

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa"

Dottorato di Ricerca in Scienze della Formazione e della Comunicazione

XXIX Ciclo

**MULTICULTURALITA',  
DISAGIO SOCIO ECONOMICO E  
VIOLENZA CONTRO LE DONNE:**

**ACTION RESEARCH DI PREVENZIONE E  
AZIONE CON UTENTI E OPERATORI  
DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

**Dott.ssa Maria Monica Ratti**

Matricola 787951

Tutor: **Prof.ssa Maria Grazia Strepparava**

Coordinatore: **Prof.ssa Laura Formenti**

**ANNO ACCADEMICO 2017**



## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>pag 7</b>
---------------------------	--------------

### **CAPITOLO PRIMO**

<b>MULTICULTURALISMO, POVERTA' E MIGRAZIONI NELLA SOCIETA' DI OGGI .....</b>	<b>pag 13</b>
1.1. INTRODUZIONE.....	pag 13
1.2. L'ESPERIENZA DELLA MIGRAZIONE .....	pag 18
1.3. CULTURE, LUOGHI, IDENTITA' E APPARTENENZE.....	pag 20
1.4. L'IMMIGRAZIONE STRANIERA IN ITALIA E NELLA SPECIFICITA' DEL PANOMARA LOMBARDO.....	pag 23
1.4.1.ITALIA .....	pag 23
1.4.2 L'IMMIGRAZIONE IN LOMBARDIA.....	pag 27
1.5. ASPETTI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI DEL FENOMENO MIGRATORIO.....	pag 37
1.6. LE DONNE IMMIGRATE, TRA TRADIZIONE E MODERNITA' .....	pag 41
1.7. CORPO, MALESSERE E DISAGIO PSICHICO NELLE DONNE IMMIGRATE.....	45
1.8. LE FAMIGLIE STRANIERE.....	pag 48

### **CAPITOLO SECONDO**

<b>LE MOLTEPLICI FORME DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE .....</b>	<b>pag 51</b>
---	---------------

2.1. INTRODUZIONE.....	pag 51
2.2. LE MOLTEPLICI FORME DELLA VIOLENZA OGGI .....	pag 52
2.3. VIOLENZA E SALUTE.....	pag 62
2.4.LA DIMENSIONE RELAZIONE NELL'ESPERIENZA DELLA VIOLENZA.....	pag 65
2.5. DONNE IMMIGRATE E RISCHIO DI VIOLENZA.....	pag 72

### **CAPITOLO TERZO**

<b>LA RELAZIONE D'AIUTO DEGLI OPERATORI NEI CONFRONTI DI CHI VIVE ESPERIENZE DI DISAGIO- SOCIO ECONOMICO E DI VIOLENZA.....</b>	<b>76</b>
---	-----------

3.1. INTRODUZIONE.....	pag 76
3.2. LA RELAZIONE D'AIUTO CON L' UTENZA CHE VIVE SITUAZIONI DI SIGNIFICATIVO DISAGIO.....	pag 78
3.3. LA SINDROME DEL BURNOUT.....	pag 82
3.3.1. DALLO STRESS AL BURNOUT.....	pag 82
3.3.2.PRINCIPALI MODELLI TEORICI .....	pag 87
3.3.3.FATTORI DETERMINANTI.....	pag 92
3.3.4.GLI EFFETTI DEL BURNOUT.....	pag 95
3.4.GLI STILI DI COPING.....	pag 96
3.5.L'EMPATIA .....	pag 98
3.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE E PREVENZIONE.....	pag 103

## CAPITOLO QUARTO

### **PRESENTAZIONE DELLA RICERCA.....pag111**

4.1. INTRODUZIONE.....	pag 111
4.2.PRESENTAZIONE DEL PROGETTO.....	pag 112
4.3. SCOPO DELLO STUDIO.....	pag 115
4.4. COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO D'INDAGINE.....	pag 116
4.5.COSTRUZIONE DEL CAMPIONE DI RICERCA.....	pag 122
4.6. SOMMINISTRAZIONE DEGLI STRUMENTI D'INDAGINE.....	pag 123
4.7. INSERIMENTO ED ELABORAZIONE DEI DATI.....	pag 125

## CAPITOLO QUINTO

### **RISULTATI.....pag 126**

5.1. INTRODUZIONE.....	pag 126
5.2. ANALISI DESCRITTIVE DEL CAMPIONE DELLE UTENTI .....	pag 128
5.2.1 ETA',.....	pag 128
5.2.2 NAZIONALITA'.....	pag 129
5.2.3.RESIDENZA.....	pag 131
5.2.4.LINGUE PARLATE.....	pag 132
5.2.5.LIVELLO DI ISTRUZIONE .....	pag 133
5.2.6.PROFESSIONE .....	pag 134
5.2.7 STATO CIVILE.....	pag 135
5.2.8.FIGLI.....	pag 136
5.2.9.RELAZIONE CON IL PATNER.....	pag 137
5.2.10 REDDITO ANNUALE.....	pag 140
5.2.11 ESPERIENZE DI VIOLENZA.....	pag 141
5.2.12.SITUAZIONI PROBLEMATICHE.....	pag 144
5.2.13. ACCESSO COLLOQUIO PSICOLOGICO.....	pag 145
5.2.14 DISTRESS PSICOLOGICO.....	pag 146
5.2.15. QUALITA' DI VITA.....	pag 150
5.2.16 PARENTING.....	pag 150
5.2.17.CAMPIONE DI CONTROLLO.....	pag 153
5.3. ANALISI DESCRITTIVE DEL CAMPIONE DEGLI OPERATORI.....	pag 160
5.3.1. GENERE SESSUALE.....	pag 160
5.3.2. ETA'.....	pag 160
5.3.3.STATO CIVILE.....	pag 162
5.3.4. PROVENIENZA.....	pag 162
5.3.5. FIGLI.....	pag 163
5.3.6.LIVELLO DI ISTRUZIONE.....	pag 164
5.3.7. RUOLO.....	pag 166
5.3.8. SERVIZI.....	pag 167
5.3.9. ASPETTO STRESSANTE.....	pag 169
5.3.10. ASPETTO PIACEVOLE.....	pag 170
5.3.11. BURNOUT.....	pag 171
5.3.12. STILI DI COPING.....	pag 174
5.3.13. EMPATIA.....	pag 175
5.4.ANALISI ESPLORATIVE.....	pag 178
5.4.1. DIFFERENZE NELLA PERCEZIONE DELLA QUALITA' DI VITA.....	pag 179

5.4.2. DIFFERENZE NELLA PERCEZIONE DEL DISTRESS.....	pag 179
5.4.3. DIFFERENZE RELATIVE AL PARENTING.....	pag 181
5.4.3.1. DISTRESS GENITORIALE.....	pag181
5.4.3.2. INTERAZIONE DISFUNZIONALE.....	pag 182
5.4.3.3. BAMBINO DIFFICILE.....	pag183
5.4.3.4. RISPOSTA DIFENSIVA.....	pag 184
5.4.3.5. PARENTING- STRESS TOTALE.....	pag 185
5.5. ESPERIENZE DI VIOLENZA.....	pag 186
5.6. DINAMICHE LEGATE ALLA VIOLENZA CHE INVESTONO LA COMPONENTE ECONOMICA .....	pag 188
5.7. INFLUENZA DELLA QUALITA' DI VITA SUL DISTRESS GENITORIALE: IL RUOLO DELLA RELAZIONE CON IL PARTNER .....	pag 190
5.8. CORRELAZIONI TRA LE VARIABILI OGGETTO DI STUDIO .....	pag 191
5.9. COLLOQUI PSICOLOGICI.....	pag193
5.10. OPERATORI A CONTATTO CON UTENTI CHE VIVONO FORME DI DISAGIO SOCIOECONOMICO E VIOLENZA.....	pag 196

## **CAPITOLO SESTO**

### **DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....pag 201**

6.1. INTRODUZIONE.....	pag 201
6.2. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE DELLE UTENTI.....	pag 204
6.3. QUALITA' DI VITA, DISTRESS PSICOLOGICO E PARENTING.....	pag 214
6.5. ESPERIENZE DI VIOLENZA , DISAGIO SOCIOECONOMICO, GENITORIALITA' .....	pag 217
6.6. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE DEGLI OPERATORI.....	pag 220
6.7. BURNOUT, STILI DI COPING E EMPATIA.....	pag 222

### **CONCLUSIONI.....pag 227**

### **BIBLIOGRAFIA.....pag 236**

*“Delle ali e un altro apparato per respirare che ci  
permettessero di attraversare l’immensità degli spazi,  
ci sarebbero inutili,  
perché se salissimo su Marte o Venere  
conservando gli stessi sensi,  
questi rivestirebbero dello  
stesso aspetto delle cose della Terra  
tutto quello che potremo vedere.*

*L’unico vero viaggio, l’unico bagno di giovinezza,  
sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri cento  
occhi, vedere l’Universo con gli occhi di un altro, di cento altri,  
vedere i cento Universi che ciascuno vede, che ciascuno è.”*

*Marcel Proust*

## INTRODUZIONE

La crescente attenzione agli episodi di violenza ci mostra oggi come questi possano manifestarsi con sempre maggior frequenza e con differenti modalità che si esplicano non soltanto in comportamenti che investono la dimensione fisica ma con dinamiche che toccano la sfera emozionale e psicologica.

Disagio, povertà e marginalità sociale possono amplificare le ripercussioni sia sull'aspetto relazionale che identitario. Le difficoltà e la mancanza di indipendenza economica possono infatti influire e determinare ostacoli nell'attivazione delle proprie risorse e nella possibilità di pensare e attuare cambiamenti (Briere & Jordan, 2004).

Secondi i dati World Health Organization (WHO) e Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) più recenti, si stima che 1/3 delle donne riferisca di subire violenza fisica nel mondo e oltre 6 milioni in Italia (WHO, 2013; ISTAT, 2016). Nel 2014 oltre 4 milioni sono state vittime di violenza psicologica dal partner attuale. Condizioni di povertà assoluta coinvolgono nel 2015 oltre 4 milioni di individui, di cui oltre 2 milioni donne (ISTAT, 2016). Diversi studi mostrano come specifiche caratteristiche di queste esperienze siano associate a conseguenze psicologiche e come la gravità e la cronicità degli atti di violenza subiti mostrino un legame con distress psicologico, vissuti di ansia, depressione, disturbo post traumatico da stress (PTSD) e altri sintomi (Dutton, 1992; Friedrich, 2007; Ranner, Boel-Studt, 2013; Ziaei, Frith, Ekstrom, Naved, 2016). Alla luce di queste considerazioni, appare evidente la complessità del lavoro degli operatori a contatto con un'utenza che richiede investimento significativo su più fronti, tale talvolta da portare allo sviluppo di sintomi riconducibili alla sindrome di *burnout* (Maslach, 1981).

Dal desiderio di analisi di queste tematiche, sulla base del modello di Action-Research (Lewin, 1946) e grazie alla collaborazione con il Centro San Fedele di Milano e la Fondazione Roberto Franceschi, nasce il presente Progetto di Ricerca che coinvolge sia le utenti che gli operatori.

Il Centro San Fedele, presente sul territorio dal 1948, presenta un'attenzione particolare all'accompagnamento sociale e all'educazione sanitaria, erogando servizi a persone con diverse situazioni di disagio e marginalità sociale, in prevalenza donne. Nel Servizio di Assistenza Socio Sanitaria collaborano diverse figure che mettono a disposizione la loro professione volontariamente, al fine di proporre una presa in carico globale della persona, che comprenda gli aspetti medici, psicologici, giuridici e sociali.

Il progetto ha previsto la somministrazione di due batterie testali costruite *ad hoc* e la conduzione di uno psicologo clinico.

Il presente elaborato fornisce un inquadramento teorico delle tematiche oggetto di indagine, per poi presentare la struttura della ricerca, mettendo in luce i risultati ottenuti dallo studio.

Nel Primo Capitolo verranno descritte e discusse le tematiche legate al multiculturalismo, alla povertà, al disagio socio-economico e alle migrazioni nella società di oggi. Secondo i dati del Dipartimento dell' Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) per gli Affari economici e sociali, il numero dei migranti internazionali è in continua crescita negli ultimi quindici anni: mentre nel 2000 erano 173 milioni, nel 2015 ben 243,7 milioni di persone nel mondo vivevano in un Paese diverso da quello di origine, di cui la componente femminile era del 48,2%. Nel corso del capitolo verranno forniti dati attuali legati al multiculturalismo, con riferimenti specifici al contesto italiano e, in particolare, a quello Lombardo. Verranno approfonditi i concetti di luogo, cultura e appartenenza e analizzati gli aspetti psicologici del fenomeno migratorio, confrontandoli con ciò che può invece presentare una valenza e un segnale psicopatologico. Sarà affrontato il tema delle famiglie straniere e dei cambiamenti in esse riscontrati, focalizzandosi ampiamente sulle figure femminili, tra tradizione e modernità, anche in questo caso con riferimenti alla psicopatologia, che nello specifico tende ad assumere valenze psicosomatiche.

Il Secondo Capitolo svilupperà il tema della violenza nelle sue molteplici forme. La violenza contro le donne costituisce infatti un rilevante problema a livello mondiale: 1 donna su 3, in tutto il mondo, subisce violenza fisica e/o sessuale da parte del *partner* (WHO, 2013). Secondo i dati WHO (2013) e ISTAT (2016) più recenti, si stima che 1/3 delle donne nel mondo riferisca di subire violenza che riguarda la sfera fisica e oltre 6 milioni in Italia. Nel 2014 oltre 4 milioni di donne sono state vittime di violenza psicologica dal partner attuale. Nel corso del capitolo verrà fornita una classificazione e descrizione delle principali modalità con cui la violenza si esplica, con un approfondimento mirato alle dinamiche relazionali e al tema della prevenzione.

Il Terzo Capitolo, alla luce dell'urgenza e complessità degli elementi emersi in relazione a queste tematiche, volgerà l'attenzione agli operatori che presentano un contatto diretto e prolungato con utenti che vivono la drammaticità di queste esperienze. Verrà messo in luce

il tema dello *stress*, le sue specificità in contesti che richiedono lo stretto contatto con l'utenza e la possibile evoluzione nella sindrome del burnout. Il burnout è una sindrome psichica che ha come esito un disadattamento dell'individuo, dove prevalgono la chiusura e il distacco; una risposta non adattiva allo stress, un esaurimento delle risorse dell'individuo (Maslach, 1982). Il termine inglese burnout, può essere tradotto letteralmente in "bruciato", "fuso", e indica una condizione di esaurimento emozionale derivante dallo stress causato dalla situazione professionale e da fattori appartenenti alla sfera personale e ambientale (Maslach, 1982). Nel capitolo verranno descritti i principali modelli teorici, gli effetti sul personale, e la relazione con gli stili di *coping*. Infine verrà affrontato il tema dell'empatia, uno dei più centrali per la psicologia e le scienze sociali. Dal momento che si tratta di una delle maggiori capacità di un professionista delle relazioni d'aiuto o di un membro del gruppo capace di aiutare gli altri (Freedman, 1984).

Il Quarto Capitolo illustra nel dettaglio il Progetto di Ricerca, che nasce al fine di effettuare interviste e rilevazioni proprio in uno dei contesti stessi in cui la popolazione oggetto di studio pone una richiesta rispetto alla presa in carico di un disagio che assume una significatività e un'intensità tale da richiedere una condivisione. Il progetto si è strutturato come Action Research, secondo il modello di Lewin (1946) e ha richiesto quindi la presenza attiva sul campo del ricercatore stesso. Nel corso del capitolo la ricerca verrà presentata nel dettaglio, ripercorrendo le tappe che hanno consentito l'ideazione e la realizzazione, così come i riferimenti che ne hanno guidato le fasi di progettazione. Saranno esplicitati gli scopi del Progetto e le ipotesi che guidano questo studio, la scelta di costruire ad hoc due specifiche batterie, una per le utenti che si rivolgono al Centro San Fedele e una per gli operatori che vi prestano servizio, descrivendo luoghi, tempi e modalità di somministrazione. Infine si descriveranno le modalità utilizzate per l'elaborazione e analisi dei dati, la condivisione di quanto emerso, e la realizzazione di iniziative e interventi collegati al Progetto di Ricerca.

Il Quinto Capitolo presenterà e illustrerà i risultati emersi dall'analisi dei dati, sia in relazione alle variabili descrittive socio-anagrafiche del campione di ricerca, che in relazione ai punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari. Inizialmente si focalizzerà sul campione delle Utenti del Centro, vero fulcro della ricerca: verranno descritte le caratteristiche demografiche, socio-culturali, con particolare attenzione alla situazione problematica vissuta, alla fascia di reddito e al tipo di violenza subita (psicologica, fisica,

economica). Successivamente verranno presentati i punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari GHQ-12 – General Health Questionnaire (Goldberg, 1978; Piccinelli et al., 1993); CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Evans et al., 2000; Palmieri et al., 2009) e PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008).

In seguito, saranno presentati i dati relativi al campione di controllo, omogeneo per età con quello di ricerca, al fine di fornire una fotografia preliminare dei partecipanti tratti dalla popolazione generale con cui verranno successivamente effettuati confronti.

Infine verranno presentati i dati relativi al campione degli Operatori che a vario titolo entrano in relazione con le Utenti che vivono esperienze di disagio socio economico, marginalità o violenza. Saranno illustrate le caratteristiche demografiche, relative alla formazione personale, anzianità, aree di lavoro, motivazioni, valutazioni rispetto ad aspetti piacevoli e spiacevoli del proprio operato.

Verranno esposti i punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981; Sirigatti & Stefanile, 1993), CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations (Endler & Parker, 1990; Pisanti, Lucidi e Bertini, 2001), BEES – Balanced Emotional Empathy Scale (Mehraibian, 1996; Meneghini et al., 2012).

Di seguito saranno sintetizzati i principali risultati che riguardano le differenze nella percezione della qualità di vita, del distress e delle dimensioni legate al *parenting* tra il campione delle utenti e il campione di controllo. Sempre in relazione a queste variabili psicologiche sono state indagate le differenze relative a chi ha vissuto un'esperienza di violenza e chi non. Nello specifico, verrà messa in luce un'interazione significativa in relazione al *distress*, in particolare riferita al “funzionamento” misurato dal CORE-OM, controllando l'interazione di chi ha figli e chi no, con l'aver vissuto o meno esperienza di violenza. Le donne che hanno subito episodi di violenza e non hanno figli presentano punteggi maggiori, che indicano questa dimensione come maggiormente inficiata. Uno dei quesiti che ha mosso la ricerca è relativo alla comprensione di quanto dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza che investe questa dimensione.

In particolare, ci si è interrogati sulla relazione dell'aver esperito episodi di violenza rispetto al parenting, e alla propria capacità genitoriale. Sono dunque stati effettuati t test con le differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form. Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all'influenza del benessere personale sulla genitorialità si è effettuata un'analisi di moderazione che consentisse di tenere conto di un altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. Verranno presentati i risultati delle analisi di moderazione effettuate per indagare come il livello di Qualità di Vita percepita dalle donne (tramite GHQ-12) possa predire il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell'aver o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.

Saranno sintetizzati i risultati emersi dall'analisi delle correlazioni tra le differenti variabili oggetto di studio della ricerca. Le significatività sono state esaminate alla luce della correzione per confronti multipli di Bonferroni, che pondera i risultati alla luce della numerosità delle analisi effettuate. E' emersa una correlazione significativa tra la percezione della propria qualità di vita (misurata tramite GHQ-12) e il distress genitoriale (misurato dal PSI-SF).

Un aspetto significativo che si è scelto di indagare è relativo alla differenza tra le utenti che hanno richiesto e hanno avuto accesso a un colloquio psicologico, che consente uno spazio di pensiero per l'elaborazione dei vissuti legati alle difficoltà personali e alle esperienze di violenza, e quelle che non hanno richiesto e usufruito di questa opportunità.

Per quanto riguarda gli operatori, sono stati effettuati dei confronti rispetto al genere, dal momento che a differenza del campione delle utenti, quello degli operatori impegnati nel Centro è costituito sia da donne che da uomini. Uomini e donne non differiscono in maniera statisticamente significativa in nessuna delle scale o dimensioni dei questionari della batteria costruita ad hoc. Anche in relazione alle differenti variabili socio-anagrafiche che sono state indagate e presentate nel dettaglio non sono emerse differenze statisticamente significative. Questo dato mostra a fronte di un'eterogeneità del campione rispetto a età, stato civile, istruzione e formazione, un'omogeneità in relazione alle variabili oggetto di indagine.

Dal t-test utilizzato per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, si riscontra una differenza statisticamente significativa in relazione al burnout. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato presentavano livelli più elevati nei punteggi relativi all'esaurimento emozionale rispetto a coloro che non entravano in

questo tipo di relazione continuativa nel tempo. Per quanto riguarda le altre dimensioni del burnout, ovvero depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale non si sono riscontrate differenze significative. Infine, il T-test per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, ha evidenziato una differenza statisticamente significativa rispetto alla capacità di empatia, misurata tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale, mostrando come i primi mostrino una maggior predisposizione e apertura all'empatia.

Nel Sesto Capitolo verranno discussi i principali risultati emersi, alla luce della letteratura.

Nelle Conclusioni verranno delineati i punti di forza e criticità del progetto di ricerca, con riferimenti specifici alle prospettive future e alla possibilità di valorizzare quanto emerso, soprattutto in ambito formativo e di prevenzione.

## CAPITOLO PRIMO

### MULTICULTURALISMO, POVERTA' E MIGRAZIONI NELLA SOCIETA' DI OGGI

*“ Scarta la memoria,  
scarta il tempo futuro del tuo desiderio,  
dimenticali entrambi in modo da lasciare spazio ad una idea nuova”  
Wilfred Bion*

#### 1.1. INTRODUZIONE

Le molteplici forme di disagio socio-economico e il loro legame con le esperienze di violenza, assumono oggi una sempre maggior complessità, se contestualizzate nella realtà attuale, che vede la multiculturalità come un aspetto sempre più distintivo.

Una Società sempre più caratterizzata dalla coesistenza di storie, culture, religioni diverse, pone interrogativi e urgenze con cui le differenti discipline umanistiche e sociali sono chiamate a confrontarsi, in un rapporto a loro volta di scambio e integrazione.

Il termine “multiculturalismo” è di uso recente, compare e si diffonde, prima negli stati Uniti e quindi in Europa, solo alla fine degli anni ottanta. Come frequentemente accade, il diffondersi dell'uso di una nuova parola, segna l'esistenza di una “tensione”, di un conflitto o di un dilemma, non più facilmente nominabile facendo riferimento al vocabolario esistente. Questa difficoltà nel narrare, nel rendere conto e nel tradurre in parole situazioni nuove, non segnala unicamente una carenza linguistica, ma evidenzia profondi mutamenti e uno stato di crisi nelle relazioni, nei modelli esplicativi, negli orizzonti normativi e di valore che consentivano in precedenza di osservare, comprendere e descrivere la realtà sociale in cui si viveva. Il multiculturalismo è divenuto un concetto polisemico, incorpora cioè significati diversi in base agli attori che vi fanno ricorso e ai contesti in cui viene utilizzato. Si riferisce alla presenza di differenze nelle abitudini culturali, nelle preferenze e nei valori di gruppi che convivono nel medesimo spazio sociale. La diversità, intesa come specificità piuttosto che come contrapposizione, è

generalmente ritenuta una caratteristica ineliminabile delle società contemporanee (Colombo., 2011).

In questo capitolo, verrà approfondito il tema dell'esperienza della migrazione, anche alla luce della natura multi-etnica del campione del Progetto di Ricerca. Problematiche e paure che la crisi migratoria solleva sono tematiche quanto mai attuali e dibattute. Eppure la migrazione, soprattutto quella internazionale a lunga distanza, non è affatto un fenomeno nuovo; è al contrario un processo fondamentale e ricorrente della mobilità e dell'amalgamarsi del genere umano. Zigmund Bauman, in "Stranieri alle porte" (2016, p.4), uno dei suoi ultimissimi scritti mette in luce che: *"Le migrazioni di massa non sono certo un fenomeno nuovo: hanno accompagnato tutte l'era moderna fin dai suoi albori (pur cambiando spesso direzione e in qualche caso invertendola). In realtà la produzione di "persone in esubero" (localmente "inutili"- ovvero numericamente in eccesso e innocupabili. a causa del progresso economico, oppure localmente inaccettabili- ovvero rifiutate- a causa di disordini, conflitti e scontri dovuti alle trasformazioni politiche e sociali e alle lotte di potere che ne derivano) è parte integrante del nostro "stile di vita moderno."* Bauman (2016) sostiene la necessità di affidarsi al dialogo basato su reciproco riconoscimento, tema che verrà ripreso nei capitoli successivi per sottolineare in quest'ottica l'importanza della dimensione relazionale, non solo nel contesto privato ma anche con professionisti e operatori. In questo capitolo l'esperienza della migrazione verrà approfondita alla luce di considerazioni su come culture e luoghi possano influenzare identità e appartenenze. Verranno sinteticamente presentati sia degli *excursus* storici, volti a mettere in luce le caratteristiche costanti alla base della spinta migratoria e successivamente delle statiche attuali che forniscano una fotografia della società odierna, con particolare riferimento alla realtà italiana e, nello specifico, lombarda, sia per la particolare presenza del fenomeno nella Regione che per delineare il contesto in cui si è svolta la Ricerca. Le grandi ondate migratorie di popoli che muovevano da un luogo all'altro hanno avuto un impatto enorme nel modellare il mondo. Le stesse culture locali sono state spesso radicalmente cambiate e modellate dalla migrazione. Alcuni studiosi hanno sostenuto che la migrazione sia un fenomeno talmente universale da essere parte dell'istinto umano, come avviene per molti animali, uccelli, pesci. (Scott, 1968) Antichissime migrazioni ebbero luogo in uno sfondo di forti mutamenti climatici (glaciazioni, desertificazioni) (Fagan, 1990). Una migrazione verso la Nuova Guinea e l'Australia ebbe luogo 40.000 fa, mentre più controversa è la data della traversata

attraverso il ponte di terra e di ghiaccio degli stretti di Bering con cui avvenne l'originaria colonizzazione delle Americhe circa 15.000 anni fa. Nelle pianure solcate da fiumi nel Medio Oriente, l'intensificarsi dell'agricoltura e il sorgere della civiltà urbana circa 5.000 anni fa trasformò la natura delle migrazioni. Per la prima volta, società organizzate furono in grado di muovere migliaia di persone a scopo di insediamento o di guerra. Le città-stato della Grecia furono probabilmente le prime a praticare la colonizzazione su vasta scala e il deliberato trasferimento di persone a scopo di espansione imperialistica. Dalla fine del Medioevo lo sviluppo degli Stati Europei e la loro colonizzazione di gran parte del resto del mondo diedero un nuovo impulso a migrazioni a lunga distanza "coloniali". Dall'inizio del XVI Secolo a quello del XIX le rotte principali andavano dall'Europa Occidentale all'America e Caraibi. E' impossibile quantificare con precisione il numero complessivo dei migranti durante questo periodo, ma una delle stime è che tra il 1500 e il 1800 l'espansione dell'Europa verso il nuovo Mondo vi trapiantò circa due milioni di Europei e sei milioni di schiavi africani (Emmer, 1993). La scala della migrazione atlantica degli schiavi fu assai maggiore di qualunque altra migrazione, volontaria o involontaria, fino all'inizio del XIX secolo, uno degli eventi più tragici nella storia della popolazione mondiale. Man mano che la tratta degli schiavi si esauriva, un nuovo flusso di migranti muoveva tra i continenti: i lavoratori asiatici, indiani e cinesi, venivano sfruttati per la loro forza-lavoro. Dopo il 1850, gli europei presero a dominare la migrazione intercontinentale. La migrazione di manodopera ebbe il suo massimo sviluppo nel dopoguerra, nei decenni che seguirono il 1945. Dal 1950 al 1970 migrarono in massa dalle zone rurali. Dagli anni '80 vi sono stati cambiamenti fondamentali (Castles, Miller, 1993), conducendo a una globalizzazione della migrazione, portando i paesi di destinazione a ricevere migranti da una zona sempre più ampia di origini geografiche e di ambienti sociali e culturali. Da allora le migrazioni sono diventate sempre più differenziate: i paesi ricevono una maggior varietà di "tipi" di migrazione, che vanno dalla manodopera alla ricerca di un soggiorno a lungo termine o permanente, ai migranti qualificati, ai rifugiati, fino ad arrivare ai migranti illegali o quelli "pendolari", che sostano solo per un periodo di tempo limitato. (Massey , & Jess ,2001) .

