostegno delle reti di tutela delle donne.

d) norme specifiche sulla violenza di genere: al momento, l’unica legislazione che si differenzia e si distacca per il tenore della riflessione e per il taglio più contenutistico che amministrativo, è quella della Regione Toscana, emanata nel 2007.

6. Esperienze del partner italiano. Il progetto di Auser Regionale Lombardia “La violenza contro le donne anziane: conoscere e sensibilizzare per prevenire”

Il capofila italiano del progetto, l'associazione Auser Regionale Lombardia, ha promosso una importante attività di approfondimento, di sensibilizzazione e intervento nel merito delle problematiche di prevenzione del benessere della popolazione anziana: la prima è un progetto finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità - all'interno dei programmi contro la violenza di genere. Il progetto, di cui sono stati partner i Comuni di Cremona e Lodi e Pari e Dispari, ha visto l'adesione e partecipazione della Regione Lombardia - Direzione Famiglia - , del Comune di Cardano al Campo, delle Università Bicocca di Milano e Università di Pavia ed è stato realizzato nel 2009-2010 nel territorio regionale.

Le azioni del progetto

1. Analisi e ricerca:

- Analisi-ricerca per approfondire la conoscenza delle cause e delle forme attraverso cui viene agita la violenza contro le donne anziane over 65 per assicurare la necessaria visibilità al fenomeno e fornire strumenti di comprensione e azione sociale;

- Azioni di informazione e sensibilizzazione degli attori territoriali e della comunità sulla dimensione e le caratteristiche del fenomeno a partire dall'analisi del fenomeno.

Le analisi e il percorso tracciato nell'Indagine-ricerca e le riflessioni che ha fatto emergere hanno costituito la “base teorico-concettuale” dell'intero percorso progettuale e sono stati utilizzati come contenuto formativo proposto, di volta in volta, nei focus-group e nei seminari territoriali, negli incontri bilaterali con i diversi soggetti, nella formazione rivolta agli operatori Auser. Hanno costituito, altresì, una base per attivare un confronto sulle ipotesi di sperimentazione e per individuare alcuni aspetti sui quali Auser e i Comuni partner hanno iniziato a riflettere in modo più approfondito. I beneficiari sono stati: strutture Auser, attori istituzionali e sociali, organizzazioni dedicate, cittadinanza, media, associazioni contro la violenza, università. I risultati dell'attività sono

stati presentati all'interno del Convegno finale e diffusi all'interno del circuito informativo di Auser Lombardia e Auser Nazionale.

2. Visibilità sociale e sensibilizzazione dei contesti attraverso incontri pubblici:

- Diffusione nelle città e nei diversi luoghi associativi di materiali e prodotti divulgativi utilizzando un linguaggio e immagine che svelasse immediatamente il tema del progetto.

3. Sviluppare e qualificare una rete di attori territoriali attraverso:

- la conoscenza e la condivisione del fenomeno
- l'analisi delle esperienze a livello regionale
- la definizione di strumenti metodologici, informativi e formativi per dare consistenza e coesione ad una rete di intervento e supporto
- la realizzazione di percorsi di aggiornamento rivolti agli operatori e operatrici delle strutture Auser che interagiscono con la popolazione anziana.

4. Preparare e adattare i ruoli e le persone:

- Aggiornare le conoscenze e le competenze delle persone di Auser che interagiscono con la popolazione anziana proponendo percorsi di formazione mirati al tema.

5. Preparare e adattare le organizzazioni:

- Definire procedure e modalità comuni di coordinamento e operatività tra le organizzazioni e sperimentare dei percorsi di prevenzione e tutela in alcune aree comunali (Cremona, Lodi, Cardano al Campo)
- Costituzione di un tavolo di confronto a livello regionale.

I risultati del progetto

Diversi sono stati i risultati che hanno portato a modificare la sensibilità all'interno di Auser regionale e a mettere in pratica metodologie e competenze dedicate al tema della violenza nei confronti delle donne over 65.

All'interno di Auser Regionale Lombardia:

- maggiori conoscenze e competenze per le operatrici e operatori delle strutture locali dedicate all'ascolto e intercettazione del problema;
- modifica e implementazione della scheda in uso nei punti di ascolto

della telefonia sociale, comprendendo il tema violenza di genere nelle diverse declinazioni;

- impegno per nuovi progetti mirati al tema e ricerca di partner europei per un lavoro comune;

- il tema diventa una attenzione e formazione stabile per la telefonia sociale di Auser.