Secondo i dati del dipartimento dell'ONU per gli Affari economici e sociali (Un- Desa), il numero dei migranti internazionali ha continuato a crescere negli ultimi quindici anni: mentre nel 2000 erano 173 milioni, nel 2015 ben 243,7 milioni di persone nel mondo vivevano in un Paese diverso da quello di origine, di cui la componente femminile era del

48,2%, dato che, confermando quello del 1990, permette di sottolineare che uno dei caratteri delle migrazioni del nuovo millennio consiste proprio nel ruolo sostanzialmente paritario dei generi nei flussi internazionali. (ONU, International Migration Report, 2016). E' molto probabile che questo dato non tenga adeguatamente conto dei migranti "senza documenti" (Caritas e Migrantes, 2015). Va dunque precisato che secondo le stime dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) la quota dei Migranti irregolari sul totale dei flussi internazionali ammonterebbe al 10-15%. Dal 1990 al 2015 il numero delle persone che hanno lasciato il proprio paese d'origine è aumentato del 59,7%. Nel 2015 in totale i migranti rappresentavano il 3,3% dell'intera popolazione mondiale, rispetto al 2,9% del 1990. L'Europa, ospitando il 31,2% del totale dei migranti internazionali, risulta assieme all'Asia e al Nord America tra le aree con maggior presenza di migranti internazionali.

Per quello che riguarda in particolare la realtà italiana, l'immigrazione è andata sistematicamente aumentando nell'ultimo quarto di secolo, modificandosi continuamente. Verranno analizzati gli aspetti psicologici del fenomeno migratorio, confrontandoli con ciò che può invece presentare una valenza e un segnale psicopatologico.

Infine si affronterà il tema delle famiglie straniere e dei cambiamenti in esse riscontrati, focalizzandosi ampiamente sulle figure femminili, e sui vissuti dell'esperienza migratoria vissuta dalle donne, tra tradizione e modernità, anche in questo caso con riferimenti alla psicopatologia, che, nello specifico, tende ad assumere valenze psicosomatiche.

Migrare da uomo non equivale al farlo da donna, infatti le motivazioni che spingono alla partenza non sono le stesse, così come le opportunità una volta raggiunta la meta. I motivi sentimentali sono tra quelli che spingono maggiormente le donne alla partenza, così come tra loro le motivazioni religiose e culturali sono più incidenti di quanto non lo siano tra gli uomini (Maciotti, Pugliese 2003). Pluralità di motivazioni e disponibilità al cambiamento anche sul piano culturale sembrano caratterizzare le migrazioni di donne, pur con tutte le eccezioni possibili e pure nella scarsità di studi a riguardo: quelli sull'immigrazione che muovono da un'ottica di genere non sono, ancora ad oggi, molti, mentre si avverte sempre più la necessità di ricerca e riflessioni che non accomunino sotto un'unica direzione di immigrati realtà diverse e molteplici.

Le donne migrano verso l'Italia per varie ragioni, da sole o con un parente, a volte con amici, o per sfuggire a situazioni private problematiche. Hanno ormai chiaro che la lontananza può durare a lungo, che a volte il distacco dalla patria può mutarsi in un addio. Cercano di vivere al meglio il proprio soggiorno in Italia e fa parte di questo processo la ricerca di contatti con altre persone (inizialmente, con maggior probabilità con uomini e donne del proprio Paese, successivamente con chi vive situazioni problematiche, anche se di origine diversa, dal momento che la comunità nazionale dopo un po' di tempo appare troppo stretta e si subisce una sorta di controllo sociale che si cerca di evitare uscendone e avventurandosi in ambienti frequentati da altri Immigrati o da Italiani.) Anche alla luce di queste considerazioni il Progetto di Ricerca si è svolto presso un Centro in cui stranieri di provenienze diverse, così come utenti italiani, condividono spazi, servizi ed esperienze.

## 1.2. L'ESPERIENZA DELLA MIGRAZIONE

*“Raccontami altre cose. Raccontamele in modo che io le possa raccontare ai miei figli.” supplicò Kulwant “Loro pensano che la nostra storia sia cominciata solo nel momento in cui siamo arrivati in Inghilterra. Come se non fossimo mai esistiti prima.”*

Ravinder Randhwa, 1996

Questa breve ma significativa frase del romanzo di Randhwa ci permette di porre l'attenzione rispetto ai rischi che spesso si celano dietro l'uso del termine immigrato. Si può infatti facilmente incorrere nel pericoloso equivoco di appiattare su un unico profilo esperienze e ragioni completamente diverse, conferendo uno statuto quasi ontologico a quello che invece rappresenta solo un tratto dell'esistenza di molti individui, una necessità, una scelta o entrambe.

Alla fine del secondo millennio, circa 120 milioni di persone vivevano in Paesi diversi da quello di origine o come rifugiati o come emigranti. Si tratta di circa il 2% della popolazione mondiale e, tuttavia, questa percentuale modesta è in realtà espressione di un fenomeno che interessa tutti i Paesi e la cui rilevanza sociale è ben superiore a quella indicata dalle cifre, come notano Stephen Castles e Mark J. Miller (2012) nel testo “The Age of Migration”, divenuto un riferimento per leggere le dinamiche che hanno segnato la contemporaneità. Gli autori mettono in evidenza come le implicazioni delle migrazioni internazionali non riguardino solo i diretti protagonisti dell'esperienza migratoria ma anche le altre persone ad esse collegate e, in generale, il contesto sociale complessivo delle aree di arrivo e di provenienza.

Come verrà nel dettaglio messo in luce, anche in altre epoche si sono verificati flussi migratori su vasta scala o incrementi dei movimenti di popolazione. Basti pensare, per quel che riguarda l'Italia e in generale l'Europa, alla grande emigrazione transoceanica a cavallo tra Ottocento e Novecento, che ha portato verso l'America milioni di persone provenienti dai vari Paesi d'Europa, o ancora alle grandi migrazioni intraeuropee degli anni Sessanta e Settanta, che hanno visto gli Italiani stessi protagonisti della scena migratoria. Tuttavia, la fase attuale presenta novità e aspetti particolarmente interessanti proprio per il carattere globale dei movimenti migratori, per la contemporanea partecipazione, nelle direzioni più varie, di popoli da ogni parte del Mondo.

Parlare di “Età delle migrazioni” è dunque corretto non solo per l'elevata portata degli spostamenti di popolazione, ma anche e soprattutto per la rilevanza della questione in tutti i Paesi, sia di partenza che di arrivo. Tale età è caratterizzata innanzitutto da una

*globalizzazione* delle migrazioni internazionali, che si esprime attraverso la progressiva crescita del numero dei paesi interessati, con la partecipazione all'esperienza migratoria di paesi e popoli che prima ne erano esclusi. Si può affermare che per molti versi i protagonisti più significativi dell'esperienza migratoria, sono diversi rispetto a quelli del passato, quando la grande epopea migratoria era vissuta dagli europei: oggi i flussi sono costituiti soprattutto da uomini e donne provenienti dal Terzo Mondo, da Statiche nelle fasi precedenti avevano fatto registrare poche partenze e quasi esclusivamente rivolte verso i Paesi di cui erano Colonie (Maciotti M.I., Pugliese E. , 2003).

Riguardo ai Paesi di arrivo, la grande novità è rappresentata dalla significativa presenza dei Paesi dell'Europa Meridionale, tra cui l'Italia, fra le mete di flussi migratori. In passato questi sono stati paesi di emigrazione e per molti versi continuano ad avere tuttora questa caratteristica.

Si registra inoltre un'*accelerazione* delle migrazioni, una tendenza all'aumento dei movimenti internazionali, per altro legata anche (ma non solo) all'incremento dell'incidenza dei rifugiati.

Un ulteriore aspetto è legato alla *differenziazione* delle migrazioni, una sempre più complessa composizione dei flussi dal punto di vista demografico e sociale, dal punto di vista delle motivazioni e riguardo al modello migratorio che caratterizza i protagonisti dell'esperienza.

Vi è poi la tendenza che Castles e Miller (2012) definiscono *femminizzazione* delle migrazioni, che consistente nell'incremento dell'incidenza della componente femminile all'interno dei flussi e delle comunità di immigrati e nel fatto che spesso le donne divengono le protagoniste delle prime fasi dell'esperienza migratoria.

Infine si sottolinea la *politizzazione* delle migrazioni, vale a dire il fatto che i flussi migratori tendono ad essere progressivamente regolati dalle politiche migratorie dei paesi di arrivo, per quanto non sempre tali politiche raggiungano pienamente gli effetti desiderati, con il risultato di un incremento progressivo di coloro i quali rientrano nell'area della clandestinità e dell'irregolarità.

Attualmente si considerano superate alcune delle tradizionali categorie di classificazione delle migrazioni. Solitamente gli studi sulle migrazioni presentano una serie di specificazioni riguardanti la natura e le caratteristiche del fenomeno. Si parla, ad esempio, di *emigrazione temporanea* ed *emigrazione permanente*, di emigrazione volontaria e *forzata*, o ancora di *emigrazioni interne e internazionali*, di *immigrazione legale e illegale*, e infine di *migrazioni economiche* e di *rifugiati*.

Lo studioso inglese di migrazioni internazionali Russel King (2003) sottolinea come questo tipo di distinzioni sia andato perdendo di rilevanza e che i diversi tipi di emigrazione si trovano ad essere sempre più intrecciati. La distinzione tra migrazioni temporanee e permanenti può essere considerata abbastanza evidente, ma spesso l'intenzione di emigrare per sempre o per tornare presto o tardi risulta essere molto diversa dall'effettivo risultato.

### 1.3. CULTURE, LUOGHI, IDENTITA' E APPARTENENZE

*“Pensai a quanti luoghi ci sono nel mondo  
che appartengono così a qualcuno,  
che qualcuno ha nel sangue e nessun altro li sa.”  
Cesare Pavese*

Nella società contemporanea l'individualizzazione apre ambiti di libertà nuovi per i soggetti determinando una situazione per cui l'appartenenza si configura sempre più come una scelta e, quindi, soggetta alla temporaneità e alla reversibilità. In questo quadro si inserisce anche una crescente mobilità che favorisce la “lacerazione” dei confini, ma anche la possibilità di organizzare in una cornice multi-etnica la propria vita e il vivere insieme (Beck, 2003). Si moltiplicano i luoghi dei sentimenti e delle esperienze e, pertanto, l'appartenenza si manifesta in una pluralità di situazioni.

Il luogo, termine “geografico” per eccellenza, è un concetto in apparenza semplice e auto-referenziato, banalmente definibile in riferimento ad una “porzione di spazio occupata da una cosa o da una persona”. Secondo questa accezione, il luogo è un dato fisico, concreto, una precisa dimensione dello spazio che contiene qualche cosa (Relph, 1996). Almeno due altri elementi si intrecciano tuttavia nella nozione di luogo: “*Il locale, cioè lo scenario dove si svolgono le relazioni sociali, e la localizzazione, cioè l'area geografica comprendente lo scenario dell'interazione sociale dei processi sociali ed economici che operano su una scala più ampia.*” Il “*locale*” è “*l'ambito di strutturazione dell'attività e dell'interazione sociale*”: *la localizzazione implica invece il riferimento a processi operanti a scale diverse (come per esempio quella globale, che proprio in riferimento alla scala locale assume significato).*”(Agnew, 1987). Nel luogo si intrecciano le relazioni sociali, e dal luogo si innescano processi relazionali di portata più ampia. Il luogo non è solo uno spazio contenitore, ad esso sono legati sentimenti soggettivi. “*La gente non si*

*localizza semplicemente, si autodefinisce facendo riferimento al proprio senso del luogo.*” (Crang, 1998). Il luogo diviene “un insieme unico di tratti” dotato di personalità. Diviene contemporaneamente il contesto dell’azione e un centro di significato (che per l’azione costituisce un fattore cogente) (Entrikin, 1991). Il luogo dunque è una categoria interpretativa fondamentale, “nella sua relazione con lo spazio, l’Umanità crea luoghi” (Benko, 1997). Non si limita a differenziare lo spazio in località, cerca di assegnare a questa località una specificità in termini culturali, ne disegna il significato e attribuisce loro un sens, è uno spazio di cui si rivendica l’appartenenza.

Il “suolo patrio” viene così ad essere narrato non solo in qualità di spazio esclusivo di cui difendere i confini da chi “arriva dopo”, ma anche come “etno-passaggio”, simbolico, elemento irrinunciabile della propria etnicità (Smith, 1986), legame indissolubile tra luogo, cultura e natura (Mitchell, 2000).

Il luogo diventa uno strumento per definire i suoi abitanti come “diversi da” ed in tal modo, il luogo assume un ulteriore significato, quello di categoria di differenziazione identitaria. L’identità sancisce le alterità (Tuan, 1974), sia per gli individui che per le comunità.

In una prospettiva di carattere discontinuista in cui l’equazione “luogo certo = identità certa” consente di mappare le differenze dei popoli quali fossero entità culturali fra loro discrete (Fabiatti, 1995), luogo e cultura sembrano inevitabilmente coincidere. Nel mondo contemporaneo, questa relativa stabilità dei luoghi sembra tuttavia essere sottoposta ad una serie di minacce di nuovo tipo, i luoghi si trasformano in “non luoghi”, in spazi privi di una socialità organica (Augè, 1992).

Il discorso sulla “rottura” della stabilità dei luoghi è interpretato nell’ambito più ampio del discorso sulla globalizzazione (McGrew, 1992). Nel parlare di globalizzazione, si fa riferimento all’esistenza di una realtà economica e culturale fatta di interconnessioni e interdipendenze operanti nella scena planetaria, e alla progressiva trasformazione del sistema mondiale sotto la spinta di forze di portata globale che ridefiniscono il mondo come uno spazio sociale unitario. La globalizzazione, intesa come la più vistosa conseguenza della modernità (Giddens, 1990) modifica in maniera profonda le relazioni coi luoghi e “un numero sempre più ampio di persone vive in circostanze in cui Istituzioni “sradicate” che legano le pratiche locali alle relazioni sociali globalizzate.” (Giddens, 1990). La migrazione è intimamente legata alle questioni generali della globalizzazione. Essa

implica l'estensione attraverso lo spazio sia delle relazioni sociali di produzione sia delle reti sociali degli individui e delle comunità etniche.

Nella fase attuale della globalizzazione, uno degli aspetti di maggiore rilievo sono i rapporti tra Nord e Sud del mondo. Stephen Castles (2012) ha individuato le cause essenziali alla base dell'intensificarsi delle migrazioni e delle nuove connotazioni che hanno assunto. Tali migrazioni sono profondamente intrecciate e tuttavia vanno prese in considerazione distintamente. In questo modo si può comprendere come non sia solo la povertà in termini generali a determinare la spinta emigrare ma una serie di squilibri.

L'intensificarsi dei cambi nella nuova fase della globalizzazione non ha migliorato i rapporti fra Paesi ricchi e Paesi poveri. Il risultato del processo è ben evidenziato dai dati forniti dalla stessa Banca mondiale che già nel rapporto dell'anno 2000 (*Attacking Poverty*): *“il mondo vive in una situazione di povertà in mezzo all'abbondanza. Dei 6 miliardi di abitanti del pianeta, 2 miliardi e 800 milioni -circa la metà- vivono con meno di due dollari al giorno e 1 miliardo e 200 milioni vivono con meno di un dollaro. Nei paesi ricchi meno di un bambino su 100 non raggiunge l'età dei cinque anni, mentre nei paesi poveri questa incidenza sale al 20%.”*

Lo stesso rapporto sottolinea come la distribuzione degli effetti positivi dello sviluppo sia diseguale: il reddito medio dei 20 paesi più ricchi è 37 volte più alto della media del reddito dei 20 paesi più poveri, una differenza che si è raddoppiata negli ultimi quarant'anni.

## 1.4. L'IMMIGRAZIONE STRANIERA IN ITALIA E NELLA SPECIFICITA' DEL PANOMARA LOMBARDO

### 1.4.1.ITALIA

Nel 2016 sono giunti via mare in Italia 181 mila migranti, un nuovo *record* di sbarchi dopo i 170 mila del 2014 e i 154 mila del 2015. Con punte di arrivi giornalieri molto consistenti, il mese di Ottobre 2016 ha registrato il numero di sbarchi più consistente dall'inizio dell'anno. Oltre 27mila arrivi. A livello territoriale è la Lombardia a tenere il primato per numero di migranti accolti: a fine 2016 risultavano accolti in Regione 23 mila migranti , il 13% a livello nazionale. (ORIM, 2017).

Gli arrivi via mare si traducono generalmente in richieste di asilo nel nostro Paese: nei primi dieci mesi del 2016 sono state presentate in Italia oltre 98 mila domande di asilo, il dato più alto registrato negli anni (nel 2015 le richieste furono 84 mila). A partire dall'inizio del 2000 gli stranieri presenti in Italia e dotati di permesso di soggiorno erano circa 1.350.000, in larga parte provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

Al 1° gennaio 2016, con un aumento di sole 1.217 unità (+0,03%) rispetto alla stessa data del 2015, sono stati concessi 3.931.133 permessi di soggiorno, di cui il 48,7% riguarda le donne. Rispetto alla durata, il totale dei permessi si ripartisce tra 1.681.169 “con scadenza” (40,5%) e 2.338.435 “di lungo periodo” (59,5%). Distinguendo i permessi nella loro totalità per paesi di cittadinanza, si nota che si distinguono maggiormente il Marocco (13,0%), peraltro una delle comunità di più antica immigrazione in Italia e tra le più numerose, seguito dall'Albania (12,3%), dalla Cina (8,5%) e dall'Ucraina (6,1%). Queste nazionalità nell'insieme arrivano a quasi il 40% del totale dei permessi di soggiorno rilasciati. Va altresì rilevato che le nazionalità con maggiori incidenze di lungo soggiornanti sono quelle presenti da più tempo in Italia, come l'Albania (71,1%), la Tunisia (70,8%) e il Marocco (68,2%).

Per quanto riguarda i permessi di soggiorno a termine è possibile distinguerli per motivo della richiesta. In questo caso, si conferma la prevalenza dei *motivi di lavoro* (42,0%) e di *famiglia* (41,5%). Va sottolineato che il terzo motivo per importanza è quello legato alla *richiesta di asilo* (9,7%) che, rispetto agli anni precedenti, ha sopravanzato il motivo dello *studio*.

I dati diffusi dall'ISTAT sulla popolazione residente mostrano che al 1° gennaio 2016 risiedevano in Italia 60.665.551 persone, di cui 5.026.153 di cittadinanza straniera (8,3%). Le donne straniere erano 2.644.666 (52,6%). La popolazione complessiva è diminuita

rispetto all'anno precedente di 130.061 unità (-0,2%). A inizio 2016, il 58,6% degli stranieri viveva nel Nord, mentre questa percentuale scendeva al 25,4% nel Centro, con un ulteriore calo nel Mezzogiorno (15,9%).

Entrando nel dettaglio regionale, in tre regioni del Nord ed una del Centro è concentrata più della metà dell'intera popolazione straniera presente in Italia (56,2%). In particolare, si tratta della Lombardia (22,9%), del Lazio (12,8%), dell'Emilia Romagna (10,6%) e del Veneto (9,9%).

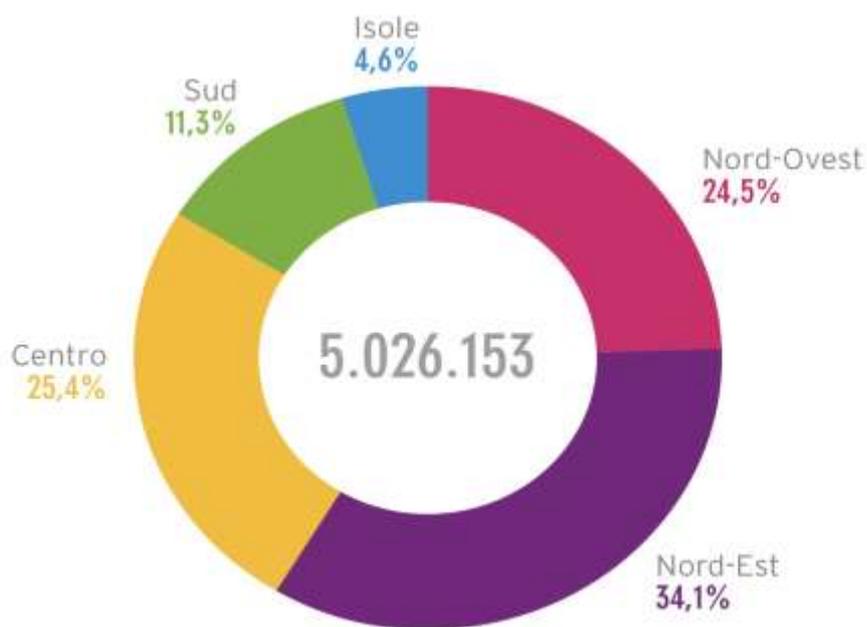


Grafico 1: Popolazione straniera residente per ripartizione territoriale, anno 2016, Rapporto ORIM2017

Al 1° gennaio 2016, in Italia sono presenti 198 nazionalità, su un totale mondiale di 232 (fonte ONU), e dei cittadini stranieri presenti in Italia, oltre il 50% (oltre 2,6 milioni di individui) sono cittadini di un paese europeo. In particolare, poco più del 30% degli stranieri residenti (1,5 milioni) sono cittadini di un paese dell'Unione Europea. La restante parte proviene dagli Stati dell'Europa Centro-Orientale non appartenenti all'UE (1,1 milioni).

I gruppi, le cui quote sono più consistenti, sono i romeni (22,9%), gli albanesi (9,3%) e i marocchini (8,7%): nel complesso, queste tre nazionalità rappresentano il 40,9% del totale degli stranieri residenti.

Nazionalità	Totale	Donne	Uomini	% donne	% di col.
Romania	1.151.395	658.658	492.737	57,2	22,9
Albania	467.687	226.358	241.329	48,4	9,3
Marocco	437.485	201.327	236.158	46,0	8,7
Cina	271.330	134.047	137.283	49,4	5,4
Ucraina	230.728	181.735	48.993	78,8	4,6
Filippine	165.900	94.419	71.481	56,9	3,3

Grafico 2: Nazionalità cittadini stranieri, anno 2016, Rapporto ORIM 2017

La significativa presenza femminile, su cui ci si focalizzerà nei prossimi paragrafi può essere riassunta in questo grafico, estratto dalla rielaborazione dei dati Istat a cura del Rapporto Annuale Immigrazione di Caritas e Migrantes (2017), che mette in luce come le percentuali che una tempo risultavano principalmente legate alla componente maschile si siano equiparate, con anzi una propensione verso quella femminile.



Grafico 3: Popolazione Straniera per ripartizione territoriale e di genere 2016; Rapporto ORIM 2017

In Italia, l'accoglienza e la tutela dei diritti dei richiedenti asilo e dei titolari protezione inter-nazionale è disciplinato dal decreto legislativo n.142/2015 e consiste in un complesso e articolato sistema integrato: coinvolge a diverso titolo istituzioni pubbliche, enti locali e regioni, istituzioni del privato sociale e il mondo *profit*; è organizzato in diverse strutture, a volte alternative tra loro, a volte legate da passaggi sequenziali nell'accompagnamento dei migranti nel loro *iter* di assegnazione dello status di titolare di protezione internazionale:

- Centri di primo approdo: centri per le primissime operazioni di accoglienza, l'identificazione e lo smistamento (*hotspot*);
- Strutture temporanee: Centri di accoglienza straordinaria (CAS);
- Centri governativi per richiedenti asilo: Centri di primo soccorso e accoglienza (CPSA), Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA), Centri di accoglienza a breve termine (CDA). Recenti indicazioni ministeriali, che recepiscono una direttiva comunitaria, prevedono che i centri di accoglienza vengano convertiti in HUB regionali o interregionali, centri concepiti come punti di snodo e smistamento su centri di accoglienza del territorio;
- Centri del Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), gestiti congiunta-mente dagli Enti Locali e dalle realtà del Terzo Settore.

I servizi offerti in questi centri sono tutt'altro che omogenei e scontano la diversità organizzativa affidata agli enti locali, provinciali e regionali.