Nel territorio regionale:

- nei Comuni di Cremona e Lodi si è sancito l'impegno per il mantenimento della rete locale per un intervento integrato in caso di violenze a donne over70;

- creazione di un nuovo servizio competente e preparato all'interno dello sportello Filo Rosa del Comune di Cardano al Campo a disposizione delle sedi Auser dei distretti limitrofi per casi di violenze e abusi contro donne anziane over70 e per un supporto formativo.

6.1. Approfondimento

Le case di riposo in Italia. Una ricerca sulle case di riposo condotta da Auser nazionale (2011)

L'Auser nazionale ha recentemente condotto un'indagine in tutte le regioni italiane sulle case di riposo dove esiste, secondo i risultati della ricerca: "una giungla di servizi e residenze, e dove sul concetto di adeguatezza prevale la carenza di trasparenze e regolamentazione".

Il problema delle case di riposo è diventato di particolare urgenza e crucialità nella società italiana in conseguenza dei rapidi processi di trasformazione demografica e delle caratteristiche di tipo residuale del nostro sistema di Welfare state, che delega alle famiglie la maggior parte delle responsabilità di cura verso le persone anziane. È evidente quindi che le case di riposo rappresentano una delle risposte ai bisogni di cura delle popolazione anziana con disabilità, ma attualmente sono insufficienti a coprire le reali necessità: secondo l'Istat attualmente solo il 2.5% della popolazione over65 con disabilità è ricoverata in una Residenza sanitaria. Si tratta di una risposta inadeguata del sistema dei servizi sociali alle necessità delle persone anziane e dei familiari che se ne prendono cura.

Il sistema della case di riposo in Italia è una realtà composita,

frammentata, territorialmente disomogenea e scarsamente monitorata. Le tipologie indagate dalla ricerca sono due: le residenze sanitarie assistenziali (definite Rsa, che assistono principalmente anziani non più autosufficienti) e le residenze assistenziali (dette Ra, che ospitano soprattutto utenti auto sufficienti o con lievi disabilità). La maggior attenzione dell'indagine è stata focalizzata sul secondo tipo di struttura, quella che ha avuto negli ultimi anni una maggiore sviluppo e che, secondo l'osservatorio Auser, presenta anche molte irregolarità. Da alcuni anni è stato introdotto un sistema di accreditamento delle strutture residenziali per anziani da parte delle regioni che, secondo la ricerca di Auser, presenta ancora una "scarsa operatività delle regole". Con la conseguenza che sono state individuate circa 700 case di riposo, dislocate nelle varie regioni italiane, di cui però si conosce poco del loro reale funzionamento.

La ricerca è stata articolata con diverse metodologie di rilevazione per colmare la carenza di fonti statistiche ufficiali esaurienti, dal momento che i dati forniti dal ministero degli interni e documentati dall'Istat non comprendono tutta la gamma di strutture e servizi che vanno sotto il nome di case di riposo.

Al fine di integrare i dati ufficiali, la ricerca ha utilizzato le seguenti fonti:

- il sito "pagine Gialle" attraverso il motore di ricerca "case di riposo" ha selezionato una lista a cui sono stati aggiunti gli elenchi delle strutture registrate presso le Camere di commercio locali e quelli forniti dalle Associazioni del terzo settore (no profit). È evidente che si tratta di una casistica non completa a causa del fatto che molte strutture di tipo privato (realtà profit) non risultano presenti né negli elenchi comunali né negli albi regionali di appartenenza;

- una rilevazione su 90 giornali quotidiani e settimanali per cercare di capire le dimensioni delle irregolarità delle case di riposo segnalate dalla stampa nazionale. Ne è emerso un quadro davvero allarmante: "nel 2010 sono 286 le notizie di abusi smascherati relativi a case di cura abusive ed illegali, un fenomeno ben più diffuso di quanto si pensi". Si tratta di situazioni caratterizzate da: mancanza di autorizzazioni igienico-sanitarie, presenza di barriere architettoniche, di metrature non rispondenti al numero di persone presenti, di farmaci scaduti, di personale non

qualificato, di condizioni di malnutrizioni ecc. Il quadro portato alla conoscenza della pubblica opinione delinea una situazione di gravi disagi e mancanza di controlli per un sistema che risulta essere in rapida espansione;