Il diritto italiano alla salute per richiedenti asilo prevede i medesimi diritti e doveri assegnati agli immigrati regolari e agli italiani, diritti a cui si aggiunge un'esenzione dei contributi di spesa (*ticket*) per i primi 6 mesi dalla richiesta.

#### 1.4.2 L'IMMIGRAZIONE IN LOMBARDIA

L'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multiethnicità (ORIM) svolge in Lombardia un'attività di ricerca e monitoraggio in grado di fornire il quadro aggiornato della presenza straniera e delle associazioni di migranti. La Lombardia detiene ad oggi il primato per numero di migranti accolti: a fine 2016 risultavano accolti in Regione 23 mila migranti, il 13% a livello nazionale (ORIM, 2017). In seguito verranno schematizzati i principali dati, la cui rilevazione può essere utile per comprendere il contesto socio-culturale in cui si inserisce il Progetto di Ricerca

Il seguente Grafico mostra il numero di stranieri Pfp presenti in Lombardia al 1 luglio 2016, suddivisi per Province.

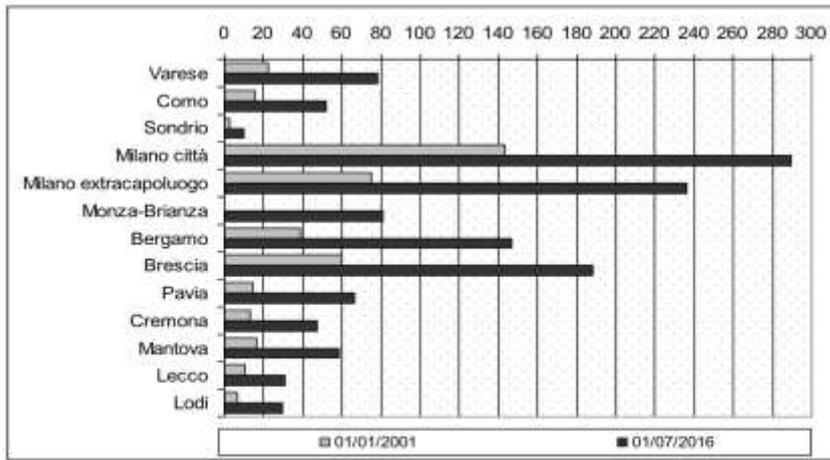
Province	MigSola	V.%	Densità (per 1.000 abitanti) <sup>(a)</sup>
Varese	78,5	6,0	88,2
Como	52,3	4,0	87,2
Sondrio	10,2	0,8	56,1
Milano (di cui)	525,1	39,9	163,5
Copulrogo	289,2	22,0	214,6
Altri comuni	235,9	17,9	126,6
Monza-Brianza	80,6	6,1	93,0
Bergamo	147,0	11,2	132,6
Brescia	188,0	14,3	148,9
Pavia	66,6	5,1	121,8
Cremona	47,2	3,6	131,0
Mantova	58,4	4,4	141,6
Lecco	30,9	2,4	91,2
Lodi	29,7	2,3	128,5
<b>Lombardia</b>	<b>1.314,5</b>	<b>100,0</b>	<b>131,3</b>

Nota: (a) rapporto tra il numero di stranieri presenti al 1° luglio 2016 secondo l'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multiethnicità e l'ammontare anagrafico di popolazione residente prescindendo dalla cittadinanza al 1° maggio 2016 (ultimo dato disponibile a settembre 2016 secondo l'Istat).

Fonte: elaborazioni Ismu su dati ORIM, 2016 e Istat, 2016.

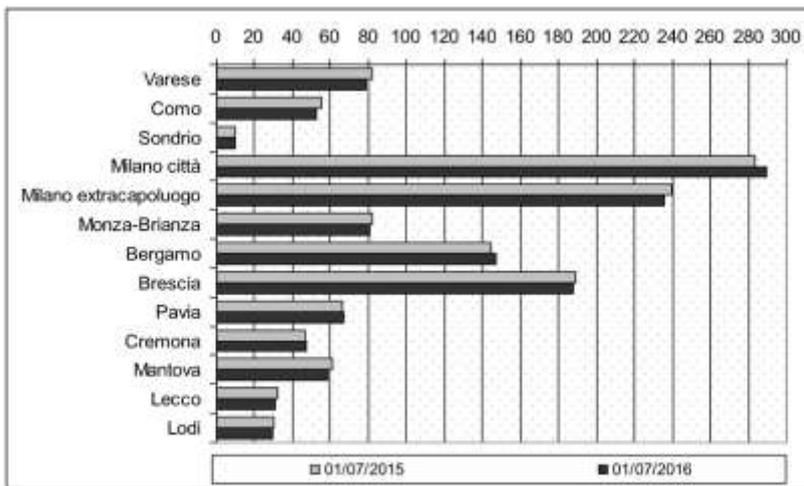
Grafico 4: Numero di stranieri Pfp in Regione Lombardia, al 1 luglio 2016, per Province; Rapporto ORIM 2017, ISTAT 2016

E' possibile sottolineare il dato significativo relativo alla città di Milano che presenta indubbiamente la presenza e densità più elevate. Nel grafico successivo è possibile analizzare più nello specifico le differenze suddivise per le Province della Lombardia, in relazione agli ultimi anni, mostrando un significativo incremento, soprattutto in relazione alla città di Milano.



Nota: (a) il numero di stranieri nell'attuale provincia di Monza e della Brianza è stato conteggiato a sé a partire dal 2005, mentre in precedenza era incluso all'interno di quello della provincia di Milano.  
 Fonte: elaborazioni Ismu-ORIM, 2016.

Grafico 5: Numero di stranieri PfpM presenti nelle provincie della Lombardia, anni 2001-2016;ORIM 2017



Fonte: elaborazioni Ismu-ORIM, 2016.

Grafico 6: Numero di stranieri PfpM presenti nelle provincie della Lombardia, anni 2015-2016; ORIM 2017

Rispetto alle analisi per macroaree relative alla Regione, viene confermato come dai rapporti precedenti il primato degli est-europei con 472 mila unità (4 mila in meno rispetto ai dodici mesi precedenti), che precedono gli asiatici , con 335 mila ( 6 mila in più). Il terzo gruppo per importanza, i nordafricani, si caratterizza con 233 mila unità ( quasi 7 mila in meno rispetto all'anno precedente), ed è seguito dai latino americani, stimati in 166 mila (2 mila in meno) .

Riguardo alle provenienze per singola nazionalità, le stime ORIM e ISTAT confermano ai vertici tra i Paesi con oltre 100 mila presenti: la Romania, con 197 mila unità, il Marocco, con 116 mila e l'Albania con 115 mila. Tuttavia mentre la componente romena prosegue nel suo rapporto di crescita (più 4 mila unità negli ultimi dodici mesi), il Marocco continua il leggero regresso avviato nel 2011, quando aveva toccato la punta massima di 132 mila presenti e l'Albania subisce una consistente riduzione (ben 7 mila unità negli ultimi dodici mesi) scendendo a 116 mila unità. Nella graduatoria delle nazionalità più presenti in Lombardia trovano in seguito spazio sei Paesi con almeno 50 mila unità, in testa ai quali troviamo l'Egitto con 91 mila , seguito dalla Cina con 76 mila, quindi dalle Filippine con 68 mila , dall'Ucraina con 63 mila, dall'India con 57 mila e infine dal Perù con 53 mila. Vanno inoltre segnalati sette Paesi con un numero di presenze compreso tra 20 mila e 50 mila unità, nell'Ordine: Ecuador (47 mila), Pakistan (46 mila), Senegal (42 mila), Sri Lanka (37 mila), Moldovia (27 mila), Bangladesh (24 mila) e Tunisia (21 mila).

Paese	Valori assoluti (migliaia)																	Variazione media annua %	
	1/1 2001	1/1 2002	1/7 2003	1/7 2004	1/7 2005	1/7 2006	1/7 2007	1/7 2008	1/7 2009	1/7 2010	1/7 2011	1/7 2012 <sup>M</sup>	1/7 2013	1/7 2014	1/7 2015	1/7 2016	2015-2016	2001-2016 <sup>M</sup>	
Romania	14,5	19,6	36,8	48,5	66,7	74,2	85,3	155,0	169,1	160,5	172,2	169,8	173,7	188,0	192,0	197,1	2,1	17,8	
Marocco	58,4	63,0	70,6	81,4	94,6	98,6	106,7	115,3	122,5	129,7	131,8	130,0	129,1	125,2	122,8	116,0	-5,6	5,0	
Albania	41,1	47,6	50,4	61,4	67,3	84,1	102,0	105,1	115,8	117,9	118,6	116,4	120,0	122,2	122,5	115,1	-6,0	7,8	
Egitto	31,9	34,8	40,5	42,1	52,8	58,1	64,5	69,8	77,2	76,8	81,7	77,8	82,1	85,4	90,1	91,1	1,1	6,0	
Cina	22,7	23,1	28,1	31,2	40,1	42,1	44,9	46,1	51,8	53,8	59,5	59,6	66,8	68,2	72,1	76,1	5,0	7,5	
Filippine	21,2	21,9	24,9	35,7	41,5	45,4	47,5	48,7	52,0	50,0	62,8	60,0	64,9	67,1	68,5	68,5	-0,1	3,1	
Ucraina	1,3	1,8	15,5	19,3	28,0	30,2	32,7	33,9	41,5	44,8	51,9	52,8	55,1	57,7	60,0	62,6	4,2	27,7	
India	11,8	12,8	16,2	21,0	27,7	31,7	35,5	40,0	50,8	52,1	56,8	56,8	58,0	56,5	57,0	57,0	0,0	10,6	
Perù	19,4	21,1	26,0	31,9	34,6	38,9	42,4	42,0	43,8	47,5	51,7	51,7	54,6	56,0	54,8	53,2	-2,9	7,1	
Ecuador	0,1	7,5	24,0	26,7	37,2	40,7	44,1	44,4	48,4	47,7	50,2	49,1	48,9	47,1	46,1	46,7	-2,9	14,1	
Pakistan	8,1	11,9	14,5	18,4	21,4	24,7	26,6	28,6	32,2	37,0	41,9	41,0	42,5	43,1	45,3	45,8	1,1	10,6	
Senegal	19,9	20,9	24,0	29,6	30,0	30,5	31,8	31,7	35,5	36,0	38,6	38,2	39,4	40,1	41,1	41,8	1,0	4,7	
Sri Lanka	13,4	14,9	17,9	17,7	22,3	22,9	24,8	27,1	31,8	31,7	32,7	33,0	34,7	34,4	36,0	37,2	3,7	6,3	
Moldovia	0,0	0,0	4,2	5,4	9,0	10,2	11,6	14,5	18,7	20,2	26,0	26,9	28,0	28,0	27,8	27,2	-2,1	15,7	
Bangladesh	4,0	5,4	6,4	7,1	10,7	12,4	14,1	15,5	18,6	19,6	21,0	20,8	22,7	23,6	24,6	24,8	-1,3	12,1	
Tunisia	14,2	15,6	15,8	18,2	20,8	22,8	24,2	25,8	27,5	27,1	27,1	25,1	24,6	21,7	22,2	20,7	-7,1	2,0	
Paesi 10 <sup>0</sup>	298,7	332,7	425,8	495,8	624,8	575,5	739,1	831,8	946,8	861,4	1.031,4	1.009,0	1.043,2	1.065,7	1.085,9	1.080,7	-0,5	8,6	
% del totale	71	71	76	77	79	79	79	80	81	81	81	82	82	82	82	82			
Tutti i Paesi	419,8	467,4	557,1	647,6	794,2	800,1	838,1	1.059,7	1.170,2	1.188,4	1.289,2	1.236,7	1.276,7	1.294,8	1.321,1	1.314,5	-0,5		

Grafico 7: Stima degli stranieri Pfpm presenti in Lombardia , al 1 gennaio 2001 e al 1 luglio 2016, Paesi di provenienza, Rapporto ISTAT 2016

Alla luce della natura del Progetto di Ricerca, che mette al centro dell'indagine utenti di genere femminile, risulta rilevante dar luce alle statistiche relative alle differenze di genere in relazione alla regione Lombardia, nel cui capoluogo è collocato il Centro San Fedele, presso la cui Assistenza Sanitaria si è svolto lo studio che verrà successivamente presentato. Le stime ORIM e ISTAT prospettano la presenza in Lombardia di 658 mila cittadini di Paesi Pfp di sesso femminile e quasi altrettanti (657 mila) di sesso maschile, mettendo in luce, come già per la prima volta nel 2015, il simbolico sorpasso delle prime sui secondi. Il rapporto è sempre tendenzialmente sceso nel tempo dai valori di un decennio fa di 117 maschi ogni cento femmine a circa 110 a 100 nel 2010, fino a 102 nel 2014 e il pressochè totale equilibrio di genere registrato nell'ultimo biennio, anzi con il sorpasso numerico delle femmine sui maschi.

Province	1/7 2006	1/7 2007	1/7 2008	1/7 2009	1/7 2010	1/7 2011	1/7 2012	1/7 2013	1/7 2014	1/7 2015	1/7 2016
Varese	106,3	101,7	102,0	108,2	104,2	98,1	92,2	97,5	90,6	88,7	86,9
Como	134,1	106,4	100,5	100,7	101,8	97,4	101,7	97,8	95,4	90,1	93,5
Sondrio	91,4	97,8	84,8	96,4	93,4	82,1	85,2	80,6	77,7	81,3	87,0
Milano	108,0	109,7	114,7	113,8	107,0	103,8	102,8	103,5	103,4	103,9	102,0
Capoluogo	105,3	106,1	115,1	113,9	108,5	102,9	106,4	99,5	107,6	104,8	105,1
Altri comuni	111,8	114,8	114,2	113,6	104,9	105,0	98,5	108,6	98,5	102,8	98,3
Monza-Brianza	113,2	109,5	111,5	110,6	106,9	101,6	101,3	97,7	97,5	90,5	90,8
Bergamo	132,7	127,0	127,4	116,1	118,8	112,4	107,8	108,7	106,0	102,8	103,8
Brescia	129,2	125,9	123,1	122,1	117,5	114,8	114,8	109,6	107,8	102,5	103,4
Pavia	116,9	107,9	105,4	104,1	109,8	105,1	102,1	96,3	95,0	91,9	95,9
Cremona	123,4	113,8	126,7	119,8	113,6	114,8	103,5	104,0	99,2	100,7	101,5
Mantova	123,7	114,2	124,6	121,6	114,9	110,4	109,6	107,8	105,9	103,4	99,4
Lecco	121,5	119,9	118,2	120,2	111,7	111,9	108,9	110,2	95,9	92,2	103,5
Lodi	121,3	112,9	118,1	113,6	114,0	108,2	105,7	102,4	98,4	99,1	101,1
Totale	117,0	113,8	116,0	114,3	110,5	106,6	104,7	103,8	101,8	99,7	99,8

Grafico 8: Maschi ogni 100 femmine tra gli immigrati provenienti da Pfp presenti in Lombardia. Anni 2006-2016, per Province, ISTAT 2016

In relazione agli aspetti socio- demografici per fornire un quadro dettagliato della Regione Lombardia, vengono presentati i dati relativi a età, anzianità migratoria, stato civile, istruzione e religione.

	Macroarea di cittadinanza	Età mediana (in anni)	% con almeno 40 anni	% con almeno 50 anni	
Uomini	Est Europa comunitari	37	36,1	5,2	
	Est Europa non comunitari	37	39,4	11,4	
	Asia	36	39,2	13,4	
	Nord Africa	37	41,9	14,7	
	Altri Africa	32	28,2	8,5	
	America Latina	37	41,8	10,1	
	<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>38,0</b>	<b>11,5</b>	
	<b>Totale 2015</b>	<b>35</b>	<b>36,2</b>	<b>10,8</b>	
	<b>Totale 2014</b>	<b>36</b>	<b>39,0</b>	<b>11,8</b>	
	<b>Totale 2013</b>	<b>36</b>	<b>37,9</b>	<b>11,1</b>	
	<b>Totale 2012</b>	<b>35</b>	<b>35,4</b>	<b>8,4</b>	
	<b>Totale 2011</b>	<b>34</b>	<b>33,6</b>	<b>9,3</b>	
	<b>Totale 2010</b>	<b>34</b>	<b>31,5</b>	<b>7,1</b>	
	Donne	Est Europa comunitari	36	39,9	12,0
		Est Europa non comunitari	38	49,4	21,7
Asia		34	31,1	8,2	
Nord Africa		35	30,5	8,2	
Altri Africa		34	32,9	9,0	
America Latina		38	43,9	15,3	
<b>Totale</b>		<b>36</b>	<b>38,7</b>	<b>12,9</b>	
<b>Totale 2015</b>		<b>37</b>	<b>42,4</b>	<b>12,2</b>	
<b>Totale 2014</b>		<b>35</b>	<b>37,7</b>	<b>14,2</b>	
<b>Totale 2013</b>		<b>36</b>	<b>36,8</b>	<b>11,7</b>	
<b>Totale 2012</b>		<b>35</b>	<b>34,1</b>	<b>11,8</b>	
<b>Totale 2011</b>		<b>35</b>	<b>34,2</b>	<b>11,5</b>	
<b>Totale 2010</b>		<b>33</b>	<b>30,6</b>	<b>8,4</b>	

Grafico 9: Caratteristiche anagrafiche della popolazione con almeno 15 anni di età proveniente da Pfpm e presente in Lombardia nel 2016, per genere e macroarea di appartenenza; ORIM 2017

Il primato del gruppo meno giovane è riferibile invece alle donne est-europee, le quali condividono con le latinoamericane un'età mediana di 38 anni ma soprattutto sono le uniche che sfiorano una quota di ultraquarantenni del 50% al proprio interno e – notazione ancora più rilevante – nel 22% dei casi totali risultano perfino ultracinquantenni, la quale ultima cosa vale invece per meno del 13% del totale delle donne di tutte le provenienze, e per meno del 12% degli uomini del complesso dei Paesi presenti in Lombardia nel 2016.

Le donne est-europee d'altra parte, nonostante l'età più elevata, non sono quelle con l'esperienza migratoria maggiore in Italia ma arrivano sul territorio nazionale già “mature”, mentre invece – ed è questa un'altra particolarità del territorio lombardo – più del 60% delle latinoamericane ultraquattordicenni sono qui da oltre un decennio.

I seguenti grafici sono relativi allo stato civile, indice che fa riferimento alla dimensione relazionale, e al titolo di studio, che si riferisce al proprio percorso di formazione

Stato civile	Classe d'età									Tot.	Tot. 2015	Tot. 2014	Tot. 2013	Tot. 2012	Tot. 2011	Tot. 2010
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55+							
<b>Uomini</b>																
Celibe	99,0	95,2	73,9	46,3	26,4	9,7	8,6	3,7	2,2	39,2	39,2	36,0	37,7	37,5	40,8	43,4
Coniugato	1,0	4,8	26,1	52,1	68,0	85,0	89,5	81,9	83,4	56,9	56,7	58,0	58,6	58,1	54,6	52,4
Vedovo	..	..	..	..	..	0,2	0,1	0,8	6,5	0,4	0,4	0,5	0,6	0,3	1,1	0,6
Divorziato, separato	..	..	..	1,5	5,6	5,1	1,7	13,7	7,9	3,5	3,6	5,4	3,1	4,1	3,6	3,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Donne</b>																
Nubile	96,8	72,9	43,2	25,7	19,9	6,6	9,5	9,3	11,1	27,6	26,2	26,4	24,8	26,4	27,6	29,2
Coniugata	1,5	24,4	53,8	66,4	68,9	69,1	67,3	54,6	49,7	57,3	59,5	58,2	59,2	57,1	55,5	57,6
Vedova	..	..	..	1,5	0,3	1,7	3,8	8,1	17,6	2,7	2,4	3,6	3,3	3,3	4,4	3,4
Divorziata, separata	1,7	2,7	3,0	6,4	10,9	22,6	19,5	27,9	21,6	12,4	12,0	11,8	12,6	13,2	12,6	9,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 10: Stato civile della popolazione con almeno 15 anni di età proveniente da Pfm e presente in Lombardia nel 2016, per genere e classi di età. Valori percentuali; ISTAT, 2016

Titolo di studio	Classe d'età										Tot. 2015	Tot. 2014	Tot. 2013	Tot. 2012	Tot. 2011	Tot. 2010
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55+	Tot.						
<b>Uomini</b>																
Nessuna formale	3,1	6,2	6,9	1,9	2,2	4,5	2,5	2,5	2,2	3,6	3,1	3,6	3,9	4,5	5,7	8,9
Scuola dell'obbligo	73,5	52,1	46,8	59,9	52,4	46,1	49,5	40,3	32,3	51,8	50,7	43,6	46,4	39,8	38,5	39,5
Sc. sec. superiore	23,4	37,4	34,7	24,9	37,2	36,3	31,7	36,7	32,0	33,3	36,1	41,3	38,9	43,4	44,1	40,2
Universitario	-	4,3	11,6	13,3	8,2	12,9	16,3	20,5	13,5	11,3	10,0	11,5	10,9	12,3	11,6	11,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Donne</b>																
Nessuna formale	6,5	1,1	0,5	1,1	2,2	5,5	2,8	4,4	1,9	2,6	3,0	2,0	3,0	3,2	4,8	5,4
Scuola dell'obbligo	57,3	36,2	41,3	41,3	37,7	41,0	48,5	31,0	38,6	41,0	42,2	32,6	36,7	33,5	30,1	32,0
Sc. sec. superiore	36,3	49,8	35,6	40,2	41,0	38,2	35,1	41,5	34,5	39,1	40,0	47,9	43,7	45,6	47,8	43,8
Universitario	-	12,9	22,6	17,4	19,1	15,3	13,6	23,0	25,1	17,3	14,8	17,4	16,7	17,7	17,3	18,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 11: Titolo di studio raggiunto dalla popolazione con almeno 15 anni di età proveniente da PfpM e presente in Lombardia nel 2016, per genere e classe d'età; ISTAT 2016

La maggioranza assoluta sia degli uomini che delle donne risulta coniugata, e per la precisione oggi il 57% di entrambi i generi con riferimento alle popolazioni con almeno 15 anni di età, in crescita rispetto al 52% del 2010 gli uomini, e in lievissima diminuzione rispetto al 58% di sei anni fa per le donne. Nel dettaglio dello stato civile, al di là dei single e delle single e delle poche vedove e ancor meno vedovi, permane nel 2016 una significativa presenza di divorziate o separate tra le donne, pari costantemente al 12-13% del collettivo femminile ultraquattordicenne da inizio decennio, molto superiore al 3% d'incidenza di divorziati o separati tra gli uomini.

Andando a valutare le credenziali formative dei migranti, l'ottica di medio periodo rispetto al 2010 ci ricorda come la quota di ultraquattordicenni maschi senza alcun titolo di studio sia costantemente scesa dal 9% di allora al 3% del 2015, risalendo solamente di qualche decimo di punto percentuale nel 2016; e al femminile da più del 5% di sei anni fa a meno del 3% degli ultimissimi tempi; mentre l'incidenza di laureati nello stesso lasso di tempo tra gli uomini è sempre oscillata fra il 10% e il 12%, e quella di donne tra il 15% e il 18%.

Il reddito mediano delle famiglie straniere immigrate in Lombardia si conferma nel 2016 di 1.500 euro al mese, pari a quelli sia dell'anno precedente 2015 sia d'inizio decennio, avendo per ora solamente recuperato gli standard di cinque anni prima dopo il

peggiore delle condizioni nel 2012 e soprattutto nel 2013-2014, biennio nel quale tale reddito mediano familiare era sceso a 1.300 euro al mese

Macroarea di cittadinanza	Reddito mediano (in euro)						% con rimesse mensili > 100 euro					
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2016	2015 <sup>(1)</sup>	2014	2013	2012	2011
Est Europa UE	1.600	1.800	1.600	1.500	1.500	1.500	32,5	22,5	25,4	21,8	25,1	30,6
Est Europa non UE	1.550	1.500	1.400	1.500	1.500	1.500	35,0	29,0	36,8	29,0	31,6	37,1
Asia	1.300	1.500	1.400	1.200	1.500	1.500	37,0	29,6	36,3	27,5	30,6	33,6
Nord Africa	1.400	1.300	1.200	1.200	1.300	1.400	32,1	19,3	23,0	19,4	21,4	27,1
Altri Africa	1.200	1.200	1.000	1.100	1.250	1.300	33,0	24,5	25,0	31,3	32,4	37,8
America Latina	1.500	1.400	1.500	1.500	1.400	1.500	27,2	31,4	28,7	27,8	30,8	36,3
Totale	1.500	1.500	1.300	1.300	1.400	1.500	33,2	26,2	30,0	25,7	28,3	33,3

Grafico 12: Indicatori relativi al reddito e alle rimesse familiari mensili dei cittadini provenienti da Pfp e presenti in Lombardia, per macroarea di cittadinanza; ISTAT 2016

Dal momento che una delle problematiche più significative è relativa alle soluzioni abitative, con ripercussioni anche sul benessere e sulla qualità di vita dei minori in caso vi siano figli, il grafico seguente presenta la distribuzione di frequenza delle tipologie di alloggi.

Dato l'interesse del Progetto di Ricerca all'area del benessere psicofisico e della qualità di vita, e dal momento che esso si svolge in una realtà che si prende carico di tali aspetti, eppure esterna al Sistema Sanitario Nazionale, si ritiene d'interesse il dato relativo all'accesso dei Servizi di Cura e Prevenzione delle Persone immigrate in Italia.

Come si può evincere dal grafico il ricorso ai Servizi di Cura delle persone immigrate in Lombardia riguarda prevalentemente il medico di medicina generale (o di famiglia) nel 71,6% dei casi, seguono le visite specialistiche presso il Servizio Sanitario Regionale (43,4%) e l'accesso al pronto soccorso (29,9%). Di minore rilevanza ma non trascurabile il ricorso ad altre strutture: 9,7% le visite specialistiche a pagamento e 3,4% il ricorso a servizi medici del volontariato. A livello nazionale sono il 50% le persone che nel 2013 hanno fatto ricorso ad almeno una visita specialistica, di queste, il 58% hanno pagato le prestazioni per intero o il ticket (Istat, 2014).

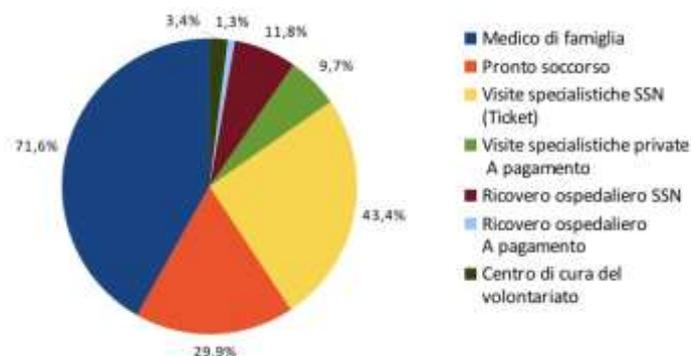


Grafico 13: Tipologie familiari di riferimento rispetto alle macroaree d'origine e al genere. Valori percentuali, Lombardia 2016; ORIM 2017

Inoltre, dal momento che il Progetto di Ricerca ha luogo in un Centro che offre Servizi di Prima Accoglienza e Assistenza Sanitaria, si propone una breve sintesi su Enti e Associazioni che costituiscono riferimento per gli stranieri in Regione Lombardia.

Al 1 luglio 2015, nel territorio della provincia Milano sono presenti 63 centri di accoglienza gestiti da 20 enti gestori, classificabili in base alla loro dimensione (Naga, 2016):

1) Grandi centri: edifici di ex aziende, ex pensionati, dormitori, tendopoli (es. HUB di Bresso); 2) Centri medi: uffici organizzati su più piani, grandi appartamenti, dormitori oppure ex centri diurni; 3) Centri piccoli: appartamenti, cascine, ville, hotel e B&B.

Nel territorio di Milano, il 70% dei richiedenti asilo è ospitato presso le strutture di accoglienza straordinaria (CAS), contro il 30% accolto nel sistema SPRAR locale. I CAS del territorio ospitano circa 2.211 persone, contro le 438 inserite nella rete SPRAR. Ogni struttura può ospitare tra le 10 e le 150 persone (Naga, 2016; Papavero, 2015). L'accoglienza dei richiedenti asilo è affidata ad enti gestori attraverso un bando pubblico promosso dalla Prefettura di Milano in accordo con il Ministero dell'Interno. I servizi garantiti riguardano le seguenti tipologie: assistenza generica alla persona (es. servizi di lavanderia); erogazione pasti (tre pasti al giorno); fornitura di beni di prima necessità ; - servizi di integrazione, che riguardano l'assistenza linguistico-culturale, informazioni sulla normativa e sui propri diritti, sostegno socio-psicologico, assistenza sanitaria, orientamento al territorio. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, è previsto che le strutture di accoglienza dovessero "garantire l'assistenza sanitaria e facilitare la presa in

carico dei beneficiari e la tutela della salute, assicurando la presenza di un operatore sanitario presso la struttura”. Un recente studio realizzato dall’associazione di volontariato NAGA, con oggetto il territorio della provincia di Milano e i suoi centri di accoglienza, ha messo in luce una profonda disomogeneità tra i servizi erogati, incluso quelli socio-sanitari: il presidio medico interno al centro può essere fisso o previsto in determinate giornate; lo stesso accade per il servizio di sostegno psicologico, prevalentemente attivo in orari e giornate specifiche; il servizio specifico di etnopsichiatria è previsto solo in un caso, in convenzione con un centro medico del territorio; lo stesso si verifica sia con riferimento al servizio per le donne vittime di violenza, sia con riferimento alle vittime di tortura, dove rispettivamente solo in un caso è stata stipulato un accordo con un presidio medico territoriale (ORIM, 2016). A Milano e Provincia, oltre alla Prima Accoglienza, sono molti i Servizi offerti ai cittadini stranieri. Quasi tutti però si appoggiano a convenzioni o Progetti finanziati con leggi dello Stato, o della Regione, e/o in partnership con la Provincia e i Comuni, eseguiti da Cooperative, Fondazioni, Enti. Alcuni di questi Progetti esistono da tempo e hanno dimostrato la loro validità ed efficacia . il lavoro delle mediatrici linguistico- culturali negli Ospedali San Carlo e San Paolo, Sacco, Mangiagalli, Macedonio Melloni, Niguarda non solo ha contribuito al benessere e al sostegno della popolazione immigrata, ma ha anche aiutato gli operatori (assistenti sociali, medici, psicologi, infermieri) a comprendere i bisogni e il modo di esprimerli di questa parte della popolazione (Marazzi A.,2012).

Infine una realtà molto diffusa e consolidata è quella dell’associazionismo. Sempre nel 2016, l’ORIM ha monitorato l’associazionismo immigrato, raccogliendo informazioni relative a 483 associazioni di stranieri attive in Lombardia. Le associazioni censite si trovano soprattutto nella città di Milano (30,9%) e nelle provincie di Brescia (16,1%) e di Bergamo (13,3%).Uno dei tratti principali dei gruppi studiati è la loro prevalente connotazione etnico nazionale. Al 81,1% di essi aderiscono cittadini provenienti esclusivamente o in maggioranza da un unico paese, mentre sono soltanto il 18,9% le associazioni di tipo multi-etnico. Con riferimento alle provenienze nazionali, particolarmente numerose sono le realtà promosse da cittadini di Senegal (49), Perù (45) e Marocco (42). Le finalità perseguite da tali associazioni gravitano principalmente tra la polarità del favorire l’integrazione dei cittadini immigrati da un lato e la promozione della cultura e dell’identità paese di origine dall’altro.

## 1.5. ASPETTI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI DEL FENOMENO MIGRATORIO

*Da due pericoli bisogna guardarsi:  
dalla disperazione senza scampo e  
dalla speranza senza fondamento.  
Agostino D' Ippona*

Dalla seconda metà del XIX secolo e nel corso del '900 il fenomeno migratorio è stato approfondito da psicologi e psichiatri che definirono vari filoni di ricerca, dalla "psicopatologia della migrazione" fino all'"etnopsichiatria" e "psichiatria transculturale".

I principali fattori di rischio per il migrante risultano essere: il fallimento o la minaccia di fallimento del progetto migratorio, la dequalificazione del ruolo maschile paterno, la precarietà occupazionale, l'inadeguatezza abitativa, la mancanza di supporto psicoaffettivo, la diversità di costumi e valori, le difficoltà comunicative e d'inserimento sociale, la discriminazione nell'accesso o nell'utilizzo dei Servizi Sanitari e per i minori di quelli Scolastici. (Daher, 2012).

L'impatto con una società distratta e inospitale distrugge le attese e le speranze del migrante che sperimenta un profondo disagio interiore che può degenerare nella malattia mentale. L'allontanamento improvviso e violento da un ambiente conosciuto "mediamente prevedibile" e la successiva esposizione a un ambiente imprevedibile provoca un vissuto di confusione a livello identitario in qualsiasi soggetto. L'assenza della famiglia, del paese, e l'esperienza di forme di esclusione nella nuova realtà producono una miscela di contraddizioni laceranti " come un inferno coperto da un lenzuolo o, in apparenza da un tappeto immobile fatto di tristezza, angoscia e sofferenza" come descritto da Sayad (2002).

Nell'emigrazione l'individuo è immerso in una realtà che evoca il doppio in innumerevoli immagini: doppio paese, doppia lingua, doppia cultura; binomi vicino-lontano, incluso-escluso, accettato-rifiutato, uguale-diverso (Losi, 2000). Il lavoro di elaborazione del doppio verso un'integrazione con il Paese ospitante non è facile. Secondo Leon e Rebecca Grinberg (1984) la difficoltà a differenziare sentimenti contrapposti determina uno stato di malessere psichico che può essere fatto risalire a precedenti conflitti non elaborati, sia alla situazione di effettivo *shock* culturale causato dall'emigrazione. Riprendendo le tesi freudiane, circa la genesi della melanconia dal lutto, non solo quale *"reazione alla perdita della persona amata, o di un'astrazione che ne ha preso il posto, la patria ad esempio, o la libertà o un'ideale"* i coniugi Grinberg spiegano la diversa evoluzione del lutto, patologica o normale, legandola al sentimento di colpa, sia esso di natura persecutoria o depressiva. La colpa persecutoria farà emergere lutti patologici che spesso presentano delle somatizzazioni e sfociano in quadri di melanconia o psicosi. La colpa depressiva invece si manifesta attraverso la preoccupazione, la sofferenza e una tendenza riparatrice autentica tale da permettere una migliore elaborazione del lutto. Le reazioni del soggetto, di fronte alla perdita della cultura di appartenenza, avranno un maggiore o minore contenuto persecutorio a seconda delle relazioni oggettuali precedenti, le quali, già interiorizzate, condizioneranno l'intensità paranoide delle sue risposte di fronte alle inevitabili frustrazioni che incontrerà nel proprio cammino. Nel caso in cui si tende a idealizzare il nuovo Paese, amplificando le qualità positive e sottovalutando il mondo abbandonato, si potrebbero verificare stati d'ipomaniacalità, fugaci e transitori, espressioni di una pseudoidentificazione con la nuova cultura, i costumi e le abitudini della gente del nuovo Paese, cercando di dimenticare il proprio (Devereux, 1970). Pertanto se l'individuo ha una buona capacità di elaborazione supererà la crisi e il trauma, altrimenti avrà smarrimento, sofferenza e malattia. Sono stati descritti dai coniugi Grinberg (1984) nelle esperienze migratorie, sintomi fobici, ansia, insonnia, incubi, come forme dosate e controllate di utilizzazione dell'angoscia segnale, per evitare di essere invasi dall'angoscia catastrofica. Circa l'epoca di insorgenza, Almeida (1972) ha osservato due periodi di maggiore incidenza di comparsa dei disturbi psichici. L'uno durante i primi semestri di soggiorno, l'altro dopo tre-cinque anni oppure tra il quindicesimo-sedicesimo anno di residenza. Anche Nathan (2003) ha osservato nevrosi traumatiche dopo circa quindici anni di permanenza in paese straniero. Cuzzolaro e Frighi (1989) in soggetti emigrati in Italia per cause economiche, hanno rilevato notevole disagio nei primissimi mesi, e una successiva ricaduta dopo due anni, definita "depressione rinviata", dovuta all'esaurirsi

delle difese maniacali utilizzate nel primo periodo per raggiungere e mantenere l'adattamento forzato. In alcuni casi questa depressione rinviata può essere sostituita da disturbi psicosomatici di varia natura, sintomi digestivi, circolatori e respiratori. I disturbi somatici sarebbero espressione di un "pensiero operativo" che manca di simbolismo e creatività e si esprime attraverso il disagio del corpo. I dati presentati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità mettono in evidenza un diretto collegamento tra le migrazioni forzate e la presenza di un'eredità traumatica, incluse torture e violenze. Queste esperienze spesso vengono vissute dai migranti prima e durante il viaggio e possono lasciare profondi disturbi come ansia, panico, insonnia, depressione se non curati adeguatamente. Non si tratta di problematiche facili da identificare: non sempre i bisogni emergono al primo contatto con gli operatori sanitari, ma, al contrario, possono essere latenti e colti solo attraverso un attento approfondimento della storia del migrante e comprensione dei sintomi (Aragona, 2016).

Sono numerosi gli studi e le ricerche-azione che confermano la vulnerabilità psichica dei migranti in transito per ragioni legate sia alle precarie condizioni di vita che a volte caratterizzano le storie dei migranti nei loro Paesi d'origine, sia alle pressioni e ai traumi subiti nel viaggio (Affronti, Bonciani, Forcella, Geraci, Marceca, Russo, 2016). La sofferenza si può manifestare attraverso sintomatologie dolorose espresse sia fisicamente che somatizzate, ma non solo: possono anche rivelarsi attraverso sensazione di smarrimento e incapacità di comprensione (Santone, Madonia, Spina, Benedetti, Nayereh, Tekeste, 2016).

La difficoltà di prendere in carico le problematiche psicopatologiche dei migranti forzati sconta almeno di altri tre problemi. Il primo è legato alla possibile non conoscenza della psicoterapia e dei suoi benefici da parte del migrante. Il secondo riguarda le barriere e i tabù culturali rispetto alla condivisione di eventi personali come possono essere gli episodi traumatici, inclusa la violenza sessuale. Il terzo si ricollega alla normalizzazione degli eventi violenti: da una ricerca antropologica condotta nel centro CPSA di Lampedusa è emerso che un elevato numero di profughi che ha subito violenze prima (il 40%) e soprattutto durante il viaggio (80%), in parti-colare, nella tappa in Libia ha dichiarato di considerare l'evento come inevitabile parte dell'esperienza migratoria (Segneri, Castaldo, Fortino, Costanzo, 2016; INMP, 2016b).

Il lavoro psichico relativo all'iter dell'emigrazione è definito da Alginì (1997) "sofferenza d'identità". Ljitmaer (2001) ritiene che vi sia un'associazione simbolica tra l'impatto emozionale dell'esperienza culturale traumatica della migrazione e le prime relazioni del

bambino con i genitori e la madre in particolare. Non è un caso che spesso si parli di “Paese Madre” e che gli immigrati si sentano privati della funzione di contenimento del paese nativo.

Aktar (1994) paragona il vissuto destabilizzante, innescato dal processo migratorio, al “secondo processo d’individuazione dell’adolescenza”, così come le successive trasformazioni dell’identità dell’immigrato, secondo Aktar, definiscono una “terza individuazione”, processo molto più complesso rispetto a quello dell’infanzia e dell’adolescenza.

Il vincolo sociale del sentimento d’identità è quello che viene colpito in misura maggiore dall’emigrazione, giacché l’emigrato ha perso la gran parte dei ruoli che svolgeva nella sua comunità come membro del gruppo familiare, di lavoro, di amici e politico.

Riflettere sull’impegno e sulle difficoltà da parte degli immigrati a raggiungere una nuova identità, non può non far citare il pensiero di Erikson del 1950, anche egli emigrante, che considera la ricerca dell’identità il tema principale della vita. Lo psicoanalista Lai (1988) usa il concetto di “disidentità” che esprime semplicemente l’idea del continuo cambiamento di ciascun individuo. Non siamo mai identici a noi stessi, anche se siamo “storie di vita”.

Il soggetto che emigra diventa “demiurgo di se stesso”, raggiungendo un sentimento di identità rimodellato” così definito da Grinberg (1984), che riesce a tenere insieme il passato, il presente e il futuro. Tutto deve essere ricostruito in una maniera nuova e necessariamente “sincretica”.

In questa direzione Rotondo (2001) considera incongruente l’immagine dello psichiatra e dello psicoterapeuta, chiusi nella “stanza d’analisi”, in una sorta di assenteismo sociale in cui sono in ombra gli aspetti collettivi, contestuali che un individuo utilizza per costruire e decostruire le varie immagini di sé. Occorre invece far emergere, sia nella clinica e così nella ricerca, la molteplicità, le differenze, le connessioni, abituandosi a gestire la complessità e l’incertezza.

## 1.6. LE DONNE IMMIGRATE, TRA TRADIZIONE E MODERNITA'

*“La speranza è una memoria che desidera,  
il ricordo è una memoria che ha goduto”*

*Honore de Balzac*

Alla luce della natura del Progetto di Ricerca, che si focalizza sull'universo femminile, risulta fondamentale riservare uno spazio all'analisi delle specificità dell'esperienza migratoria nel vissuto delle donne e il legame con variabili psicologiche, benessere psicofisico, dinamiche relazionali e legate alla dimensione familiare. Le donne immigrate portano in sé stesse rappresentazioni, valori e credenze appartenenti sia alla modernità che alla tradizione che determinano comportamenti, scelte di percorsi e di negoziazione nel loro processo di inserimento nella società italiana. Il processo di immigrazione fa oscillare fra due poli (modernità e tradizione) arrivando a costruire situazioni di compromesso o di conflitto secondo le esperienze maturate. La questione aperta è arrivare a capire fino a che punto esse producano una vera e propria trasformazione oppure se si tratti di un cambiamento strumentale o se, come sostengono alcuni, la differenza culturale sia in realtà solo un alibi difensivo da opporre all'angoscia che produce affrontare il cambiamento (Mottana P 1996). Uno dei difficili compiti degli operatori dei Servizi a cui queste donne si rivolgono dovrebbe essere quello di riconoscerle nelle loro diversità di vissuto, di valori e di rappresentazioni. Come sostiene Graziella Favaro (1995) le donne immigrate hanno dimostrato di non costituire "l'anello debole" della catena migratoria e "*di essere portavoce e protagoniste ora della continuità, ora del cambiamento*". Sono dunque proprio le donne i soggetti privilegiati da coinvolgere per progettare insieme iniziative e interventi che mirino a trasformarle in protagoniste dell'integrazione. Oggi la condizione comune dell'essere donne immigrate in un paese straniero implica il dover affrontare una serie di cambiamenti che andranno a colpire, prima o poi, il nucleo centrale delle certezze di cui l'individuo è portatore: il sentimento della propria identità. I cambiamenti riguardano tre ordini di fattori:

- 1) La lingua e i linguaggi comunicativi
- 2) I parametri spazio-temporali
- 3) La rappresentazione del corpo e i conseguenti vissuti a livello corporeo

In primo luogo, il nuovo si riassume nella necessità di adottare una nuova lingua e dei linguaggi comunicativi concernenti gli aspetti più complessi della comunicazione non verbale. Non è sufficiente parlare mediamente l'italiano per poter effettivamente comunicare, dato che le difficoltà maggiori riguardano i codici culturali e il mondo

simbolico che ogni lingua esprime. La capacità di ridere dell'ironia o di emozionarsi per le immagini di una poesia nella nuova lingua non si conquista imparando le regole grammaticali o di sintassi. Si tratta inoltre di comprendere gli aspetti della comunicazione non verbale dove le connotazioni culturali sono più forti, quali la distanza relazionale, la mimica, i gesti, gli atteggiamenti corporei, ecc. Nella comunicazione interculturale questi aspetti sono difficili da decodificare e producono frequentemente dei malintesi (Castiglioni, 1998). Il silenzio ed il grido, ad esempio, sono connotati fortemente dalla cultura. Fin dalla nascita hanno un ruolo importante per la sopravvivenza e per l'inizio della comunicazione con la madre. Didier Anzieu parla di "involucro sonoro", che avvolge il bambino, al pari della pelle. La voce della madre che il neonato riconosce sin dalle prime settimane di vita, può essere paragonata al latte, in quanto lo alimenta attraverso l'udito. Non è un caso che in tutte le culture, le ninna nanne occupino un posto così importante. Il primo grido e il pianto sono legati alla sopravvivenza ma aprono lo spiraglio alla dialettica comunicativa con l'altro. La lingua è un mezzo per mantenere il rapporto con la madre e allo stesso tempo per accettare la separazione. Nel caso della donna immigrante imparare la nuova lingua significa imparare nuovi linguaggi, come ad esempio anche quelli con cui i servizi comunicano con i loro utenti e poter districarsi nell'interazione con gli operatori. Nel 1995, nel Quartiere Baggio di Milano, con il Finanziamento del Direzione Generale V della Comunità Europea è stato attivato un progetto azione-comunitario rivolto a donne straniere per facilitare l'integrazione attraverso una maggior alfabetizzazione all'uso dei Servizi pubblici e privati presenti sul Territorio. Si è rilevato che le difficoltà all'accesso erano determinate dalla scarsa conoscenza dei mezzi comunicativi: leggere i cartelli o delle prescrizioni, riempire un formulario, ma anche distinguere le diverse figure professionali e formulare domande in modo adeguato, comprendere il senso di un'indicazione o di una risposta erano vissuti come paralizzanti e interrompevano il *feedback* comunicativo, ostacolando in maniera significativa l'accesso ai Servizi. Parlare con il medico, o con l'insegnante del proprio figlio, può risultare estremamente problematico, se non si conoscono le aspettative dell'altro: cosa dire e cosa non dire e con quali parole. Ecco dunque la centralità della valutazione degli aspetti legati alla relazione, che avrà un ruolo centrale nel Progetto di Ricerca. Un secondo fattore importante di cambiamento riguarda le coordinate spazio- temporali, cambiamento difficoltoso da raggiungere senza un grande dispendio di energia psichica. Esso comporterà una trasformazione:

- a) Della rappresentazione concettuale del tempo

- b) Delle coordinate che regolano il senso di orientamento
- c) Dei ritmi vitali dovuto alle nuove condizioni climatiche e nel ciclo delle stagioni.  
(Castiglioni, 2001)

La questione del tempo è sicuramente strettamente legata con il lavoro, con la funzione produttiva. Tuttavia nelle donne immigrate produce una serie di alterazioni che si relazionano con una “disarticolazione del ciclo corporeo”, dovuta ai cambiamenti del ritmo dei pasti, all’adozione di nuovi abbigliamento, all’aumento nella velocità degli eventi quotidiani. L’alterazione o la sospensione dei cicli mestruali e la comparsa di sintomatologia di tipo psicosomatica sono le manifestazioni più vistose e tuttavia frequenti. Uno dei motivi più ricorrenti da parte degli operatori dei servizi rispetto alle utenti straniere è la mancanza del rispetto delle regole di funzionamento riguardanti gli appuntamenti, gli orari, la puntualità. Daryush Shayegan (1996) sostiene a questo proposito che gli occidentali tendono a entrare in crisi rispetto al differente ritmo degli immigrati, proprio perché possiedono una diversa percezione del tempo e dello spazio.

Infine un terzo ordine di cambiamenti che avvengono riguarda il corpo, dove natura e cultura, biologia e psichismo si incrociano. Il corpo è il luogo dove la donna incontra funzioni produttive e riproduttive che determinano comportamenti riguardo la domanda di salute e le scelte inerenti la cura di sé, dei figli e della famiglia.

Favaro e Tognetti Borgogna (1995) tra le poche che hanno studiato per un lungo arco di tempo le donne migrate rilevano che una delle difficoltà da esse incontrate è la mancanza di tempo per sé, aggravata, evidentemente, dell’abitare presso datori di lavoro; sottolineano che la difficoltà dei processi di ridefinizione della propria identità, in situazioni in cui appare problematica anche la vita affettiva.

*“Le donne immigrate, indipendentemente dalla loro disponibilità e dalla loro ricerca di cambiamento, non vivono solo tra due culture, ma sono costrette a fronteggiare ed elaborare i vincoli e le restrizioni a cui sono sottoposte nei Paesi di origine e a sviluppare delle modalità di comportamento nuove, che non sono né quelle del Paese di origine, né quelle del Paese di accoglimento.”* (Favaro e Tognetti, 1991)

Le donne, non preparate in genere all’idea di partenza e insediamenti solitari nei paesi lontani, a una vita fuori dal contesto familiare, vivono con un forte senso di lacerazione un’esperienza che sconvolge la loro esistenza ed esige una reimpostazione dei ruoli, che lascia in situazioni di precarietà e isolamento. È difficile raggiungere nuovi equilibri, interiorizzare- ma non troppo- nuovi modelli. Non troppo perché questo vorrebbe dire una rottura definitiva con il proprio partner, con la famiglia d’origine. Ma anche non troppo

poco, perché ciò implicherebbe solitudine estrema e, con ogni probabilità, malattie psicosomatiche: areofagia, mal di stomaco, a cefalee riscontrate tra le donne esaminate dalle due studiose (eritree, filippine, egiziane, cinesi). (Favaro e Tognetti, 1991)

Le donne migrano verso l'Italia per varie ragioni, da solo con un parente, o volte con amici. Possono raggiungere un pattern o senza avere già legami precedenti, anzi a volte giungono anche per sfuggire a situazioni private problematiche. Hanno ormai chiaro che la lontananza può durare a lungo, che a volte il distacco dalla patria può mutarsi in un addio. Si cerca comunque ormai di vivere al meglio il soggiorno in Italia: fa parte di un può di questo processo la ricerca di contatti con altre persone. Inizialmente, con maggior probabilità con uomini, con uomini e donne del proprio paese. Ma laddove esistono flussi femminili consistenti, nasce uno specifico associazionismo femminile: come ad esempio nel caso delle donne capoverdiane. La comunità nazionale dopo un po' di tempo appare, di regola, troppo stretta, poiché vi si subisce una sorta di controllo sociale che si evita uscendo dalla comunità, avventurandosi in ambienti frequentati da altri immigrati o da italiani. Non è quindi difficile spiegarsi come mai oggi, rispetto al passato, si noti in Italia un moltiplicarsi di associazioni di donne immigrate che hanno fatto da sostegno e punto di riferimento per le connazionali nel primo impatto con la realtà italiana, che sono state capaci di agevolare l'inserimento delle donne, quando non ci si trovava più in una situazione di emergenza e si evidenziavano invece problemi di ordine diverso, legate alla lunga durata del soggiorno: mentre è relativamente facile adattarsi per qualche mese a non avere uno spazio, del tempo proprio, questo può diventare sempre meno tollerabile col passare degli anni. Le associazioni di donne immigrate hanno quindi anche operato per procurare migliori situazioni di alloggio. Sono intervenute a volte per agevolare l'apprendimento della lingua da paese ospitante, ma anche di quella del paese di origine non sempre nota alla generazione dei figli. In certi casi hanno svolto un ruolo nel far conoscere ai bambini e ai ragazzi il paese di origine dei genitori. Oggi possono intervenire anche incoraggiando cooperative o altre forme associative intese all'inserimento nel mondo del lavoro con attività gestite in proprio, femminile, e possono far parte di più vaste reti associative.

## 1.7. CORPO, MALESSERE E DISAGIO PSICHICO NELLE DONNE IMMIGRATE

*“Seppur serbassimo il più assoluto silenzio e non dicessimo nemmeno una parola, le nostre vesti e i nostri corpi ti direbbero la vita che abbiamo condotto”*

*William Shakespeare*

Uno dei temi cardine al centro dell'attenzione di gran parte della letteratura sul tema dell'esperienza della migrazione vissuta dalle donne è legato alla questione del corpo femminile, inteso come punto di incrocio tra natura e cultura, spesso segnato dalla violenza e nelle sue funzioni riproduttive. Il vissuto del corpo nelle donne immigrate appare fortemente allacciato alla cultura di appartenenza, considerando che sia per la costruzione dei sistemi di parentela sia per la rappresentazione del genere, della procreazione, *“tutto parte dal corpo”* (Heritier F., 1997).

In alcune situazioni nella salute (le cure estetiche, il vestiario, ma anche la gravidanza e il parto) e nella malattia (i sintomi psicosomatici, l'attenzione smisurata a ogni segno del corpo, la percezione del rischio) appare più che mai evidente come l'immigrazione modelli il corpo delle donne.