- una ricerca a campione in alcuni territori per conoscere la localizzazione delle case di riposo ed è emerso che la maggioranza delle strutture è ubicata in località periferiche per ragioni di tipo economico (minori costi dei terreni, oneri di urbanizzazione, ecc.) ma con la conseguenza di provocare un maggiore sradicamento delle persone anziane dal loro contesto abitativo e relazionale che alimenta il senso di isolamento degli assistiti. Sono state identificate 400 strutture (nei territori di Milano, Firenze, Roma, Napoli, Bari e Palermo) ma sono 227 quelle che hanno compilato il questionario, somministrato attraverso un'intervista telefonica: hanno risposto soprattutto case di riposo private e non incluse pertanto negli elenchi regionali. Contemporaneamente è stata condotta una rilevazione su 347 siti web che registravano servizi offerti alla popolazione anziana, dall'assistenza infermieristica all'assistenza medica, fisioterapia ecc., di cui sono stati rilevati gli aspetti economici, i costi e le rette. Dal rapporto di ricerca si legge: "Un primo elemento critico è la mancanza di una visione complessiva e articolata sull'organizzazione dei servizi per gli anziani. Si intrecciano nei servizi rivolti agli anziani un mix di pubblico e privato, ma di fronte al ridursi della spesa pubblica, risulta ancor più evidente il ruolo della famiglia come welfare sostitutivo che sopporta il maggior peso della cura degli anziani non autosufficienti. Nello stesso tempo il settore rappresenta un'opportunità di business interessante e anticiclico in questo momento di ristagno economico, anche se richiede un notevole investimento iniziale". Si tratta di un settore di investimento molto interessante che però necessita di un controllo costante anche in tema di efficienza e redditività economica oltre che di efficacia nel rispondere ad una domanda in continuo aumento, non solo dal punto di vista quantitativo ma anche negli standard di cura qualitativi sempre più richiesti.

7. Le buone pratiche

7.1. Lo Sportello Filo Rosa Auser di Cardano al Campo

Lo sportello è attivo all'interno del Comune di Cardano al Campo (provincia di Varese) per opera di un gruppo di donne, giovani e adulte, impegnate nella prevenzione del fenomeno della violenza e abusi nei confronti delle donne in ambito domestico. Lo sportello è attivo da anni, funziona come un punto di ascolto/centro antiviolenza, il gruppo che lo costituisce si è adeguatamente formato e collabora con il Comune, le istituzioni locali, i servizi sociali e le diverse associazioni. Auser territoriale ha sostenuto la sua costituzione come prima iniziativa di sportello contro la violenza di genere di tutte le età. Il primo progetto di Auser Regionale Lombardia contro la violenza nei confronti delle donne anziane ha rappresentato una opportunità per ampliare le competenze e gli interventi dello Sportello Filo Rosa mirando la sua attenzione anche verso la popolazione più anziana (over65) che tradizionalmente non si rivolge allo sportello per una denuncia od un colloquio.

Lo Sportello Filo Rosa Auser ha aderito e partecipato attivamente al progetto di Auser regionale, ha ampliato i suoi servizi mettendo la propria struttura a disposizione delle sedi Auser dei distretti limitrofi (provincia di Varese) per casi di violenze contro donne anziane donne over 70 e realizzando un supporto formativo specifico sul tema²⁵.

7.2. Servizio aiuti anziani del Comune di Torino

Il Servizio Aiuto Anziani è attivo nella città di Torino fin dal 1998 e si rivolge ad anziane ed anziani vittime di violenza per strada o in casa, che hanno bisogno di consigli ed aiuti concreti per superare momenti difficili. Viene svolto da volontari appartenenti alle associazioni aderenti e da professionisti.

²⁵ Il servizio è attivo sui casi di violenza alle donne anziane da solo 6 mesi. Pertanto non si possiedono ancora dati statisticamente significativi dell'utenza.

Che cosa offre

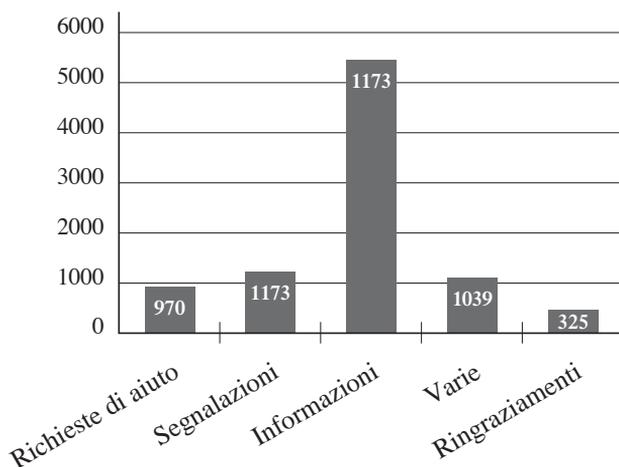
Il Servizio fornisce: **consigli** su come evitare o affrontare violenze, truffe o raggiri di cui possono essere vittime gli anziani; **sostegno** alle vittime di violenza con ascolto e supporto psicologico professionale, accompagnamento e compagnia da parte di volontari; **presenza solidale** (a domicilio e non) di volontari per ascoltare i bisogni e ricercare soluzioni adeguate; **informazioni** sui servizi pubblici e privati della città; **attivazione** di interventi per necessità urgenti avvalendosi dei volontari delle Associazioni aderenti; **segnalazione** del caso ai Servizi Sociali territoriali o Sanitari qualora sia necessaria una presa in carico professionale o segnalazione alla rete di volontariato componente la domiciliarità leggera.

Dati utenti

Le categorie di suddivisione dei dati sono le seguenti:

1. Richieste di aiuto
2. Segnalazioni di situazioni a rischio
3. Richieste di informazioni
4. Varie
5. Ringraziamenti

In 10 anni di attività al servizio si sono rivolte circa 9000 persone.



Le vittime

Su 970 casi di richieste di aiuto (100%) ciò che appare subito evidente è la netta maggioranza della popolazione di genere femminile (71.34%), dato peraltro concordante con quello statistico che vede una preponderanza di donne sulla popolazione anziana. Mentre però le donne risultano essere sole nell'81.21% circa dei casi, gli uomini - che costituiscono quasi il 28.66% della totalità - presentano una polarità inversa: sono inseriti in maggioranza (50.36%) in un nucleo familiare.

Sesso e stato anagrafico

Donne	71,34%	di cui		
		sole	562	81,21%
		con nucleo familiare	130	18,79%
Uomini	28,66%	di cui		
		solì	138	49,64%
		con nucleo familiare	140	50,36%

Violenze intrafamiliari

Si compongono di diverse fattispecie: in molte circostanze si tratta di genitori anziani che si trovano esposti a violenze fisiche e psicologiche da parte dei figli con disturbi psichici, tossicodipendenti o alcolisti; le violenze operate hanno lo scopo di procurarsi denaro per soddisfare le esigenze date dalla dipendenza. Sono casi nei quali per il Servizio è difficile intervenire in quanto l'anziano si accontenta di trovare un modo per sfogare il proprio disagio e per essere ascoltato, senza poi mettere in pratica i consigli che gli operatori offrono per essere aiutato e per usufruire dei servizi presenti sul territorio.

Altra tipologia di violenza seppur non fisica è quella "economica". Si tratta di liti tra figli e genitori per questioni patrimoniali (deleghe sul conto corrente, intestazioni di alloggi...). Le violenze psicologiche, che vengono attuate e che inducono l'anziano a firmare atti di cui spesso non comprende bene né il contenuto né le finalità, sono spesso sottili, subdole, fondate sulla manipolazione dei rapporti affettivi e, proprio per questo motivo, difficilmente vengono alla luce.

VIOLENZE FISICHE E/O PSICHICHE		
Violenza intrafamiliare	60	6,19%
Violenza condominiale	48	4,95%
Aggressione	4	0,41%
Violazione privacy	7	0,72%
TOTALE	119	12,27%

Il pudore e la paura di raccontare ai familiari la propria inadeguatezza nell'affrontare situazioni purtroppo comuni di raggirio, di aver prestato ingenuo ascolto a proposte irrealizzabili o ad affermazioni irreali, costringe l'anziano per alcuni versi a non confidarsi e per altri a non presentare denuncia alle istituzioni.