La rappresentazione del corpo nelle donne straniere esprime un'importante differenza fra i sessi nella percezione della malattia e della salute. Mentre l'uomo tende a vedere la malattia in relazione al lavoro, all'impossibilità di espletare le funzioni produttive, la donna tende a vederla in relazione alle proprie funzioni riproduttive: *“haces dos meses que no me enfermo”* è un'espressione usata dalle pazienti peruviane per indicare l'assenza del ciclo così come *“me enfermè”* si riferisce al parto. L'accesso ai Servizi delle donne immigrate è maggiormente legato a questa funzione: maternità, cure ginecologiche, contraccezione. Tutto accade come se il corpo della donna immigrata diventasse visibile all'operatore solo in relazione alle funzioni riproduttive, da cui l'attenzione anche nel progetto di ricerca all'esperienza della maternità. E dunque della genitorialità.

Il lavoro produttivo e quello riproduttivo significano un investimento di energie, che se eccessivo o disturbato, può intaccare le resistenze fisiche e psichiche della persona e provocare malattia. E' proprio la *“malattia”*- le mestruazioni, il parto e dunque la maternità- ciò che attribuisce alla donna la capacità di *“corporeità”* terapeutica. Questa esperienza corporea tipicamente femminile è alla base di uno dei compiti e ruoli che tradizionalmente spettano alle donne: la cura della salute dei figli e della famiglia. E' l'esperienza della *“malattia”* che consente alla donna l'abilitazione dell'esercizio delle funzioni di cura. (Castiglioni, 2001)

La medicina occidentale ha tenuto il passo con i processi di modernizzazione e il risultato è stato un doppio cambiamento. In primo luogo si assiste a una “psicologizzazione” del modo di intendere il rapporto medico/paziente. *“L’affettività individuale ha assunto un ruolo predominante tra gli elementi che caratterizzano gli stati emotivi. La conseguenza storica di questo dato è stata l’eclissi dell’importanza delle esperienze corporee”* (Leff, 1992). Tuttavia nel contempo si è prodotta una segmentazione del corpo con la medicina specialistica. Secondo Michel Foucault (1969) il mutamento avviene quando nella relazione medico/paziente si passa dalla domanda “che cosa ha?” alla domanda “dove ha male?”. Nelle medicine non occidentali il concetto di salute sottostante continua ad essere quello di armonia dell’uomo con sé stesso, la natura e la comunità. In quest’ottica le pratiche di prevenzione trovano un importante spazio all’interno delle medicine olistiche tradizionali. Nelle medicine tradizionali (dalla tibetana, alla cinese e africana) esiste tutta una regolamentazione e pratica della prevenzione centrata sulla moderazione e la virtù, sull’equilibrio che insiste su alcuni campi: l’alimentazione e l’abbigliamento e il rispetto delle regole della comunità.

La risposta comportamentale al disagio e alla malattia è il modo in cui una persona percepisce e valuta i suoi sintomi di natura fisica, psicologica o relazionali e reagisce di conseguenza. Lo stesso problema di salute può determinare comportamenti assai diversi perché fortemente influenzati dalla classe sociale e dall’appartenenza etnica e culturale. La conoscenza della cultura del paziente perciò rappresenta una condizione favorevole per cominciare a poter stabilire una relazione di comunicazione e decodificare i sintomi somatici, psicosomatici e/o psicologici.

Il processo di emigrazione comporta necessariamente un periodo di “*disagio psicologico*” poiché emigrare e ha una potenzialità (limitata) di cambiamento e di compromesso tra la cultura originale e quella del paese di arrivo. Lo stress agisce richiedendo una grande quantità di energia fondamentale per il confronto con l’ambiente. In questa prospettiva possiamo capire come gli eventi di natura anche legati alla quotidianità possano modificare in maniera significativa le difese naturali fisiche e psichiche dell’individuo. I differenti stadi di questa crisi sono segnati da disagi fisici e psicologici più o meno intensi che non dipendono dal tempo di residenza nel nuovo Paese, anche se sono più vistosamente percettibili al soggetto stesso nei primi tempi.

Tutto il corpo acquista un significato pregnante, esso parla più di quanto la donna immigrata possa dire: *“davanti al medico, allo psicologo, all’operatore, sarà il corpo a*

*parlare. Tutta la vulnerabilità culturale, linguistica, sociale ed economica dell'immigrato verrà fuori attraverso il linguaggio del corpo" ( Castiglioni, 2001).*

Fra le donne immigrate è frequente la tendenza a portare nella consultazione stati di angoscia (ansia, insonnia, palpitazioni, sudorazione), stati depressivi (mancanza di appetito, disturbi del sonno, sensazioni diffuse di malessere corporale, stanchezza, senza una causa organica che lo giustifichi, somatizzazioni), stati confusionali (giramenti di testa, perdita dell'orientamento, confusioni spazio-temporali) fino a veri e propri deliri persecutori. In una prospettiva psicoanalitica, potremmo dire che le donne immigrate passano attraverso stati di "angoscia" somatica che si scarica in tensione fisica, reazioni viscerali, endocrino metaboliche e/o motorie automatiche. Questo tipo di angoscia non si presenta consapevolmente, non è rappresentata, ma porta spesso al collasso e al prodursi di malattie somatiche. L'immigrazione comporta necessariamente per chi emigra uno spostamento che provoca cambiamenti nello spazio linguistico e nelle coordinate spazio-temporali e una trasformazione nelle rappresentazioni del corpo. (Ferrari, 1992; Dejours, 1988)

Tobie Nathan (1996) introduce il concetto di esperienza traumatica come organizzatore di significato della realtà psichica interna. Il corpo svolge un ruolo fondamentale nei meccanismi di riconoscimento e conferma della propria identità. Nathan pensa ad esso come ad un contenitore psichico di un fatto psichico, capace di dar forma al contenuto. La forma, l'involucro è anche ciò che permette ad ognuno la dimensione dialogica, la relazione. Questa relazione avviene perché siamo coscienti di vivere all'interno di un contesto specifico (forma) che è quello a cui ci riferiamo nella costruzione dei nostri pensieri funzionali a costruire un 'immagine del mondo, dei fatti, dei pensieri e delle emozioni.

## 1.8. LE FAMIGLIE STRANIERE

*“Nasciamo, per così dire, provvisoriamente, da qualche parte;  
soltanto a poco a poco andiamo componendo in noi il luogo della nostra origine,  
per nascervi dopo, e ogni giorno più definitivamente”  
Rainer Maria Rilke*

Secondo i dati del Censimento 2011, rispetto alla precedente rilevazione del 2001 vi è stato un incremento del 172,1% delle famiglie con almeno uno straniero, dovuto in prevalenza alle famiglie unipersonali (+222%) e alle famiglie numerose (+248%).

Le famiglie con almeno un componente straniero sono 1.829.941 e costituiscono il 7,4% del totale. Le famiglie unipersonali sono il 30% del totale delle famiglie con stranieri, quelle con due componenti sono il 20%. Le famiglie con tre o quattro componenti rappresentano il 36% del totale e il 13% quelle numerose (oltre 5 componenti). Le famiglie con tutti componenti stranieri sono 1.357.341 e rappresentano il 74,2% delle famiglie con almeno un componente straniero. Ad integrazione dei dati del Censimento, l' ISTAT nel Rapporto Annuale 2016 afferma che il 2004 e il 2015 sono cresciute le famiglie monicomponenti straniere, arrivando a rappresentare nel 2015 circa un quinto delle famiglie monicomponenti senza pensionati.

Il motivo familiare per i nuovi ingressi prevale in modo significativo per i cittadini dello Sri Lanka (75,2%), delle Filippine (69,8%) del Marocco (66,5%), della Moldavia (62,3%), dell'Albania (61,3%) e della Tunisia (55,2%) (percentuali da leggersi in riferimento a ciascun Paese in relazione al totale delle differenti motivazioni quali lavorative, religiose, ecc).

Quando si pensa alla famiglia immigrata si tende a riconoscere innanzitutto il ruolo cardine svolto dalla presenza femminile senza la quale è difficile immaginare una migrazione familiare. Le considerazioni dei paragrafi precedenti hanno messo in luce come si sia modificata negli anni l'immagine della donna passiva, in favore di una visione attiva, sia nel rapporto con il lavoro che soprattutto nella *family formation*: l'emigrazione costituisce per molte donne di diversa provenienza, un fattore di riequilibrio di ruoli e relazioni tra i generi. (Colombo, 2012). E' il caso, ad esempio, delle donne ecaudoriane, che attraverso la scelta di migrare sfidano lo stigma che viene loro attribuito, dell'infedeltà e dell'incuria verso i figli, dimostrando ai loro compagni di possedere, da immigrate, nuove qualità socialmente apprezzate: autonomia decisionale, capacità di autogestione, rinforzo delle reti transnazionali. (Lagomarsino, 2006). E' infatti provato che, tra i migranti, sono le donne a

mostrare una più elevata propensione a inviare denaro a casa, sotto forma di aiuti salutarì o di rimesse sistematiche.(Salomone, 2014) .

Inoltre, sono numerose le donne straniere che, una volta divenute madri si trovano a vivere in un nucleo monogenitoriale: l'incidenza di questa condizione, particolarmente a rischio di povertà e vulnerabilità, è cresciuta nel decennio 2000-2010 del 1795 e ha riguardato, in particolare, le donne provenienti da Romania, Perù, Ecuador, Ucraina e Moldavia. (Batilocchi, 2015)

Nel nuovo millennio, l'immigrazione in Italia, come si è evidenziato, cambia progressivamente volto: il movimento dei singoli si trasforma progressivamente in movimento di gruppi e in particolare famiglie. Ciò provoca una serie di conseguenze poiché, se l'immigrazione dei singoli ha un impatto contenuto sul paese ospitante, non si può dire altrettanto per la migrazione di famiglie e interi gruppi, la quale mette in campo una serie di abitudini e bisogni che fanno aumentare la richiesta di Servizi (case, Scuola, Sanità) e ripensare gli stessi in funzione di nuovi utenti e domande.(Ponzio & Zincone 2010) .

Nel corso del tempo la presenza migratoria in Lombardia ha assunto sempre più una connotazione familiare vedendo aumentare, in primo luogo, gli individui con una famiglia acquisita, cioè formata per unione e/o per transito nello stato di genitorialità, a scapito della famiglia d'origine. In particolare, la trasformazione in "familiare" è stata resa visibile dall'aumento prima e dalla stabilizzazione poi della quota di stranieri che convivono con l'intera famiglia. La trasformazione avvenuta è l'espressione di una fase migratoria matura, in cui i progetti migratori si sviluppano e intrecciano con i cicli di vita familiare. In questo contesto il "nocciolo duro" delle famiglie migranti (coppia e figli) si rafforza. La rilevazione ORIM mostra ancora intensamente una forte diffusione di individui con partner e figli che vivono l'emigrazione uniti, ma mostra alcune novità che è utile mettere in luce.

Tipologia familiare		Est EU comunitari	Est EU Non comunitari	Asia	Nord Africa	Altri Africa	America Latina	Totale
Uomini	Coppia senza figli	16,6	13,5	8,9	5,7	8,0	13,4	9,8
	Coppia con figli	54,0	56,3	56,4	59,4	40,9	36,6	52,6
	Fam. monoparentale	2,1	3,6	3,4	2,0	3,3	17,7	4,3
	Famiglia origine	27,3	26,6	31,4	32,9	47,8	32,3	33,4
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Donne	Coppia senza figli	10,4	8,5	10,5	8,8	10,8	8,4	9,5
	Coppia con figli	55,7	49,4	56,2	66,9	54,7	43,0	53,9
	Fam. monoparentale	20,1	23,9	6,2	6,6	11,5	28,5	16,6
	Famiglia origine	13,8	18,2	27,1	17,6	23,0	20,1	20,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 14: Tipologie familiari di riferimento rispetto alle macroaree d'origine e al genere; ORIM, 2017

Questi dati ci mostrano che il “nocciolo duro” delle famiglie costituito da coppie e figli è sicuramente il più rappresentato in Lombardia. L'attenzione all'ambito familiare ha portato il desiderio di investigare il tema delle genitorialità nell'ambito del Progetto di Ricerca alla luce della convenzione che l'identificazione precoce di sistemi “bambino-genitore” stressanti e gli interventi mirati alla riduzione dello stress hanno la potenzialità di diminuire la frequenza e l'intensità dei disturbi emozionali e comportamentali tra i bambini nella nostra società. In letteratura sempre più ricerche si concentrano su una precoce identificazione dei bambini a rischio di successive difficoltà evolutive del dominio cognitivo mentre un'attenzione considerevolmente minore è stata dedicata all'area dello sviluppo emozionale. La ricerca sullo sviluppo dei disturbi del comportamento in età evolutiva (Antshel e Josep, 2006; Breen e Barkley, 1988; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler e Levison, 1990; Goodman e Cameron, 1978; Haskett, Scott, Grant, Ward e Robinson, 2003; Webster-Stratton, 1988) ha suggerito la presenza di caratteristiche eccessivamente stressanti del bambino come uno dei maggiori fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi del comportamento. Le caratteristiche del bambino, quelle del genitore, del contesto familiare e gli eventi di vita particolarmente stressanti sono alcuni degli elementi del sistema genitore-bambino, identificati come importanti sia in ottica di interventi che preventiva (Abidin, 1990; Martin, Olejnik e Gaddis, 1994; Sheber e Johnson, 1992).

## CAPITOLO SECONDO

### LE MOLTEPLICI FORME DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

#### 2.1. INTRODUZIONE

*“Siamo minacciati dalla sofferenza da tre versanti:  
dal nostro corpo,  
condanato al declino e al disfacimento e  
che non può funzionare senza il dolore e l' ansia come segnali di pericolo;  
dal mondo esterno,  
che può scagliarsi contro di noi con la sua terribile e formidabile forza distruttiva;  
infine, dalle nostre relazioni con gli altri.”*  
Sigmund Freud

La violenza e oggi purtroppo è divenuta un elemento strutturale del vivere in comune, una componente costitutiva dell'organizzazione sociale. Ogni giorno non manca il resoconto di episodi e la frequenza è divenuta tale, che solo qualche avvenimento eclatante sembra scuotere da quella che ormai appare una certa assuefazione. Eppure, è necessario interrogarsi sulle differenti forme che la violenza assume nella nostra Società e soprattutto sulle modalità con cui è possibile intervenire e prevenire.

Il tema della violenza appare una questione fortemente legata all'ambito della Salute, e tuttavia per certi aspetti sottovalutata ancora oggi dalle Istituzioni Sanitarie nonostante i moniti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Reale, 2011). La violenza contro le donne costituisce infatti un rilevante problema a livello mondiale: 1 donna su 3, in tutto il mondo, subisce violenza fisica e/o sessuale da parte del partner (WHO, 2013). Secondo i dati WHO e ISTAT si stima infatti che 1/3 delle donne nel mondo riferisca di subire violenza che riguarda la sfera fisica e oltre 6 milioni in Italia (WHO,2013; ISTAT,2016). Nel 2014 oltre 4 milioni sono state vittime di violenza psicologica dal partner attuale. Diversi studi mostrano come specifiche caratteristiche di queste esperienze siano associate a conseguenze psicologiche e come la gravità e la cronicità degli atti di violenza subiti mostrino un legame con distress psicologico, vissuti di ansia, depressione, PTSD e altri sintomi (Dutton, 1992; Friedrich, 2007; Ranner , Boel-Studt,2013; Ziaei , Frith , Ekstrom, Naved,2016). Sempre secondo lo studio ISTAT,“ La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia” (ISTAT, 2015) le donne straniere subiscono, proporzionalmente, le stesse tipologie di violenze delle donne italiane, con la differenza che più spesso il responsabile della violenza, nel caso delle straniere è un familiare (il proprio partner o ex

partner). Le straniere più colpite da episodi di violenze domestica provengono, secondo questo studio, da Moldavia, Romania, Ucraina, seguite da Albania e Cina, mettendo ancora una volta in luce l'aspetto della multiculturalità. Secondo lo studio Eures sul femminicidio in Italia tra le vittime di violenza che risultano lavoratrici (confrontate con coloro che non hanno lavoro) sono molto frequenti le collaboratrici famigliari, colf e badanti. ( Eures, 2013). Nel seguente capitolo ci si focalizzerà su questa tematica, descrivendola nelle sue diverse sfaccettature, al fine di mettere in luce le molteplici forme del fenomeno, le conseguenze che queste esperienze possono avere sul benessere psicofisico, relazionale e sulla genitorialità, così come l'importanza di interventi che possano non solo risolvere situazioni già in atto, ma mostrare il ruolo centrale di una prevenzione efficace e volta al coinvolgimento attivo.

## 2.2. LE MOLTEPLICI FORME DELLA VIOLENZA OGGI

La violenza non ha un significato unico, condiviso e ben definito. L'Oxford English Dictionary interpreta il termine "violenza" in numerose modalità: una delle definizioni è "trattamento o uso che tende a causare danni fisici o che interferisce in modo forzato con la libertà individuale". In questa particolare definizione è implicato l'assunto che si abbia diritto a un certo grado di libertà. Come afferma Stoller (1975) non esiste nell'uomo, come in nessun'altra creatura, un substrato cerebrale di ciò che chiamiamo "scelta" o "libertà".

Alcune definizioni fanno riferimento a un istinto, a una pulsione o a una predisposizione, mentre altre mostrano un riferimento diretto all' "aggressività", il che implica generalmente che la violenza sia intesa come una manifestazione comportamentale innata dell' assetto genetico. Alcuni autori distinguono l'aggressività "semplice" o "normale" dalla violenza che definiscono come "aggressività trasformata" (Durbin & Bowlby, 1939) o come aggressività "maligna" (Fromm, 1974) e tuttavia spesso all'interno delle opere risulta tutt'altro che chiaro quando l'aggressività cessa di essere vista come "normale" per divenire "trasformata" o "maligna".

In realtà non è possibile evitare tale "confusione" poiché l'aggressività è una forma di comportamento sociale studiato da etologi, biologi e psicologi, mentre la violenza è l'interpretazione che viene data a un comportamento, in relazione al contesto in cui si vive. A volte i due termini sono intercambiabili ma altre volte non lo sono: un'interazione ritenuta abuso o violenza in una cultura può essere considerata abbastanza "accettabile" in un'altra. È solamente a partire dallo studio degli effetti del trauma psicologico si è riusciti a

districare le varie componenti delle nostre reazioni violente; i risultati hanno confermato si investono di significato tutte le proprie esperienze e che il modo in cui si interpretano le esperienze ha un effetto diretto sul modo in cui si reagisce al trauma (De Zulueta, 2009).

La violenza è quindi essenzialmente umana e riguarda il significato che diamo a una forma di comportamento distruttivo che solitamente si manifesta tra le persone. Può anche essere un attacco a sé stessi. Ma, a prescindere da quale che sia la forma assunta, il fatto che gli esseri umani commettano atti violenti suggerisce che nell'atto stesso ci sia un "soggetto" pensante che fa qualcosa a un altro, il quale, dal punto di vista dell'osservatore, sarebbe definito come "umano", si tratti di un bambino, come nel caso di abuso sui bambini o di una donna, nel caso di stupro. Generalmente attribuiamo alle vittime le stesse nostre capacità di pensare e sentire (De Zulueta F., 2009).

La violenza contro le donne, anche definita violenza di genere, nelle sue varie forme produce conseguenze e costi elevati in termini di salute fisica e psichica delle vittime: incide in maniera negativa sulla gestione della vita quotidiana e relazionale e non sono trascurabili i costi del welfare e della salute pubblica, come dimostrano diverse fonti europee (Eige, 2014). L'articolo 3d della *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica* (Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence 12/04/2011), detta anche *Convenzione di Istanbul 3*, la indica come «un tipo di violenza diretta contro una donna perché donna o che colpisce le donne in modo sproporzionato».

La stessa convenzione stabilisce che la violenza contro le donne debba essere intesa come una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione a scapito delle donne, che comprende tutti gli atti che determinano un danno fisico, sessuale, psicologico, economico o una sofferenza alle donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione della libertà, sia in pubblico sia in privato (art. 3a).

La violenza basata sul genere si distingue in forme dirette e indirette. Le prime comprendono le violenze fisiche (anche quelle che avvengono nelle relazioni intime), sessuali (stupri, molestie sia nella sfera pubblica sia privata), psicologiche (minacce, umiliazioni, scherno, controllo dei comportamenti), economiche (negazione dell'accesso alle risorse finanziarie, alla proprietà, alla cura della salute, all'istruzione, al mercato del lavoro, alla partecipazione al processo decisionale economico-familiare e personale).

Sono considerate forme di violenza diretta anche la tratta e lo sfruttamento sessuale, le pratiche dannose come i matrimoni precoci e imposti, le mutilazioni genitali femminili e i

crimini commessi «in difesa dell'onore», le violenze emergenti come le molestie on-line, le varie forme di abuso sessuale istigato o facilitato attraverso l'uso delle tecnologie informatiche e comunicative, lo *stalking*, il bullismo e il *cyberbullismo*.

Per ciò che riguarda le forme di violenza indiretta, secondo il rapporto della *Special Rapporteur*, Rashida Manjoo (2011), la violenza istituzionale o strutturale è legata ad ogni forma di disuguaglianza strutturale o discriminazione istituzionale che mantiene le donne in una posizione subordinata, sia fisica sia ideologica, ad altre persone della propria famiglia o della comunità.

In buona sostanza, la violenza indiretta può essere intesa come violenza di tipo strutturale, caratterizzata da norme, attitudini e stereotipi sul genere che investe un ampio numero di contesti sociali e istituzionali.

Le persone, all'interno e all'esterno di tali istituzioni, consapevolmente o meno, contribuiscono alla produzione e riproduzione di comportamenti e attitudini che di fatto normalizzano la violenza contro le donne. Le diverse forme della violenza di genere appena descritte sono strettamente interrelate alle disuguaglianze (di classe, di età, di cittadinanza, di genere) fino a determinare un «accumulo di disuguaglianze» (Lombardi 2005) e/o «discriminazione molteplice» (Zanfrini, 2005).

La violenza contro le donne dunque è fenomeno ampio e diffuso, come si è già accennato, e le forme di espressione che riveste sono molteplici e complesse. Vanno dalla sfera fisica, in cui rientrano maltrattamenti, abusi, percosse a quella psicologica che vede manipolazioni, umiliazioni, dinamiche che minacciano la possibilità di indipendenza e la libertà di pensiero. Inoltre spesso, soprattutto nei contesti di marginalità sociale e povertà, la violenza investe la sfera economica, limitando le possibilità individuali della donna e la possibilità di sottrarsi a dinamiche di questa natura (Friedrich, 2007). Riprendendo la classificazione di Reale (2011) le principali tipologie possono essere sintetizzate come segue:

1) **La violenza fisica.** Si tratta di aggressioni fisiche che possono avvenire con un contatto diretto (pugni, calci, botte, sputare, graffiare, mordere, afferrare, scuotere, spingere, immobilizzare, torcere, sbattere, provocare bruciature, soffocare, strangolare, lanciare oggetti, utilizzare armi) che lasciano tracce fisiche; oppure aggressioni fisiche senza contatto diretto come: avanzare minacciosamente e fare indietreggiare la vittima, anche facendola inciampare, mettere il proprio viso contro di lei e urlare in faccia, metterle una mano davanti al viso, orientare l'attacco su oggetti, cose, scagliandoli contro la parete o

contro di lei anche senza colpirlo; oppure distruggere cose e oggetti personali o attaccare gli animali di casa.

**2)La violenza psicologica.** E' l'elemento principale che caratterizza la violenza domestica. Vi sono modi diversi di condurre le aggressioni psicologiche attraverso le minacce e le intimidazioni, gli attacchi alla proprietà e a oggetti legati alla vittima, gli abusi emozionali, le umiliazioni, l'isolamento, le vessazioni economiche, l'uso improprio dei figli. Vi rientrano:

- *il controllo.* E' allo stesso tempo il fine ultimo della violenza e una tattica per ridurre la donna in condizioni di soggezione. Il controllo impone all'altra una serie di difficoltà nell'esercizio della propria libertà: si tratta di rendere conto delle proprie azioni, dei propri movimenti, dei propri progetti, delle proprie relazioni.. La donna quindi se controllata, si orienta a prevenire la violenza e gli attacchi chiedendo all'altro il permesso o l'autorizzazione, oppure informandolo sempre su cosa, come e quando intende fare. Le forme di controllo sono diverse: dal pretendere di essere informato, al volere dare l'autorizzazione a che l'altra faccia le cose, al lesinare e non dare il supporto economico in modo da limitare indirettamente la libertà di azione, a condotte che si estrinsecano in veri e propri pedinamenti e molestie assillanti con telefonate a ogni momento per sapere dove si è e con chi si è. Questa mancanza di libertà, il sentirsi dipendente dal consenso dell'altro che può intervenire in ogni scelta e iniziativa della donna è una grave limitazione della libertà personale, che incide gravemente sull'autonomia e sul senso di padronanza personale.

- *l'isolamento della donna dal contesto familiare di vita.* Anche l'isolamento fa riferimento ad una tattica di controllo, che può essere inizialmente collegata al desiderio del partner di avere la donna tutta per sé, di non condividerla con altri, familiari e amici. Anche questa tendenza del partner a isolare la donna può essere scambiata per amore e la donna vi si può inizialmente adeguare, senza giungere a un'esperienza concreta di violenza che si manifesta quando la donna dissente e cerca di recuperare l'autonomia.

- *le critiche e le umiliazioni.* Non emergono immediatamente nella relazione, ma in genere quando essa si è stabilizzata. Costituiscono una modalità volta a far sentire la persona svilita nelle sue capacità e competenze. Spesso tali critiche possono riguardare modi di essere e di fare della donna, puntando a renderla insicura, a farla percepire invalida e incapace.

- *le minacce e le intimidazioni.* Costituiscono l'elemento forte della violenza psicologica. Esse possono essere effettuate attraverso parole rivolte alla donna o ai suoi familiari (per esempio, "ti ammazzo", "ti distruggerò", "distruggerò te e la tua famiglia", ecc.) o con le

azioni (per esempio, attraverso la visualizzazione di armi, tenendola chiusa in casa, impedendole l'accesso a risorse, innescando tentativi di suicidio o mostrando e agendo violenza verso terzi, per mostrare la propria capacità lesiva o guidando pericolosamente per minacciarla di morte o solo per spaventarla). Altre minacce riguardano il rapporto della donna con terzi: familiari, amici, conoscenti, colleghi di lavoro; altre volte si tratta di disseminare accuse false che minacciano la sua attività o il suo ruolo, la sua reputazione.

- *l'abuso emozionale*. Consiste in una vasta gamma di attacchi verbali e umiliazioni, compresi ripetuti attacchi verbali nei confronti della vittima come persona o nei suoi diversi ruoli di genitore, di lavoratrice, di moglie. Essi sono perpetrati anche davanti a familiari, amici e colleghi. Hanno come effetto lo svilimento della vittima, la riduzione della sua capacità di reagire. L'abuso emozionale più specificatamente utilizza strumenti diversi che mirano ad attaccare in maniera subdola e coperta i normali funzionamenti psichici individuali:

- giochi psicologici che incidono sulle competenze mentali: quali il negare l'evidenza, indurre il partner a dubitare delle proprie percezioni, del proprio punto di vista, del rapporto con la realtà;
- attacchi ai sentimenti di fiducia negli altri;
- attacchi ai bisogni sentimentali quando la donna esprime un desiderio di vicinanza, di sostegno, di contatto emotivo con il partner in momenti di difficoltà;
- attacchi alla salute, come per esempio abbandonare la donna nel momento in cui necessita di assistenza;
- attacchi al sentimento di stima personale, quando si colpevolizza la vittima e le si attribuisce la responsabilità di tutto quello che accade di negativo in ambito domestico, indicandola in taluni casi come responsabile dell'innescare della violenza.

- *l'uso strumentale dei figli*. Alcuni atti abusivi sono mirati a coinvolgere i bambini in modo da controllare o punire la vittima. Molto frequentemente le violenze avvengono davanti ai figli o comunque non si cerca di evitare che i figli vi assistano o Un partner maltrattante, per esempio, per punire l'ex partner, può costringere i propri figli a vivere in condizioni precarie, negando loro il sostentamento, oppure quel livello di vita cui erano in precedenza abituati; può utilizzare i figli per controllare la madre; altre volte il partner può minacciare di sottrarre i figli.

3) **La violenza economica**. Ovvero ostacolo/negazione all'accesso alle risorse economiche che minano l'autonomia personale. L'abuso finanziario comprende il controllo o la limitazione dell'accesso alle risorse: esso può essere diretto alla fornitura di beni di prima

necessità oppure alle spese mediche, del tempo libero per sé e per i figli. L'abuso economico comprende anche la disinformazione sul reddito familiare, il diniego all'accesso ai conti bancari oppure alla coercizione a firmare documenti finanziari. Abusi economici possono includere anche: negare il diritto a cercare e/o mantenere l'occupazione, a tenere un accesso indipendente a denaro/conto bancario/carta di credito personale. Gli autori delle violenze hanno il controllo delle finanze, indipendentemente dal fatto che siano o meno gli unici percettori del reddito. Essi decidono da soli come vanno allocate e spese le risorse della famiglia, controllano le spese della donna, anche quelle personali, intervengono per censurare e colpevolizzare su come e quanto si è speso. Le vittime sono messe nella posizione di dovere ottenere il "permesso" a spendere soldi, anche quelli personali. Se la donna lavora, il partner può intervenire sul lavoro sul tempo che dedica al lavoro, sugli straordinari, sulla formazione e sulla carriera, può fare in modo di indurla a farsi licenziare; se non lavora fuori casa, il partner può opporsi attivamente perché lavori, o passivamente creandole difficoltà nella gestione della propria presenza (in casa e fuori casa), può colpevolizzare sul fatto che i figli sono lasciati soli.

Quando la vittima interrompe il rapporto di coppia, il partner può utilizzare il fattore economico per renderle la vita impossibile, come per esempio: non pagare l'affitto di casa, una bolletta della luce o quant'altro sia stabilito dal dover contribuire al ménage familiare. Il controllo economico può spesso indurre la vittima a rientrare in una relazione abusiva, soprattutto se tale comportamento abusivo colpisce i figli. Tutte queste dinamiche possono essere attuate a prescindere dal livello economico della famiglia (Reale, 2007).

I dati relative al fenomeno della violenza e alla sua diffusione mettono in luce l'urgenza di studi e interventi che sappiano intervenire nella maniera più efficace, anche sulle dinamiche che stanno alla base. Secondo i dati ISTAT 6 milioni 788 mila donne hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni. Di queste, il 20,2% ha subito violenza fisica e il 21% violenza sessuale.

TIPO DI VIOLENZA	Partner attuale (a)	Ex partner (b)	Partner attuale o ex partner (c)	Non partner (d)	Totale (d)
Violenza fisica o sessuale	5,2	18,9	13,6	24,7	31,5
Violenza fisica	4,1	16,4	11,6	12,4	20,2
Violenza sessuale (e)	2	8,2	5,8	17,5	21,0
Stupro o tentato stupro	0,5	3,8	2,4	3,4	5,4
Stupro	0,4	3,2	2,0	1,2	3,9
Tentato stupro	0,2	1,7	1,1	2,5	3,5

a) per 100 donne che hanno un partner attuale  
b) per 100 donne che hanno un ex partner  
c) per 100 donne con partner attuale o precedente  
d) per 100 donne dai 16 ai 70 anni  
e) incluso stupro e tentato stupro

Grafico 15: Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, per autore e tipo di violenza subita; ORIM, 2017

In relazione alla multiculturalità appare importante sottolineare che le donne straniere hanno subito violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della vita (31,3% e 31,5%). La violenza fisica è più frequente fra le straniere (25,7% contro 19,6%), mentre quella sessuale più tra le italiane (21,5% contro 16,2%). Le straniere sono molto più soggette a stupri e tentati stupri (7,7% contro 5,1%). Le donne moldave (37,3%), rumene (33,9%) e ucraine (33,2%) subiscono più violenze. La centralità della dimensione relazione, che è stata indagata anche all'interno del progetto di ricerca, è legata al fatto che i partner attuali o ex commettono le violenze più gravi.

CARATTERISTICHE DELLA VIOLENZA	ITALIANE				STRANIERE				TOTALE			
	Fisica	Sessuale	Di cui stupro o tentato stupro	Tot. Ital.	Fisica	Sessuale	Di cui stupro o tentato stupro	Tot. stran.	Fisica	Sessuale	Di cui stupro o tentato stupro	Tot.
Ha riportato lesioni (a)	37,0	41,6	42,6	36,6	45,3	47,1	53,2	44,5	38,2	42,6	44,3	37,8
Ha avuto paura che la Sua vita fosse in pericolo	34,9	44,1	43,8	34,7	44,3	59,7	66,5	44,2	36,3	46,7	47,4	36,1
L'episodio è stato molto grave	45,4	56,5	61,3	46,0	36,4	47,1	49,4	36,6	43,9	56,6	56,4	44,7
L'episodio è stato abbastanza grave	32,5	24,7	21,9	31,6	34,4	36,2	30,8	34,3	32,3	26,5	23,3	31,9
Considera l'episodio che ha subito: un reato	34,7	53,9	55,7	35,5	34,8	42,0	46,4	35,0	34,7	51,9	54,1	35,4
Considera l'episodio che ha subito: qualcosa di sbagliato ma non un reato	44,4	32,7	31,6	44,2	42,4	42,7	36,4	43,2	44,1	34,4	32,4	44,0
Considera l'episodio che ha subito: solamente qualcosa che è accaduto	19,6	12,8	11,9	19,3	20,9	11,5	13,6	20,0	29,0	12,5	12,2	19,4
Ne ha parlato con qualcuno	71,1	60,4	58,5	69,9	70,6	53,1	53,2	73,9	71,7	59,2	57,7	70,4
Non ha parlato con nessuno	27,6	36,6	40,5	28,7	22,8	46,9	46,8	24,6	28,9	39,2	41,5	26,1
Ha denunciato (a)	11,7	13,9	14,9	11,4	17,2	26,4	31,3	17,1	12,5	16,0	17,5	12,26
Sono soddisfatti delle forze dell'ordine:												
Molto	26,3	9,9	10,6	27,4	21,5	56,6	56,6	23,1	26,7	31,6	33,0	26,3
Abbastanza	22,2	0,2	0,3	21,5	34,7	39,4	39,4	33,6	25,1	18,5	19,3	24,9
Poco	20,4	48,9	53,2	19,8	16,0	2,0	2,0	14,9	19,4	27,0	28,3	18,6
Per niente	26,5	41,0	35,9	28,9	26,9	2,0	2,0	25,5	28,6	22,9	19,4	28,1
Si rivolgono ai centri servizi/centrali antiviolenza (a)	3,2	6,7	7,5	3,22	8,4	8,7	10,2	6,44	3,6	7,1	8	5,4

(a) Nel caso della violenza da partner o ex partner, i dati si riferiscono anche ad altri episodi precedenti italiani

Grafico 16: Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, per caratteristiche della violenza e cittadinanza italiana o straniera

Le donne separate o divorziate hanno subito violenze fisiche o sessuali in misura maggiore rispetto alle altre (51,4% contro 31,5%). Critica anche la situazione delle donne con problemi di salute o disabilità: ha subito violenze fisiche o sessuali il 36% di chi è in cattive condizioni di salute e il 36,6% di chi ha limitazioni gravi. Il rischio di subire stupri o tentati stupri è doppio (10% contro il 4,7% delle donne senza problemi). Emergono dall'indagine Istat importanti segnali di miglioramento rispetto alle indagini precedenti: negli ultimi 5 anni le violenze fisiche o sessuali sono passate dal 13,3% all'11,3%, rispetto ai 5 anni precedenti il 2006. Ciò è frutto di una maggiore informazione, del lavoro sul campo ma soprattutto di una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno e di un clima sociale di maggiore condanna della violenza, più capace di conoscerla e identificarla. E' in calo sia la violenza fisica sia la sessuale, dai partner e ex partner (dal 5,1% al 4% la fisica, dal 2,8% al 2% la sessuale) come dai non partner (dal 9% al 7,7%). Il calo è particolarmente accentuato per le studentesse, che passano dal 17,1% all'11,9% nel caso di ex partner, dal 5,3% al 2,4% da partner attuale e dal 26,5% al 22% da non partner.

Risulta in forte calo anche la violenza psicologica dal partner attuale (dal 42,3% al 26,4%), soprattutto se non affiancata da violenza fisica e sessuale.

Alla maggiore capacità delle donne di uscire dalle relazioni violente o di prevenirle si affianca anche una maggiore consapevolezza. Più spesso considerano la violenza subita un reato (dal 14,3% al 29,6% per la violenza da partner) e la denunciano di più alle forze dell'ordine (dal 6,7% all'11,8%). Più spesso ne parlano con qualcuno (dal 67,8% al 75,9%) e cercano aiuto presso i servizi specializzati, centri antiviolenza, sportelli (dal 2,4% al 4,9%). La stessa situazione si riscontra per le violenze da parte dei non partner.

Si segnalano però anche elementi negativi. Non si intacca lo zoccolo duro della violenza, gli stupri e i tentati stupri (1,2% sia per il 2006 sia per il 2014). Le violenze sono più gravi: aumentano quelle che hanno causato ferite (dal 26,3% al 40,2% da partner) e il numero di donne che hanno temuto per la propria vita (dal 18,8% del 2006 al 34,5% del 2014). Anche le violenze da parte dei non partner sono più gravi. 3 milioni 466 mila donne hanno subito stalking nel corso della vita, il 16,1% delle donne. Di queste, 1 milione 524 mila l'ha subito dall'ex partner, 2 milioni 229 mila da persone diverse dall'ex partner.

La violenza all'interno delle relazioni di coppia non si limita alle violenze fisiche, alle minacce o alle violenze sessuali, ma può manifestarsi come si è messo in luce, sotto forma di violenza psicologica ed economica che la letteratura internazionale indica con i termini *verbal abuse*, *emotional abuse* e *financial abuse*. Il riferimento è a dinamiche quotidiane in cui si manifesta un'asimmetria di potere, che sconfinata o può sconfinare in gravi situazioni di limitazione, controllo e svalorizzazione del partner, fino ad arrivare a vere e proprie minacce e intimidazioni. In particolare vengono considerate come forme di isolamento le limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici, l'impedimento o il tentativo di impedire di lavorare o studiare; tra le forme di controllo, compaiono l'imposizione da parte del partner di come vestirsi o pettinarsi, l'essere seguite e spiante, l'impossibilità di uscire da sole, fino alla vera e propria segregazione; tra le forme di violenza economica, sono evidenziati l'impedimento di conoscere il reddito familiare, di avere una carta di credito o un bancomat, di usare il proprio denaro e il costante controllo su quanto e come si spende; tra le forme di svalorizzazione e violenza verbale vengono descritte le situazioni di umiliazioni, offese e denigrazioni anche in pubblico, le critiche per l'aspetto esteriore e per come ci si occupa della casa e dei figli e le reazioni di rabbia se la donna parla con altri uomini; infine tra le forme di intimidazione sono compresi dei veri e propri ricatti come portare via i figli, le minacce di fare del male ai figli e alle persone care o a oggetti e animali, nonché quella di suicidarsi.

Nel 2014 sono circa 4 milioni 400 mila le donne che dichiarano di subire o di avere subito violenza psicologica dal partner attuale, il 26,4% della popolazione femminile in coppia.

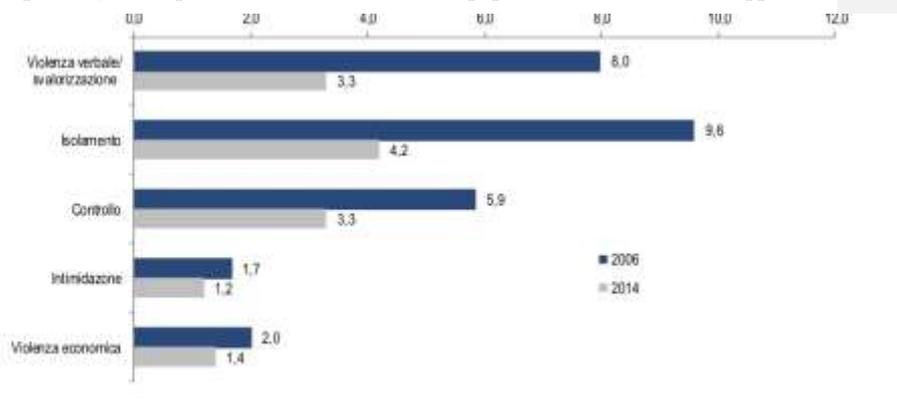


Grafico 17: Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza psicologica, per tipologia della violenza ; ISTAT, 2016

Commentato [45/10-b1]: Citare la fonte

Se si considerano le donne che hanno subito solo violenza psicologica, in cui cioè tale violenza non si accompagna a quella fisica o sessuale, la quota si attesta al 22,4%. La violenza psicologica è in forte calo rispetto al 2006, quando era al 42,3%. Diminuisce l'incidenza soprattutto di quella meno grave, ovvero non accompagnata a violenza fisica e sessuale (dal 35,9% al 22,4%).

La diminuzione è trasversale alle età e riguarda non solo le giovanissime. Le ragazze che subiscono forme di controllo passano dal 10,2 al 5,8%, la svalorizzazione e le violenze verbali dal 9% al 3,7%. La diminuzione riguarda sia le donne sposate o che convivono, sia le fidanzate, ma la dimensione del controllo si affievolisce soprattutto per queste ultime, coerentemente con l'andamento per età.

Tra le donne dai 16 ai 70 anni in coppia diminuiscono anche le forme di svalorizzazione e la violenza verbale (dall'8% al 3,3%), i comportamenti legati al controllo (dal 6% al 3,3%) e all'isolamento (dal 9,6% al 4,2%) e la violenza economica (dal 2% all'1,4%), mentre restano complessivamente stabili le modalità più gravi della violenza psicologica, come le intimidazioni (1,2%). Nel 2014, le violenze psicologiche più gravi (le minacce e l'essere chiuse in casa o l'essere seguite) riguardano l'1,2% delle donne in coppia, per un totale di 200 mila donne, mentre i figli sono stati oggetto di minaccia e ritorsione per circa 50 mila donne (0,3%). Per le donne separate la strumentalizzazione e la minaccia dei figli raggiunge il 3,4%, le violenze psicologiche più gravi il 13,5%. La violenza psicologica è

più diffusa tra le donne più giovani, (35% per le 16-24enni rispetto ad una media del 26,5%), e tra le donne con titoli medio alti (29,9% per le diplomate e 27,1% per le laureate o con titolo di studio post-laurea).

### 2.3. VIOLENZA E SALUTE

*“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente”*

*Arthur Schopenhauer*

Nell'affrontare il tema degli interventi "anti-violenza" in campo socio-sanitario, si rivela fondamentale occuparsi della problematica, per altro estremamente complessa, delle ricadute della violenza sulla salute.

E' chiaro che non solo la salute psichica delle donne è a rischio nei contesti di violenza; i maltrattamenti e la violenza fisica creano problemi di salute altrettanto gravi: come per esempio menomazioni gravi e permanenti, ma ogni patologia fisica ha un suo correlato sulla salute psichica; possiamo quindi considerare gli effetti sulla salute psichica come denominatore comune di ogni effetto della violenza contro le donne. (Reale& Sardelli 1998)

Se gli effetti psichici accompagnano ogni tipo di violenza sono peraltro di più difficile individuazione e valutazione oggettiva: essi non lasciano segni immediatamente visibili e il processo di causazione è più difficilmente rintracciabile.

Questa difficoltà di individuazione del danno psichico in contesti di abuso e violenza non attiene solo al problema dell'identificazione e quantificazione di un danno tipicamente immateriale e soggettivo, ma anche al fatto che alcune reazioni psichiche, come lo sviluppo di atteggiamenti di dipendenza e tolleranza della violenza, si inseriscono nella dinamica di sviluppo della violenza, creando spesso condizioni di cronicizzazione e agendo sull'approfondimento dei meccanismi di subordinazione della donna all'uomo (Bimbi F., 1997). E' un dato riconosciuto che nelle donne vittime di violenza si producano sintomi psichici di rilevanza medica. I sintomi psichici, sia transitori che a lungo termine, vengono individuati in tutte le ricerche svolte sulle conseguenze degli abusi e dei maltrattamenti sia fisici che psichici.

Esiste quindi una pregnanza del problema psichico che diviene il primo problema e l'effetto principale e trasversale a tutte le situazioni di violenza.

Il concetto di violenza nella sua accezione più ampia si è sempre accompagnato al concetto del trauma e nella nostra epoca abbiamo visto che l'organizzazione di programmi di

riabilitazione psico-sociale per coloro che hanno subito danni di guerre, catastrofi ambientali ecc.

Richard Mollica, psichiatra e professore dell'Università di Harvard, Massachussets, ha lavorato negli anni Ottanta in campi profughi con donne rifugiate provenienti dalla Cambogia e dal Laos, che presentavano sintomi severi di depressione psichica. Dopo anni di lavoro con queste donne, Mollica è arrivato alla conclusione che dietro la depressione grave si nasconde sempre una storia di violenza.

*“Le esperienze di lavoro con donne che soffrono di depressione, ma non solo, portano a individuare dietro la depressione non tanto radici biologiche ed endogene, quanto situazioni di violenza quotidiana inserite nella "normale dialettica" del rapporto uomo-donna; rapporto in cui alla donna, per modello e ruolo sociale, viene chiesto di farsi carico dei bisogni altrui e di conoscere i propri”.*(Reale, 2007)

*“La violenza diviene uno strumento di pressione abituale nei confronti delle donne, quando esse esitano o sono recalcitranti ad assumere questo atteggiamento di disponibilità verso i bisogni degli alti.: la svalorizzazione psicologica, il criticismo, la denigrazione, la colpevolizzazione, sono gli aspetti più diffusi della violenza di genere sia all'interno della famiglia che nella società. E questi aspetti sono presenti sempre e in modo cronicizzato nelle storie di donne con disturbi psichici e con prevalenza di sintomi ansioso-depressivi”* (Gillioz, 1998).

Per Reale (2007) vi sono due ordini di dati che si integrano per mostrarci la realtà di quella particolare condizione che la Medicina attribuisce alla costituzione femminile (maggiore morbilità) e che invece possiamo ascrivere alle condizioni di vita e di violenza specifiche del genere femminile. In campo sanitario statistiche nazionali e internazionali indicano quanto le donne siano maggiormente a rischio per varie tipologie di disturbi psichico: ansia (attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress); disturbi alimentari (anoressia/bulimia); disturbi ossessivi, depressioni (disturbi dell'umore). Inoltre soffrono di patologie specifiche ed esclusive che non hanno un confronto con l'universo maschile e che prendono il nome dalle tappe di vita biologica (psicosi e depressioni: catameniali, gravidiche, *post-partum* e menopausali).

In particolare le donne:

- Si ammalano o ricevono una diagnosi di tipo psichico, in particolare di depressione, da 2 a 3 volte in più degli uomini;
- Sono le più alte utilizzatrici di servizi psichiatrici sia pubblici che privati;
- Sono le più alte consumatrici di psicofarmaci (Kastrup, 1989).

Questo aspetto dell'epidemiologia psichiatrica trova una perfetta corrispondenza nelle analisi che individuano i più frequenti disturbi psichici nelle donne con storie di violenza riconosciuta e manifesta. Nella direzione di una correlazione e di un rapporto di causalità tra violenza e disturbi psichici si muove un'altra indagine della Banca Mondiale di Washington. In questo studio si stima che una quota considerevole di eventi di morbilità e mortalità tra le donne sia dovuta alla violenza sessuale e di genere. (Heise, 1994)

Spesso la sofferenza connessa all'essere vittima di maltrattamenti psicologici si traduce in veri e propri sintomi. Si può trattare di sintomi psichici o psicosomatici. Diversi studi mostrano come specifiche caratteristiche delle esperienze di violenza siano associate a conseguenze psicologiche e come la gravità e la cronicità degli atti di violenza subiti mostrino un legame con distress psicologico, vissuti di ansia, depressione, PTSD e altri sintomi (Dutton, 1992; Friedrich, 2007; Ranner, Boel-Studt, 2013; Drevies, 2013; East, 2015; Bohara, 2015; Satyanarayana, 2015; Ziaei, 2016; Ahlfs-Dunn, 2016).

Molti disturbi da attacchi di panico, molte manifestazioni ansiose con fobie associate – specialmente claustro e agorafobia – sintomi ossessivo-compulsivi, somatizzazioni (palpitazioni, nodo alla gola, sudorazione), insonnie croniche, disturbi dell'umore, trovano la loro origine in rapporti protratti di maltrattamento psicologico. Molto spesso infatti si riscontrano sintomi quali gastralgie fino alla gastrite e l'ulcera, disturbi dell'alvo, aumento o perdita di peso, facilità ad ammalare, cefalee, irregolarità mestruali, disturbi pressori, mialgie, dolori osteo-articolari, ipoacusie, disturbi dell'olfatto, alopecia, disturbi su base auto-immune, etc.

La diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, a rigore, non dovrebbe essere presa in considerazione nel caso di sintomi psichici associati a maltrattamento, in quanto, per porre tale diagnosi, è necessario che l'evento traumatico sia di natura estrema, implichi cioè una minaccia per la vita.

Preoccupazioni classificatorie a parte, secondo Filippini (2005) sono molte le donne che chiedono una psicoterapia o una psicoanalisi, oppure un trattamento psichiatrico, per sintomi di tipo ansioso, fobico, depressivo, ma anche per stati transitori di depersonalizzazione, o a volte per disturbi delle condotte alimentari, e che, più sordidamente e profondamente, soffrono per relazioni protratte di tipo violento.

È stato riscontrato come nelle donne l'abuso eserciti un forte impatto sui livelli di stress che risultano strettamente associati a problemi di salute (Sutherland, 2002) e agli effetti a livello affettivo, comportamentale e cognitivo della vittimizzazione.

Tra i disturbi e le conseguenze emotive che più frequentemente ricorrono nelle donne vittime di violenza, vi sono la depressione, il disturbo post-traumatico da stress, l'ansia, ideazioni suicidarie, disturbi del sonno e dell'alimentazione (Romito, 2005). Tra le conseguenze comportamentali, è stata documentata in molti studi la correlazione tra l'essere vittima di violenza e l'abuso di sostanze (Kilpatrick et al., 2000) ma il crimine violento incide sullo stile di vita delle vittime anche in altri modi, per esempio inducendole ad evitare particolari persone o luoghi (Scheppelle & Bart, 1983). Un altro gruppo di conseguenze concerne gli schemi cognitivi che le persone possiedono riguardo sé stessi e il mondo; per esempio aumentano la paura nei confronti della criminalità e il senso di vulnerabilità (Greenberg & Ruback, 1992), la tendenza ad auto-colpevolizzarsi (Frazier P.A., 1990), mentre diminuiscono l'autostima (Davis et al., 1996) e la fiducia verso gli altri (Bard & Sangrey, 1986).

#### 2.4.LA DIMENSIONE RELAZIONE NELL'ESPERIENZA DELLA VIOLENZA

Non solo ricerche, ma anche numerosi contributi clinici si sono interrogati sulle ragioni che legano le donne in rapporti che impongono esperienze di violenza, che impediscono l'uscita dalla relazione e che, in sostanza, ne perpetuano la sofferenza: come se la perdita del compagno, benché maltrattante, determinasse l'emergere di un vissuto depressivo più intollerabile del maltrattamento stesso. Diversi studi dimostrano la continuità tra una situazione di dominazione e sfruttamento e l'esercizio di atti violenti contro le donne (Romito 2000, 2005; Reale 2000; Filosofo 2000; Gillioz, 2000). «Le aspettative che la società in generale e il partner in particolare hanno nei confronti delle donne relative alla loro totale disponibilità materiale (vedi lavoro domestico), sessuale, emotiva costituiscono le condizioni in cui i maltrattamenti appaiono per quello che sono, mezzi per mantenere una situazione di supremazia» (Romito 2005).

Al di là di interpretazioni di tipo sociologico, come il sentirsi svalutata in quanto sola, non più parte di un nucleo familiare, non più padrona di casa, domina, madre di famiglia, ci si chiede quale potente legame tenga unita una coppia in cui uno dei due membri esercita il potere, lo sfruttamento, il maltrattamento sull'altro.