La ragione di questa reticenza può quindi ricondursi alla tendenza delle vittime ad attribuire l'accaduto alla propria debolezza, vulnerabilità, al fatto di essere soli, ingenui e poco reattivi. È probabile che dalla convinzione di essere, in qualche modo, "artefici" del proprio male scaturisca una sorta di orgoglio che impedisce di rendere pubblico il raggirio con la denuncia all'Autorità Giudiziaria.

Tutto questo influisce in maniera significativa sul "**numero oscuro**", cioè quella percentuale di reati che non viene denunciata e quindi sfugge alle rilevazioni statistiche. Vi sono tipologie precise di reati che presentano un alto numero oscuro: fra queste l'estorsione, le violenze, le truffe; tipologie più facilmente perpetrate ai danni degli anziani, considerati obiettivo "fragile". Quindi la categoria di reati di cui sono vittime gli anziani si rivela piuttosto complessa, dai contorni incerti e difficilmente rilevabile attraverso i consueti strumenti di analisi della criminalità comune e della vittimizzazione; sfugge pertanto in percentuale rilevante ai rilievi ed alle statistiche giudiziarie.

Fra le strategie di intervento individuate dal Servizio per ridurre le violenze contro gli anziani:

- la miglior complice degli autori di questi tipi di reato è la solitudine. Occorre evitare che l'età senile venga identificata con l'età della chiusura e dell'isolamento;
- promuovere iniziative che coinvolgano attivamente la terza età:

un'azione pedagogica favorendo incontri tran-generazionali e un atteggiamento di attenzione ed ascolto che può essere messo in atto a livelli diversi: dal semplice atteggiamento partecipativo di un operatore telefonico, a quello più diretto e mirato di chi si relaziona direttamente con persone avanti con gli anni, all'intervento professionale dello psicologo;

- favorire le reti di vicinato: da “beni materiali” a “beni relazionali”.
In sintesi, serve investimento in relazioni.

Bibliografia

- L. Abburrà, E. Donati, *Nuovi cinquantenni e secondi cinquant'anni. Donne e uomini adulti in transizione verso nuove età*, F. Angeli, 2008
- L. Abburrà, E. Donati, *Ferragosto...mamma mia non ti conosco*, sito Neodemos 2008
- Ageing Society Onlus, Osservatorio sulla terza età, *Rapporto Nazionale 2009 sulla condizione ed il pensiero degli anziani*, Roma 2009
- Auser, *Le pari opportunità tra generi e generazioni*, Materiali di ricerca a cura di Servizi Nuovi Roma, 2008
- Auser, *Le case di riposo in Italia. Prima ricerca nazionale Auser sulle case di riposo*, Rapporto di ricerca, Roma, 2011
- AuserBiblioteca, *Contro la violenza a tutte le età. La violenza contro le donne anziane: conoscere e sensibilizzare per prevenire*, a cura di E. Donati, Auser Lombardia 2010
- AA.VV. *Violenza contro le persone anziane*, Giornale di Gerontologia, 2005
- D. Benassi e C. Facchini, *Condizioni economiche e rischio sociale degli anziani in Italia*, I luoghi della cura, n. 4- 2009
- Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine, Daphne III Programme, 2010
- Commissione d'Indagine sull'Esclusione Sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, Anno 2008-2009, Roma 2009
- Consiglio regionale della Lombardia, *La violenza sulle donne: quali politiche di prevenzione, soccorso e contrasto?*, In breve, n.2/200R
- Convegno: *Anziani fra violenza e abbandono. Perché non sia più così*, pubblicati in Prospettive assistenziali, 90 (1990)
- Programma Daphne II: *Breaking the taboo, Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families. Overview of research phase Italy*, EmmerreSpa Rapporto di ricerca, Padova 2008
- B. Da Roit, M. Naldini, E. Donati, *Working and caring for an older parent in Italy*, Report for the Woups (Working under pressure) project, 2008

- Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, *Il silenzio e le parole*, Rapporto nazionale Rete Antiviolenza fra le città, Urban-Italia, 2008
- C. Donaggio, *Protecting the dignity of older persons. The prevention of Elder abuse and Neglect*, Ministero della Solidarietà, Bruxelles, 2008
- E. Donati, *Articolazioni dei tempi di vita nella prospettiva di ageing society*, Economia & Lavoro, N.1, Anno XL, gennaio-aprile 2006
- E. Donati, P. Madami, *Il futuro accanto. Nuove età per donne e uomini*, Fondazione Asm Brescia, 2002
- Fellman V. Mall F. *Voci nascoste? Age richiede nuove azioni*, Bollettino Age n. 74, 2007
- Fisher F.S. et al., *Services and programming for older abused women: the Ohio experience*, Journal of Elder abuse and Neglect, vol. 15, 2004
- L. Frey, R. Livraghi, *Le condizioni di vita delle donne anziane in Italia*, Fnp- Ceres, 2009
- B. Friedan, *L'età da inventare*, Frassinelli, 1995
- Gerontologie et Société, n. 92 , 2002
- G. Gesano, *Problemi e opportunità in una società che invecchia*, InformaIres, n. 30, 2006
- Gruppo di coordinamento per la Demografia, *Rapporto sulla popolazione. L'Italia all'inizio del XXI secolo*, Il Mulino, 2007
- A. Guaita, *Gerontologia preventiva: l'educazione sanitaria con gli anziani*, GrG News, 10/2009
- E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi, E. Lozano, *World Report on Violence and Health*, World health Organization, Geneva, 2002
- Irer, *La violenza sulle donne*, Rapporto di ricerca 2009
- Istat, *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*, Anno 2006, Roma
- Istat, *Parentela e reti di solidarietà*, Indagine Multiscopo, Roma, 2003
- Istat, *Reati, vittime e percezione della sicurezza*
Anno di riferimento 2008-2009, Roma 2010
- Istituto per gli studi sui servizi sociali, Care for carers, *Linee guida per prevenire la violenza nel caregiving di donne anziane malate di Alzheimer e di altre forme di demenza*, Programma Daphne II (2004-2008), Mimeo, 2008

- L. Lancise, *Anziane sole, maltrattate e offese*, Il Tempo 10-10-2002
- P. Laslett, *Una nuova mappa della vita*, Il Mulino, 1992
- G. Micheli, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, F. Angeli, 2004
- Ministero delle Pari Opportunità, *Come cambia la vita delle donne*, Istat, 2004
- Ministero della salute, *Lo stato di salute delle donne in Italia*, Primo rapporto dei lavori della commissione “Salute delle donne”, Roma, 2008
- Ministero della solidarietà sociale, *Protecting the dignity of older persons. The prevention of elder abuse and neglect*, Bruxelles, 2008
- M. Naldini, *Politiche e pratiche: I confini di genere della cura*, Polis, (in corso di pubblicazione)
- M. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana*, Il Mulino, 2002
- B.K. Payne, *Crime and Elder Abuse. An integrated Perspective*, C. Thomas Pub, Springfield, 2005
- M. Rampazi, *Storie di normale incertezza. Le sfide dell'identità nella società del rischio*, Milano, Led, 2009
- C. Saraceno, *Lectio magistralis*, Università di Torino, 2008
- C. Saraceno, *Introduzione. Pensare i bisogni e vedere le relazioni per argomentare la giustizia*, a M. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana*, Il Mulino, 2002
- C. Saraceno- M. Naldini, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, 2008
- C. Saraceno (a cura di), *Età e corso della vita*, Il Mulino, 2001
- G.B. Sgritta, *Sostenere la famiglia in una società che invecchia*, OggiDomaniAnziani, Trimestrale Nazionale Pensionati Cisl, n.4, 2008
- G.B. Sgritta, F. Deriu, *La violenza occulta. Violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*, Ed. lavoro, 2009
- S. Stefanizzi, V. Verdolini, *La doppia vulnerabilità delle donne anziane*, in AuserBiblioteca, *Contro la violenza a tutte le età. La violenza contro le donne anziane: conoscere e sensibilizzare per prevenire*, a cura di E. Donati, Auser Lombardia, 2010
- S. Stefanizzi, V. Verdolini, *I maltrattamenti in famiglia: rappresentazioni, pratiche normative e risposte sociali*, Autonomia locali e servizi sociali, il Mulino, 2009

M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, F. Angeli 2007

S. Veca, *Le cose della vita*, Bur, 2006

Who, *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a Public Priority*, Geneva, 1996