Secondo Filippini (2005), una prima risposta, che nasce dall'osservazione clinica di molte di queste donne, è che l'eventualità dell'interruzione di un legame in cui si erano riposte molte speranze, che era stato vissuto come "il rapporto della mia vita", coincidente con matrimonio, famiglia, figli, ecc. rappresenti una minaccia di perdita e una causa di vissuti

depressivi. Tutto ciò, come è noto, può valere sia per un rapporto buono che per un rapporto difficile o, addirittura, per un rapporto caratterizzato dal maltrattamento, perché in quest'ultimo caso la donna ha dovuto mettere in campo tante energie, fare tanti sforzi, erogare tanto impegno, che la sua perdita rischia di lasciare la donna svuotata.

“Se il concetto di masochismo femminile non è la risposta alla domanda sul perché le donne subiscano (e quella offerta dal disturbo di personalità dipendente lo è soltanto in misura limitata), in quale direzione si deve rivolgere lo sguardo? Se non riusciamo a credere che le donne si rivolgono ai Centri Antiviolenza, ma anche agli studi dei professionisti, per la sofferenza derivante da situazioni di maltrattamento, siano malate di masochismo, se ciò non coincide con la nostra esperienza, quale alternativa possiamo offrire al comodo passe-partout rappresentato da questo termine e concetto? Le donne che subiscono sono donne sfortunate oppure sono in qualche modo predisposte a subire maltrattamenti e violenze?” Questi sono gli interrogativi che muovono l'opera dell'autrice, secondo la cui prospettiva la violenza domestica si manifesta lungo una linea continua di gravità crescente. Ad un estremo troviamo la violenza psicologica che si manifesta attraverso il mantenere il controllo ed il potere sulla compagna (spesso anche attraverso lo strumento economico), all'altro estremo troviamo comportamenti fisicamente e sessualmente violenti che mettono la donna in pericolo per quanto riguarda l'esistenza stessa.

Si possono dunque considerare “abusivi” tutti questi comportamenti, non riferendosi soltanto all'abuso sessuale, ma all'insieme dei comportamenti lesivi dell'integrità – inclusa l'integrità psicologica, delle donne.

Nei casi più gravi di abuso si ha spesso a che fare con donne che sono già state vittimizzate nel corso della loro esistenza – soprattutto nell'infanzia – e tendono a rimettersi in situazioni di rischio. Si tratta di donne che provengono da famiglie violente nelle quali hanno assistito alla violenza tra i genitori e sono state loro stesse in vario modo abusate. Queste donne non hanno imparato ad essere protettive verso se stesse e, più in generale, portano nella loro struttura di personalità le stigmate del danno subito. È collegata al danno subito da parte di genitori violenti. Sempre Filippini, a fronte di un ormai consistente numero di osservazioni di queste donne, sostiene che sembra possibile affermare che non si possano individuare in esse tratti comuni che orientino verso una particolare diagnosi psicopatologica predisponente, mentre si possono vedere, con una certa regolarità, le forme sintomatiche degli esiti.

“La domanda “perchè le donne subiscono?” contiene, infatti, una sfumatura di giudizio, come dire che se fossero più furbe o più accorte non subirebbero. Le donne stesse, via via che la loro situazione di maltrattamento si rende più evidente, tendono a colpevolizzarsi per non essere capaci di uscire dalla dinamica perversa. È necessario perciò, nel prendersi cura di loro, stare attenti a non avere lo stesso comportamento colpevolizzante del partner abusivo. Anche il termine di masochismo contiene una sfumatura – anzi più che una sfumatura! – di giudizio ed è, di nuovo, un giudizio negativo, che tende a rovesciare sulla donna la responsabilità: equivale a dire che la donna “subisce perchè le piace” – un giudizio che finisce per essere, oltre che falso, rozzamente offensivo.”

Il contributo di questa autrice, che nasce dall’esperienza consolidata con donne che afferiscono a un centro di assistenza e cura di vittime di violenza, pone in luce la complessità del vissuto emotivo, e del percorso che molto spesso andrà strutturato al di là della valutazione di screening. Uscire da dinamiche di violenza impone un cambiamento e una rielaborazione di aspetti che pur nella loro ambiguità avevano ricoperto valenza di familiarità, poiché abituali.

Giuliana Ponzio (2004), un’autrice che ha una lunga esperienza di lavoro nei Centri Antiviolenza, descrive alcuni passaggi caratteristici delle reazioni delle donne alle situazioni di maltrattamento. Uno di questi è costituito, appunto, da quella che Ponzio chiama “la perdita del punto di vista”.

“Riuscire a conservare il proprio punto di vista ha a che fare con la consapevolezza e la capacità di scelta, vuol dire avere un’identità; perderlo, non riuscire più ad essere certe, essere indotte a pensare che solo l’altro sia il detentore della verità significa diventare deboli e incerte, muoversi in un territorio insicuro” .

Un’altra ragione per cui le donne perdono il loro punto di vista, la lucidità del giudizio su ciò che sta accadendo, è rappresentata dall’isolamento in cui spesso la relazione abusiva le ha confinate.

Per Filippini (2005) *“Del fatto che “qualcosa non va” la donna può rendersi conto all’improvviso, magari in seguito ad un episodio apparentemente insignificante, che però si collega a tanti altri che a questo punto acquistano un senso, anche se è un senso inquietante e non chiaro. C’è l’irruzione nel quotidiano di un alone di minaccia, di anormalità, di perturbante, di qualcosa cioè che da familiare diventa stano, estraneo, incomprensibile, minaccioso.”*(p.79)

Così la donna, all’inizio, e a volte per molto tempo, può tendere a darsi da fare per correggere la situazione che si è venuta a creare, cercando di modificare il proprio

comportamento in modo da rendere più facile la convivenza. Le donne possono attingere, nel reagire a questo genere di circostanze, alle risorse dell'educazione ricevuta e al ruolo culturalmente assegnato loro di garanti dell'unità familiare.

Diversi autori che abbracciano l'approccio psicoanalitico descrivono come l'assumersi la colpa di quanto avviene rappresenti un meccanismo di difesa inconscio rispetto alla consapevolezza della dolorosa assurdità in cui la relazione è precipitata. Una ovvia conseguenza di tutto ciò – ma è difficile decidere se non ne sia piuttosto una causa – è rappresentata dalla perdita, nella donna, della sicurezza di giudizio e di critica, dalla perdita di un sicuro esame di realtà (per esempio Levine, 1990; Fonagy, 2000). Hartmann (1956) ha definito l'esame di realtà come la capacità di differenziare ciò che è soggettivo da ciò che è oggettivo, mentre per Freud il termine indicava la capacità di distinguere tra idee e percezioni.

Quando vi è una perdita della condivisione con gli altri, quando la realtà si fa minacciosa e nello stesso tempo incomprensibile, quando manca un piano di confronto, allora i pensieri non sono più lucidi, vi è incertezza e smarrimento.

Un'ampia parte della letteratura si è interrogata su caratteristiche e strutture di personalità che possono entrare in gioco all'interno di dinamiche dominate da violenza, laddove essa non rappresenta un episodio ma una modalità relazionale consolidata.

Il maltrattamento si sviluppa, per quanto riguarda il perpetratore, soprattutto nell'ambito della patologia borderline, del narcisismo maligno (Kernberg, 1992) e del disturbo antisociale di personalità. Molto spesso il perpetratore riesce a rendere nuovamente vittima una donna che è già stata tale, avendo già subito abusi o violenze nel corso dell'infanzia ed essendone già stata profondamente danneggiata. Sul tema dell'abuso e del maltrattamento fisico esiste ormai una vasta letteratura non psicoanalitica sebbene, spesso, ispirata dalla psicoanalisi (Malacrea 1998, Lewis Herman 1992).

Le perversioni relazionali, invece, sorgono sul terreno della struttura narcisistica di personalità e, anche se non giungono ad espressioni tanto gravi, alla violenza fisica, minano tuttavia la vittima attraverso l'uso sistematico della violenza psicologica. Questa si manifesta, nel rapporto di coppia, nel controllo e nel dominio, esercitati dal perpetratore, sulla sua compagna. La fenomenica del maltrattamento psicologico include il controllo e/o l'appropriazione del suo denaro. Consiste nel provocarne l'isolamento, come pure nell'uso di minacce e di intimidazioni; in un comportamento possessivo e, nello stesso tempo, denigratorio e svalutante; nella colpevolizzazione e nel ricatto.

In “Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro” (1998), Marie-France Hirigoyen, una psichiatra che si occupa delle vittime della violenza dei perversi, traccia un sintetico excursus della fenomenica della perversione. Ella afferma come prima cosa la stabilizzazione del tratto di carattere in questione: si potrebbe dire anzi che la perversione è stabile proprio perchè rappresenta un tratto di carattere. L'autrice dichiara inoltre che il perverso non si mette mai in discussione in quanto non può vivere il conflitto nella propria interiorità; deve espellerlo, collocarlo all'esterno, in qualcun altro.

Tra gli psicoanalisti, Cohen (1992), ha parlato di perversione e specialmente di perversità, per riferirsi al maltrattamento di una persona da parte di un'altra. L'Autore descrive le perversioni come forme di dipendenza patologica, come organizzazioni difensive stabili e molto resistenti al cambiamento: le persone che maltrattano gli altri allo scopo inconscio di esteriorizzare i propri conflitti tendono a diventare dipendenti dalle loro vittime.

Lo sfruttamento di un'altra persona per mettere il conflitto fuori di sé può essere considerato perverso, secondo l'autore, indipendentemente dal fatto che la relazione sia vissuta sul piano sessuale o relazionale. Cohen sostiene che in queste relazioni l'altro viene “deumanizzato” e degradato al livello di oggetto parziale, ricettacolo dell'identificazione proiettiva del soggetto, della sua manipolazione onnipotente e del suo sfruttamento.

Lo scopo di chi maltratta un altro è ottenerne il controllo negandone separazione e autonomia.

Racaimer (1992) sostiene che il principale obiettivo dell'azione perversa è quello di calpestare la verità e di manipolare cose e persone ai propri fini, primo fra tutti l'evitamento di ogni conflitto interiore. Usando l'altro, il perverso si risparmia del lavoro psichico, o meglio se ne difende, in quanto si difende dalla sofferenza che il lavoro psichico comporta, e fa pagare il conto ad altri. Mentre nella relazione con il narcisista l'altro, l'oggetto, può non accorgersi dell'uso che di lui viene fatto, anzi talora può provare piacere, almeno inizialmente, partecipando al senso di eccitazione grandiosa del partner, nella relazione narcisistico-perversa c'è un vero e proprio maltrattamento: l'oggetto assume in modo più chiaro la connotazione di vittima. D'altra parte il perverso non può agire da solo, ha bisogno di un altro, di qualcuno cioè che entri in una specifica relazione con lui. In questo senso la perversione è davvero una patologia relazionale: non la si vede che nel rapporto con un altro, una vera e propria preda che il perverso soggioga e sfrutta a proprio vantaggio.

“La perversione narcisistica è caratterizzata dal bisogno e dal piacere di far valere sé stessi a spese di altri. Si tratta di un piacere specifico. Certo non è erogeno, anche se qualche

aspetto di perversione sessuale vi è spesso, se non sempre, associato. Tale piacere è ottenuto con manovre e comportamenti pragmaticamente organizzati a detrimento di persone reali. Quanto al bisogno che sottende questa perversione, le sue sorgenti inconse, certamente complesse e parzialmente pulsionali (parzialmente è qui una parola che conviene doppiamente), sono fondamentalmente contro-depressive e anti-conflittuali” (Racaimer, 1992, p.304).

Altre dinamiche trattate in letteratura oltre alla perversione, sempre in riferimento alla dinamiche relazionali legate alla violenza, sono legate alla collusione e all’ambiguità. Il termine collusione, per il Vocabolario della Lingua Italiana “Il Conciso” (1998) ha il significato di “Intesa clandestina tra due o più persone per costituire un fine illecito mediante il tradimento della fiducia di terzi”. Nel termine della lingua italiana è dunque implicito il senso di un’intenzione condivisa, benché segreta, verso uno scopo. È, dunque, sinonimo di complicità.

Silvia Amati Sas (1992), una psicoanalista che ha lavorato con vittime della violenza in Argentina, ha descritto alcuni meccanismi di difesa che vengono messi in atto in situazioni estreme.

Per definire il concetto di ambiguità Amati Sas prende spunto da Blejer (1994) che lo ha descritto come una fase normale e molto precoce della vita dell’individuo, caratterizzata da indifferenziazione tra sé e l’oggetto; tale fase viene superata ma aree di ambiguità persistono per tutta la vita, circoscritte e, per così dire, collocate in legami che danno sicurezza. Le persone “depositano”, come dice Blejer, l’ambiguità nelle relazioni familiari ma anche in quelle sociali. La famiglia, le relazioni di coppia, come le istituzioni del mondo sociale, finiscono per contenere le proiezioni di parti infantili, indifferenziate e, contenendole, danno sicurezza, permettendo di essere e di mostrarsi adulti.

“In situazioni estreme, catastrofiche, diventare ambiguo costituisce una difesa che permette un’accettazione non conflittuale della realtà esterna per come essa si presenta” .

La persona diventa allora adattabile, malleabile, permeabile e a-conflittuale. È confusa, perplessa, incapace di reagire e giunge a creare un legame con l’aggressore, a familiarizzare con lui.

Il trauma prodotto dal comportamento del compagno quindi costringe (per così dire, dal momento che si tratta di operazioni largamente inconse e dunque inferite) la donna ad una reintroiezione che la rende fragile e ambigua e, in conseguenza, ancora più confusa e incerta, fino a pensare, in modo paradossale, che quello con il maltrattante costituisca un

legame che, comunque, le dà sicurezza. Un legame, per di più, che molto spesso è rimasto l'unico legame che la donna abbia.

Per Filippini (2005) il concretizzarsi della violenza, fisica o psicologica, infrange il limite di ciò che i partner considerano consensualmente e tacitamente lecito nel loro rapporto. Ma non si limita ad infrangerlo: in realtà, il massimo del suo effetto maligno sta nel fatto che questo evento sposta il limite del possibile, rende cioè attuale la possibilità di recuperare un tabù. Da quel momento in poi, il patto tacito tra i partner è modificato, nel senso che il loro rapporto include la possibilità che l'uno faccia violenza all'altro

C'è in molti casi, nelle donne che vivono esperienze di violenza, una sorta di continua discussione interiore, che è tanto più logorante in quanto avviene in mancanza di confronti con voci esterne alla coppia. *“Una discussione in cui la donna cerca di pensare alle buone ragioni di lui – per non dover pensare, o meglio, per difendersi dal pensare, che lui è veramente come lei a tratti lo vede – perché quello che vede le fa paura e l'addolora. Mentre lei si consuma nella sua ruminazione solipsistica e angosciata, lui sembra non avere dubbi ma solo certezze.”* (Filippini, 2005)

Il pensiero di chi agisce violenza, dice Racaimer (1992) può diventare incredibilmente esperto: tutto volto all'agito, all'espropriazione e alla manipolazione, abile ad utilizzare i gusti e le tendenze, le debolezze e le qualità degli altri, mira solo ai fini, ponendo poca attenzione ai mezzi; così sarà socialmente efficace ma il piacere di prevalere sarà raggiunto solo a detrimento del piacere di pensare.

Infine uno degli aspetti più delicati riveste la dimensione genitoriale, laddove la violenza non si esprime solo nella relazione di coppia ma anche, in maniera più o meno diretta, in quella familiare.

*“I piccoli dell'uomo [...] sono preprogrammati per svilupparsi in modo socialmente cooperativo, che poi lo facciano o meno dipende in grande misura da come vengono trattati”* (Bowlby, 1988).

Il contributo di Bowlby è cruciale per coloro che si occupano della violenza come fenomeno che può e deve essere compreso, per consentire una adeguata ed efficace prevenzione.

Tutti questi fattori possono incidere anche sulla sfera della genitorialità, in particolare intaccando la capacità di promuovere e supportare lo sviluppo fisico, emotivo, sociale, economico ed intellettuale del proprio figlio (Bornstein, 1991). Le madri vittime di violenza presentano inoltre un maggiore rischio di esercitare violenza fisica e negligenza nei confronti dei loro figli (Ross 1996).

A loro volta, i ragazzi che sono testimoni o vittime di violenza domestica presentano una maggiore probabilità rispetto ai loro coetanei di incorrere in eventi negativi, sotto forma di disagio internalizzato come depressione ed ansia, o sotto forma di disagio esternalizzato, come aggressività e delinquenza (Ruback & Thompson, 2001).

La distruttività umana, così come il trauma psicologico, non possono essere capiti senza passare attraverso il riconoscimento dell'importanza intrinseca delle relazioni umane nel nostro sviluppo e nel nostro senso di benessere (De Zulueta, 2009).

## 2.5. DONNE IMMIGRATE E RISCHIO DI VIOLENZA

Alla luce delle statistiche Istat (che dedicano ampio spazio all'analisi delle tematiche legate alla violenza, osservando nello specifico come questi aspetti varino in relazione alla nazionalità), così come alle considerazioni del capitolo precedente sulla complessità dell'esperienza migratoria, appare significativo interrogarsi sulla situazione delle donne immigrate e sui fattori che possono renderle maggiormente a rischio.

I fattori di rischio che possono determinare una situazione potenziale di violenza sono numerosi. Sono generalmente fattori di rischio generici che possono interessare sia gli immigrati sia la popolazione autoctona quale i comportamenti anomali nelle relazioni storicamente determinate risultante situazioni di emarginazione socio-economica che riguardano le cattive condizioni di vita abitativa, sanitaria ,una situazione di "stressa da transculturazione" che riguarda ovviamente solo gli immigrati e che è legato a tutti gli accadimenti psico-culturali della migrazione quale l'identità e il cambiamento. Vi possono essere anche rischi specifici legato al fallimento o alla minaccia di fallimento del progetto migratorio che generalmente non concerne solo l'interessato diretto, ma la Famiglia nel suo insieme (Castiglioni, 2001)

Sempre secondo Castiglioni (2001) Violenza e Famiglia sono due categorie che anche in senso simbolico sembrano annullarsi reciprocamente. Rimane tuttavia un binomio che accompagna le relazioni nella loro quotidianità. La rilevanza sociale del fenomeno non dipende della sua essenza precedente, ma discende dal fatto che vi è una maggiore visibilità sociale degli scenari di violenza intrafamiliare. La storia a noi più vicina ricorda come la violenza fosse pressoché istituzionalizzata nel senso che la subalternità sociale della donna al marito era ampiamente accettata. Se all'interno di questi aspetti pressoché comuni a tutti i ménage autoctoni e non, si inserisce elementi di cambiamenti forti quale

l'immigrazione la situazione si complica ulteriormente. Infatti, con l'immigrazione le relazioni tra moglie e marito si modificano. Vi sono aspetti positivi di questi cambiamenti, quale il coinvolgimento dei padri e dei mariti nella cura sia dei figli sia della casa, coinvolgimento che in precedenza non era possibile nel paese di origine in quanto i modelli e i riferimenti culturali non lo permettevano. Infatti, "col venire meno della rete familiare soprattutto femminile, muta la divisione del lavoro familiare e i mariti e padri sono quasi costretti ad occuparsi della cura dei figli e a fare cose che nel paese di origine non avrebbero mai fatto"(Balsamo, 1991). Gli aspetti negativi del cambiamento invece sono spesso quelli che possono scatenare le violenze all'interno della famiglia. I fattori di rischio che possono determinare una situazione potenziale di violenza in generale sono legati comunque a mutazioni sia nel rapporto di coppia sia nelle modificazioni della soggettività degli interessati. L'immigrazione e quindi lo sradicamento genera una fragilità fisico-psichica che può permanere nel tempo. Questa situazione di fragilità può essere peggiorata da un insieme di condizioni di vita non favorevoli che incidono negativamente nel rapporto di coppia.

Si è visto inoltre come la migrazione sia un cambiamento che riveli l'identità, mettendola anche in pericolo. Infatti, *"la migrazione, oltre a mettere in discussione l'identità dello straniero, mette in discussione l'identità della collettività ospitante... Lo straniero oltre a rimettere in discussione la sua identità, è chiamato a riformularla in un altro contesto, un ambiente nuovo, egli è sottoposto a continui aggiustamenti, una continua negoziazione rispetto a un modello, o un gruppo o una cultura non più stabile, non più stabile, non più nota."* Se i continui aggiustamenti, i continui cambiamenti, la continua ricerca di un equilibrio non sono coronati da successi, vi è un rischio di cattivo inserimento nel contesto di immigrazione, cattivo inserimento che avrà delle conseguenze dirette nelle relazioni sia all'interno sia all'esterno della famiglia. Inoltre il prolungamento nel tempo della nostalgia, sentimento normale in situazione di migrazione, è un fattore di rischio per l'inserimento dello straniero nel nuovo contesto. (Castiglioni,2001)

Infatti, *"il cambiamento è un processo incluso nelle potenzialità del cervello umano, il non sopportarlo rappresenta uno squilibrio nella dinamica dei processi vitali dell'individuo"*. (Favaro & Tognetti Bordogna,1989)

Lo straniero, nel nostro caso la coppia, nel relazionarsi tende a misurarsi ad "agire" e a "valutare" il rapporto di coppia solo in funzione della cultura del suo contesto di origine. Ciò non facilita il vivere "qui e ora" ed è spesso la donna che subisce la situazione di disagio in quanto il cambiamento del suo ruolo è più marcato: "Il cambiamento del ruolo

sociale cui le donne che migrano sono costrette è più forte di quello che interessa l'uomo nelle stesse condizioni. Il cambiamento è dovuto principalmente al fatto che esse debbano coniugare lavoro salariato e il lavoro familiare, a differenza di quanto generalmente succedesse nel paese d'origine"(Terranova Cecchini & Tognetti Bordogna, 1992).

L'assenza di un reticolo familiare è un elemento che può ostacolare la socializzazione nel nuovo paese. Infatti, l'esperienza migratoria scandita da cambiamenti, rottura e riequilibrio, è segnata soprattutto per le donne, da una condizione di solitudine affettiva.

Vi è un senso di isolamento, di non appartenenza, e di precarietà, conseguente spesso ad una disgregazione del nucleo familiare d'origine.

La lontananza dalla propria comunità di appartenenza, dai propri familiari e un marito spesso poco presente in casa sono gli elementi che spiegano in parte il vuoto di cui possono soffrire certe donne straniere.

Un segnale che traspare in quasi tutti gli episodi di violenza intrafamiliare registrati riguarda la progressiva fragilità della rete parentale che è direttamente proporzionale alla chiusura e al ripiegamento su di sé del nucleo. La nuclearizzazione e l'isolamento progressivo del gruppo familiare sia dalle famiglie di origine sia dal contesto, hanno come conseguenza l'insorgere di problemi di relazione. Questi problemi di relazione sono spesso dovuti alla dicotomia fra mondo maschile e mondo femminile, alla codificazione rigida tra uomo e donna che sfocia spesso in violenza.

Inoltre "l'assenza del controllo sociale, esercitato dalla famiglia estesa e dal gruppo sulla coppia, fanno sì che i fantasmi proiettati verso il sesso opposti (legati alla mitologia infantile e alla tradizione popolare) smettano di funzionare."(Favaro & Tognetti Bordogna, 1991)

La famiglia che nella nostalgia appare come un sostegno perduto non può fornire quegli appoggi concreti, soprattutto femminili, realizzabili negli scambi di servizi e nel controllo diretto sulla violenza. Normalmente tra i due rami esiste una continuità di scambi e c'è un filo diretto di controllo sociale sulla coppia e sulla donna. (Castiglioni, 2001)

Le famiglie d'origine non vengono più coinvolte come prima nella vita quotidiana della coppia vuoi per i motivi di dichiarata rottura con i modelli tradizionali vuoi perché la donna che subisce la violenza non può informarle per paura di ritorsioni o per paura di non essere compresa.

Infatti, con l'immigrazione, la donna è costretta a fronteggiare ed a sviluppare delle modalità nuove di comportamento. Essa è chiamata a reinterpretare il suo ruolo anche all'interno del rapporto di coppia.

*"Con l'emigrazione il rapporto tra i coniugi all'interno della famiglia in genere subisce profonde modificazioni. Le donne giunte in Italia, abituate in patria all'obbedienza e al servilismo, sono costrette ad autonomizzarsi e a gestire da sole il proprio danaro, il proprio lavoro, il tempo; inoltre hanno messo in discussione il ruolo dell'eventuale marito-padrone, con conseguenti divorzi e separazioni..."* (Favaro & Tognetti Bordogna, 1991) Inoltre, in situazione di immigrazione, le tradizioni, le abitudini, i costumi e i linguaggi, di cui è portatore il migrante spesso sono diversi da quelli del paese di "accoglienza". Questa diversità può essere una risorsa ma può diventare anche fattore di alto rischio di non "integrazione" quando le due culture non si "incontrano" ma si "scontrano". Questo "scontro" può determinare una situazione di precarietà, di disagio che si ripercuote principalmente nel rapporto di coppia.

In una recente intervista "Violence, what is the antidote", (2016) il Filosofo e Psicoanalista Jungiano Umberto Galimberti, mette in luce l'importanza dell'educazione emotiva, quale antidoto alla violenza. Dal livello impulsivo, dove l'espressione è affidata ai gesti, si può proprio grazie all'educazione all'affettività, arrivare a una risonanza emotiva nei confronti degli agiti che si compiono. Più siamo abituati alla parola e al pensiero, meno prende la meglio il rischio e l'impulsività delle nostre azioni.

## CAPITOLO TERZO

### LA RELAZIONE D'AIUTO DEGLI OPERATORI NEI CONFRONTI DI CHI VIVE ESPERIENZE DI DISAGIO- SOCIO ECONOMICO E DI VIOLENZA

*“Se ciò che dico risuona in te,  
è semplicemente perché siamo entrambi rami di uno stesso albero”  
(William Butler Yeats)*

#### 3.1. INTRODUZIONE

Le esperienze di migrazione, di adattamento ad una nuova realtà spesso assai diversa e resa complessa da situazioni di disagio socio economico che minano la propria autonomia, di dinamiche di violenza che possono a vario titolo impattare sul benessere personale e familiare e sul piano identitario, rivestono una tale urgenza e complessità di cui gli operatori non possono non tenere conto, sia nella propria formazione che nella quotidianità del proprio operare. Anche quando il contatto assume delle valenze di aiuto concreto, l'intensità di questi aspetti non può non rendere la relazione strumento fondamentale. La non consapevolezza di ciò rischia di avere significativi effetti negativi non solo per gli utenti, impedendo in maniera efficace una comunicazione autentica, ma anche per gli operatori stessi che scelgono inizialmente la propria attività con grande investimento che rischiano di perdere col tempo, non riuscendo a valorizzare al meglio la propria motivazione e competenza.

Ecco perché la formazione dell'operatore che si confronta con utenti che vivono situazioni di tale drammaticità non può prescindere da interventi di prevenzione che ne tutelino il benessere psicofisico e l'equilibrio personale necessario per prestare al meglio il proprio servizio in situazioni di disagio e di emergenza. In questo capitolo ci si focalizzerà dunque sulle tematiche legate alla parte di ricerca relativa agli operatori. Si metterà in luce il tema dello stress, le sue specificità in contesti che richiedono lo stretto contatto con utenza e la possibile evoluzione nella sindrome del burnout.

La sindrome del *burnout* ha consistentemente aumentato il proprio manifestarsi negli ultimi anni, a fronte di un fenomeno che ha determinato nuovi contesti conoscitivi e operazionali di interesse multidisciplinare. Si è rivelato essenziale focalizzare gli elementi di innovazione, determinando e classificando la natura e gli aspetti fondamentali della sindrome, in modo da renderne conoscibili cause, sintomi, conseguenze al fine di mettere in atto, tempestivamente, opportune misure preventive. Il *burnout* è un fenomeno di estremo interesse per le professioni di aiuto, che hanno implicito nel loro mandato il dare una risposta professionalmente qualificata alle diverse istanze di sostegno avanzate

dall'utente. Si tratta di attività che coinvolgono operatori a livello emotivo poiché prevedono il quotidiano contatto e raffronto con le difficoltà e le sofferenze di quanti si rivolgono loro. Si pensi per esempio ai medici, agli psicologi, agli infermieri, agli assistenti sociali, agli assistenti domiciliari: tutte queste professioni sono *high-touch*, implicano cioè numerosi contatti diretti con persone in difficoltà.

Il *burnout* è una sindrome psichica che ha come esito un disadattamento dell'individuo, dove prevalgono la chiusura ed il distacco; una risposta non adattiva allo stress, un esaurimento delle risorse del soggetto (Maslach, 1982).

Esso va inteso come un processo multifattoriale che riguarda sia i soggetti che la sfera organizzativa e sociale nella quale essi operano. Tale processo inizia nel momento in cui l'operatore o il professionista sperimenta una sensazione di stress e di esaurimento, e percepisce che questa non possa essere alleviata attraverso una soluzione attiva dei problemi che deve fronteggiare. Questa convinzione porta a diversi cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento, che si possono riassumere tutti nell'idea di una fuga psicologica, nella speranza illusoria che non si aggiungerà ulteriore sofferenza alle tensioni e ai disagi (Maslach, 1982). Il burnout si radica sempre in una situazione originaria di stress ma, mentre lo stress è un fenomeno essenzialmente individuale, il burnout è un fenomeno prevalentemente psicosociale (Maslach, 1982) e proprio per questa sua natura assume una specifica centralità in questo capitolo così come nelle ricerche. Verranno esposti i principali modelli teorici, le cause e le linee di intervento che dal versante individuale si aprono al gruppo e alla prospettiva comunitaria. Ci si focalizzerà inoltre sugli stili di coping, le modalità più o meno funzionali con cui l'operatore può far fronte alle richieste e al loro valore preventivo. Si riserverà uno spazio dedicato al costrutto dell'empatia, la capacità di coinvolgimento che non sfocia in un'eccessiva identificazione, al fine di mostrare la sua centralità e il suo legame con le altre variabili oggetto della ricerca. Infine il capitolo si concluderà con considerazioni sugli interventi di prevenzione e formazione e sulla loro centralità in relazione a queste tematiche.

### 3.2. LA RELAZIONE D'AIUTO CON L' UTENZA CHE VIVE SITUAZIONI DI SIGNIFICATIVO DISAGIO

*“Nella fragilità si nascondono valori di sensibilità e delicatezza,  
di gentilezza estenuata e di dignità,  
di intuizione dell'indicibile e dell'invisibile  
che sono nella vita,  
e che consentono di immedesimarci con più facilità e con più passione  
negli stati d'animo e nelle emozioni,  
nei modi di essere esistenziali, degli altri da noi”  
Eugenio Borgna*

In ogni relazione d' aiuto la comunicazione assume un ruolo centrale, così come la capacità di cogliere i bisogni che più o meno esplicitamente l'utenza segnala all'operatore. Dal momento che questo Progetto di Ricerca si rivolge a operatori volontari, professionisti che svolgono il proprio operato in maniera gratuita e costante, si ritiene importante focalizzarsi su queste tematiche prima di entrare nel vivo delle variabili d'indagine, che vedono la centralità della prevenzione del rischio di burnout.

Nella sua accezione più ampia, il volontariato è connaturato alla natura umana; rappresenta una “spinta vitale” che porta la persona ad affiancarsi e sostenere chi si ritiene più bisognoso (Fusco-Karmann, 2006). Definito come “il prestare, gratuitamente o quasi, la propria opera presso enti pubblici o privati, per acquisire la necessaria esperienza pratica o per conseguire un determinato titolo” ( Vocabolario della Lingua Italiana Zingarelli), questo fenomeno ha subito una profonda trasformazione negli ultimi anni. Per molti secoli il volontariato ha risposto ad un “bisogno di carità”, caratterizzato pertanto da un'impostazione religiosa (Fusco-Karmann; Gangeri, Tamburini, 1996). Attualmente l'impegno sociale fa fronte non tanto ad un “bisogno di carità” quanto a un' esigenza di solidarietà: il rispetto della diversità e la cooperazione rappresentano le linee guida per promuovere questo progetto di aiuto (Fusco-Kartmann, Tamburini, Soprani, 1998). Il volontariato non si riduce più ad un'azione di assistenza individuale (*do-it yourself*): è divenuto un movimento strutturato che pretende dai suoi membri, oltre ad un'essenziale spinta motivazionale, anche una completa formazione, professionalità e rispetto delle regole (Legge quadro sul volontariato n. 266, Agosto 1991). La formazione del volontariato non si propone la mera acquisizione di un set di conoscenze ma piuttosto la

comprensione di sé mediante il ruolo assunto : il risultato diviene una nuova consapevolezza del proprio essere con se stesso e con l'altro da sé (Fusco-Karmann, 2006). Partendo dall'analisi su se stessi si possono scoprire diverse ragioni che sottostanno alla spinta di fare volontariato, esse possono essere prosociali ma anche assumere connotazioni egoistiche. È necessario contemplare bisogni, aspettative e scopi che possono essere significativamente diversi anche tra i volontari della stessa associazione e che possono convivere nella stessa persona.

Nelle ricerche psicologiche che si sono occupate dell'argomento il modello più conosciuto che individua sei classi di motivazioni al volontariato è quello "funzionalista" di Snyder e collaboratori (Clary et al., 1998; Omoto, Snyder, 1995; Snyder, Clary, Stukas, 2000;; Snyder, Omoto, 2001; Snyder, Omoto, Crain, 1999; Stukas, Snyder, Clary, 1999):

- **valori personali** (*values*): esprime la presenza di interesse umanitario per gli altri.
- **comprensione** (*understanding*): permette di mettere in pratica abilità, capacità e conoscenze che altrimenti rimarrebbero inespresse.
- **valori sociali** (*social*): permette relazioni significative con gli altri.
- **carriera** (*career*): permette di avere vantaggi per la propria carriera.
- **protezione** (*protection*): protegge l'Io dai sensi di colpa per essere più fortunato di altri o per sviare l'attenzione dai problemi personali.
- **miglioramento** (*enhancement*): vengono utilizzate le risorse positive dell'Io per accrescere la fiducia in sé stessi e l'autostima.

Oltre all'interesse per il prossimo e alla volontà di aiuto molti autori hanno sottolineato gli aspetti "egoistici" che possono apparire strettamente legati alle motivazioni che portano a intraprendere queste esperienze. Batson (1987; 1998) distingue tra interesse empatico, come motivazione puramente altruistica, e il disagio personale dove si aiuta il prossimo per ridurre il personale stato di disagio di fronte alla sofferenza altrui; si tratta in questo caso di motivazione egoistica.

Il volontariato rappresenta, in taluni casi, un mezzo per accrescere la propria autostima perché ci si sente utili, indispensabili o con una parte di rilievo nel miglioramento della condizione di vita di un'altra persona. In altri casi, invece, rappresenta un'occasione per occupare il tempo libero, o un'occasione di socializzazione, soprattutto per persone che hanno ampia disponibilità di tempo e cercano occasioni per mettersi alla prova, per impegnarsi socialmente. Infine, soprattutto per i giovani e per coloro che non sono ancora entrati nel mondo del lavoro, il volontariato rappresenta un'occasione di fare esperienze ed

acquisire abilità facilmente spendibili in diversi contesti lavorativi. Studi recenti sul volontariato giovanile hanno confermato che l'impegno volontario è caratterizzato, oltre che da un andare verso l'altro, anche da un attingere dall'altro.

Citando Pangrazzi (2000) *“quando si parla di volontari c'è la tendenza a sottolineare l'aspetto gratuito del loro servizio, il loro altruismo, la loro dedizione, il loro disinteresse. In realtà la loro gratuità e il loro altruismo vanno ridimensionati. È vero, i volontari non sono pagati ma non lavorano per niente. Il volontariato non è solo un modo per aiutare gli altri, ma uno strumento per appagare esigenze ed interessi personali. Scavando un po' sotto le intenzioni più genuine e altruistiche, si trovano molti risvolti personali. Per alcuni il volontariato è molto gratificante perché dà significato nuovo alla vita, per altri serve ad alleviare un certo senso di isolamento; per altri ancora può contribuire alla pace interiore o alla soddisfazione di avere un certo protagonismo.”*

Un altro aspetto che può rientrare tra le motivazioni egoistiche è il riconoscimento sociale di cui gode il volontario. È plausibile pensare che, visto che l'attività di volontariato risulta agli occhi della società positiva e benefica, queste qualità vengano trasferite su chi effettua l'attività e quindi venga giudicato più positivamente e favorevolmente rispetto al resto della società.

Ulteriore aspetto psicologico che contribuisce alla scelta di fare volontariato è, secondo Caprara (2003), l'autoefficacia percepita dai volontari. La disposizione ad aiutare, la percezione della propria efficacia personale e dell'organizzazione nella quale si opera sono motivazioni ad impegnarsi nell'attività perché questa offre concrete opportunità di sviluppo personale e professionale, aumentano la soddisfazione derivante dalla propria attività di volontario. Invece se la motivazione all'impegno volontario è orientata alla ricerca di opportunità di lavoro remunerato, la soddisfazione è minore. L'intenzione di continuare a fare volontariato, a sua volta, è influenzata positivamente dalla soddisfazione, dall'integrazione e dalla percezione della propria efficacia, mentre una motivazione «alla carriera» ha, anche in questo caso, un impatto significativamente negativo.

Sentirsi integrati nel gruppo dell'associazione crea soddisfazione e benessere, fa sviluppare il senso d'identità: percepire l'attività di volontariato come parte integrante della propria personalità ed identità, favorisce la riuscita e la lunga durata dell'attività di volontariato.

Nell'ottica dell'invecchiamento attivo, il volontariato è una delle attività privilegiate dalle persone anziane. Con l'allungarsi della vita e del benessere molti anziani in pensione decidono di dedicare le loro risorse all'interno delle associazioni di volontariato. Questo accresce la loro autoefficacia, aiuta a sentirsi ancora attivi nel mondo, con uno scopo

preciso in sostituzione del lavoro, inoltre favorisce la socializzazione alleviando il senso di solitudine e abbandono che spesso vivono queste persone. Dopo aver vissuto una vita attiva ci si ritrova a dover riorganizzare il tempo, scandito in precedenza dal lavoro e dai ritmi frenetici della vita quotidiana. Con la pensione i tempi si allungano, le ore in cui non si è impegnati in attività si dilatano ed è in queste ore che il volontariato si colloca per scandire con nuove attività e orari la quotidianità. Si può affermare che, sia per le persone anziane che per adulti e giovani, fare volontariato produce benessere per il volontario stesso, per il contesto sociale in cui egli vive e per chi riceve l'aiuto.

I percorsi formativi avvengono nella gran parte dei casi in gruppo, spazio in cui la persona impara ad ascoltare, a riconoscere i diversi modi di esprimere le emozioni e ad individuare le difficoltà, sia pratiche che relazionali, nel rapporto con l'utenza. Il gruppo offre un'atmosfera di contenimento dei vissuti e rappresenta uno dei momenti di maggior comunicazione tra il volontario e l'Ente di appartenenza.

I principali obiettivi che il volontario deve perseguire sono riconducibili a tre aree : il "sapere" (*knowledge*), il "saper fare" (*skills*) e il "saper essere" (*attitude*). Per *knowledge* si fa riferimento alle competenze che il volontario dovrebbe avere circa la propria prestazione, le conoscenze culturali e professionali sulle situazioni che andranno trattate, la capacità di aggiornarsi in merito. "Skills", il saper fare, si concretizza nell'organizzazione del servizio, svolgendo i propri compiti e riconoscendo i confini del proprio intervento, collaborando in maniera proficua con le varie figure dell'equipe. Infine il volontario, anche e soprattutto attraverso la valorizzazione dell'esperienza, dovrebbe divenire consapevole dell'importanza del suo operato in un'ottica di intervento multidisciplinare, valutando l'impatto delle esperienze vissute dagli utenti, identificando il proprio personale atteggiamento di fronte alla sofferenza e ponendo sempre attenzione agli aspetti etici, prestando ascolto empatico.

Di fronte al crescente numero di utenti e al purtroppo sempre minor tempo disponibile, il volontario, se adeguatamente formato, può facilitare l'identificazione e il soddisfacimento dei bisogni: inoltre un adeguato livello di informazioni risulta avere un effetto positivo sulla qualità di vita dell'utente, riducendo i sintomi di ansia e depressione (DeLorenzo & Ballatori, 2004).

Infine è importante considerare che oggi alcuni Enti, come quello oggetto della ricerca, richiedono ai propri volontari di mettere in campo competenze e strumenti che fanno parte del proprio background professionale. In questo caso l'attenzione va posta non solo alle motivazioni ma anche alle ripercussioni del carico lavorativo pur in una condizione di

gratuità. Come verrà esplicitato nella presentazione della ricerca e dei risultati, gli operatori del Centro San Fedele che rientrano nella ricerca sono professionisti (farmacisti, medici, avvocati, psicologhe) che svolgono la propria attività con costanza settimanale anche come operatori volontari del Centro. Ecco dunque che il capitolo successivo si pone da ponte e apre agli interrogativo di quanto e come il carico per un operatore a stretto contatto con un utenza fortemente disagiata possa rivelarsi eccessivo.

### 3.3. LA SINDROME DEL BURNOUT

*“e neppure la notte ti lascian da solo,  
gli altri sognan se stessi, e tu sogni di loro”  
Fabrizio De André*

#### 3.3.1. DALLO STRESS AL BURNOUT

Hans Selye definiva lo stress come *“una risposta aspecifica dell’organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall’ambiente esterno”* (Selye, 1978).

Si tratta della reazione a qualsiasi situazione (fisica, biologica o psicosociale) cui far fronte e in cui l’individuo sperimenta una discrepanza tra le domande che l’ambiente esterno gli pone e le sue possibilità di risposta. Il soggetto “stressato” avverte la necessità di impiegare risorse ed energie superiori a quelle che usa normalmente. Il concetto di stress, cui solitamente viene data valenza negativa, può assumere anche connotati positivi: è grazie a tale risposta che l’individuo riesce ad affrontare i cambiamenti e le quotidiane difficoltà. In senso fisiologico, quindi, lo stress è vitale e ineliminabile poiché necessario per l’adattamento. Il modello di Selye prende il nome di *General Adaptation Syndrome*. Secondo la formulazione dell’autore, il processo comprende tre stadi:

- Reazione dall’allarme: consiste in uno squilibrio tra la richiesta e le risorse disponibili. L’individuo, mobilita energia nel tentativo di difendersi dallo stimolo stressante.
- Fase della resistenza: l’energia mobilitata viene consumata, più o meno rapidamente, nel tentativo di far fronte alla situazione. L’individuo mette in atto un costante impiego di energia finalizzato al controllo dello stress.
- Esaurimento: si verifica quando le energie residue sono state consumate e il peso delle richieste diventa insostenibile, vengono meno le capacità di adattamento che hanno resistito fino a quel momento. Solitamente l’individuo che giunge a questo punto è spinto ad intraprendere delle azioni per rimediare alla situazione e mette in atto una serie di difese, di sforzi per controllare i conflitti e le richieste che eccedono le risorse disponibili. (Selye, 1956).

Tuttavia una richiesta dell'ambiente troppo forte, ripetuta o prolungata nel tempo, può determinare una "cronicizzazione" della risposta biologica dell'organismo. Lo stress, infatti, può aggravare tutti gli stati disfunzionali e patologici, indipendentemente dalla loro causa primaria.

Lo stress è dannoso quando:

- gli stimoli sono troppo intensi e/o prolungati nel tempo;
- tra una reazione da stress e l'altra non vi è un periodo di recupero sufficiente;
- vi è una quantità eccessiva di stimoli di lieve entità che, proprio perché inavvertiti, non vengono gestiti adeguatamente. (IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, 2008).

Il concetto di stress si articola in tre differenti fasi: la prima di *allarme*, nella quale l'organismo reagisce agli stressors (fisici, biologici e psicosociali); una seconda, chiamata di *resistenza*, caratterizzata dal precario equilibrio delle difese allertate precedentemente; infine, nell'ultima fase, vengono meno le difese, a causa del perdurare degli agenti stressanti, e si verifica uno stato di "*esaurimento funzionale*" (Selye, 1978).

Lazarus (1984) ha prestato attenzione al fatto che gli stimoli esterni, soprattutto se di lieve intensità e di tipo psicosociale, vengono valutati e soppesati diversamente da ciascun individuo: esiste infatti una variabilità individuale sia nell'elaborazione cognitiva ed emotiva dello stressor che nella conseguente modalità di risposta. Ogni agente stressante che "colpisce" un individuo può provocare due reazioni, una positiva (eustress) ed una negativa (distress) che può sfociare in patologie psicosomatiche, in base alla capacità dell'individuo di trovare in sé le risorse necessarie per affrontare la situazione di emergenza.

Dover affrontare una situazione difficile può indurre una reazione di adattamento nel soggetto coinvolto (stress) e quest'ultima può cristallizzarsi in una vera e propria sindrome (burnout).

Il termine burnout, comparve in lingua inglese negli anni '30, nel gergo dell'atletica sportiva, per designare quel fenomeno per cui, dopo alcuni successi, un atleta promettente si esauriva e dava delle prestazioni al di sotto delle aspettative. In seguito, cominciò a diffondersi negli Stati Uniti, in riferimento a situazioni di calo del rendimento dovuto al venir meno di stimoli motivazionali. Tale fenomeno venne descritto per la prima volta all'inizio del 1900 da Kraepelin, che mise in evidenza come fosse possibile giungere ad un "esaurimento", a causa delle condizioni disagiati della vita professionale degli operatori che lavoravano in ambito psichiatrico. I primi scritti su tale argomento, dai romanzi alle pubblicazioni scientifiche, descrivono fenomeni che includono affaticamento, perdita di

idealismo e passione per il lavoro. Ciò che infatti emerse da queste prime ricerche fu la concettualizzazione del burnout come una sindrome psicologica, in risposta ai fattori di stress interpersonali cronici ; le tre dimensioni che emersero furono: esaurimento travolgente, sentimenti di cinismo e distacco, un senso di inefficacia e mancanza di realizzazione (Ferrari, 2014).

reudenberger, nel 1974, fu il primo ricercatore che offrì un contributo scientifico allo studio del burnout, definendolo come un determinato quadro sintomatologico individuato in operatori di servizi sanitari particolarmente esposti agli stress a causa di un rapporto diretto e continuativo con un'utenza particolare e fortemente disagiata. Definì il burnout come "stato di esaurimento determinato dall'aver a che fare con persone in situazioni impegnative sotto il profilo emozionale. Il burnout è come fallire, logorarsi, consumarsi o essere esaurito dal porre eccessive richieste alle proprie energie, forze o risorse".

Negli Stati Uniti si attuarono le prime osservazioni su persone che svolgevano diverse professioni di aiuto come infermieri, medici, poliziotti che mostravano una condizione di esaurimento emotivo derivato dallo stress provocato dalle situazioni lavorative e da fattori ambientali; si trattava quindi di un insuccesso nel processo di adattamento, accompagnato a malfunzionamento cronico. Il termine venne ripreso anche della psichiatra americana Christina Maslach nel 1975, che lo usa per definire una sindrome i cui sintomi evidenziavano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Secondo Maslach (1976), gli operatori dell'aiuto si caricerebbero quindi di una duplice fonte di stress: sia quello personale, che quello della persona aiutata; "la relazione tra l'operatore e l'utente è così diretta che le capacità personali sono implicate più delle abilità professionali e tecniche, per il contatto diretto e continuo con persone in difficoltà, implicando risorse emotive e capacità relazionali che facilmente si logorano, lasciando l'operatore sofferente, demotivato, indifferente verso la professione e le persone cui si occupa".

Secondo la definizione di burnout fornita da Maslach nel 1976, si tratterebbe di "una forma di stress interpersonale cui consegue il distacco dall'utente e la perdita di interesse per le persone con cui si lavora", "una malattia professionale tipica delle helping professions".

Può essere definito come una sindrome, in cui coesistono tre dimensioni fondamentali:

- "*esaurimento emotivo*", ovvero la sensazione di essere emotivamente inaridito e di sentirsi esaurito, di aver consumato le proprie risorse emozionali per affrontare la realtà quotidiana;
- "*depersonalizzazione*", intesa come distacco e indifferenza nei confronti sia del lavoro che dell'utente a cui viene rivolto il proprio servizio: si manifesta in un atteggiamento di

allontanamento, distacco, insensibilità e rifiuto verso coloro che richiedono la prestazione professionale, ma anche verso i collaboratori;

- “*sentimento di inefficacia: mancata realizzazione personale e professionale*”, che comporta sfiducia nelle proprie competenze ed inibizione del desiderio di successo, si riferisce a un sentimento di fallimento professionale, dovuto alla percezione di inadeguatezza al lavoro.

Folgheraiter (1994) ha introdotto un quarto elemento: “perdita delle capacità di controllo”, cioè lo smarrimento del senso critico che permette di attribuire all’esperienza professionale la giusta dimensione, essa tende invece ad assumere un’importanza smisurata nell’ambito della vita di relazione e l’individuo non riesce più a “distanziarsi” mentalmente, avendo reazioni emotive spesso impulsive o in ogni caso dettate da aspetti propri non adeguatamente elaborati.

Queste componenti sintomatiche fondamentali configurano il burnout come una sindrome multidimensionale e si susseguono in una evoluzione dinamica che ha come fattore chiave, per l’avvio del processo, l’esaurimento emotivo, elemento necessario ma non sufficiente. I segni dell’esaurimento emotivo, che possono manifestarsi da soli o in associazione, sono costituiti da impotenza psichica, rabbia, impazienza, irritabilità, incremento delle tensioni e dei conflitti, scontroosità, fatica cronica, che possono sfociare in veri e propri sintomi fisici quali frequenti cefalee, nausea, tensioni muscolari e disturbi del sonno. Le conseguenze dell’esaurimento emotivo diventano evidenti quando si percepisce una sensazione di vuoto dove si ha l’impressione di non avere più niente da offrire agli altri. La depersonalizzazione è una reazione all’esaurimento emotivo quando quest’ultimo non viene fronteggiato con adeguate *strategie di coping*, di cui in seguito si parlerà in maniera più approfondita. Tale reazione comporta l’estraniarsi dalle questioni e dalle problematiche si manifesta con atteggiamenti di chiusura o negatività verso gli altri, verso se stessi e il lavoro, che si configurano in un atteggiamento cinico; è quindi un tentativo di creare una barriera tra sé e gli utenti, ignorando attivamente le qualità che li rendono persone uniche e meritevoli di attenzione e interesse: le richieste appaiono più “gestibili” se li si considera “oggetti” del lavoro. La “mancata realizzazione personale” porta a un sentimento di sfiducia nelle proprie capacità, all’instaurarsi di un disimpegno che conduce a un abbassamento della qualità del servizio offerto (Maslach, 1976). Nella terza componente, il sentimento di efficacia viene compromesso, interferendo con l’esaurimento e la depersonalizzazione (Leiter, 1993).

L’operazionalizzazione delle tre dimensioni sopra descritte (esclusa la “perdita delle

capacità di controllo”) ha portato alla costruzione del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), lo strumento diagnostico più conosciuto e diffuso per la misura del fenomeno che verrà descritto nel dettaglio nel capitolo dedicato alla presentazione della ricerca, in cui si è deciso di utilizzarlo.

Sono quattro, secondo il modello di Edelwich e Brodsky (1980), le fasi che caratterizzano lo svilupparsi del burnout:

- fase “*dell’entusiasmo idealistico*”, accompagnata da aspettative di successo, di miglioramento del proprio status ed è caratterizzata dalle motivazioni consapevoli e non, che hanno indotto alla scelta di svolgere delle attività caratterizzate da una componente altamente relazionale;
- fase della “*stagnazione*”, in cui l’operatore si rende conto che i risultati del suo impegno sono incerti. Il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi, si rende conto di come le esperienze iniziali non coincidono con la realtà lavorativa. Diminuiscono quindi l’entusiasmo, l’interesse e il senso di gratificazione legati alla professione, passando da un eccessivo investimento e un graduale disimpegno;
- fase della “*frustrazione*”, in cui il soggetto avverte sentimenti di inutilità, inadeguatezza e insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato e di non essere più in grado di aiutare davvero nessuno. Tali soggetti possono assumere atteggiamenti passivo-aggressivi, oppure mettere in atto comportamenti di fuga;
- fase “*dell’apatia*” caratterizzata da una totale chiusura in sé stessi, con perdita del desiderio di aiutare gli altri. In questa fase l’interesse e la passione verso il proprio lavoro si spengono completamente; all’empatia subentra l’indifferenza e il disimpegno emozionale. Candura (2010) identifica un’unica definizione, che racchiude e sintetizza tutte le precedenti: “*la sindrome del burnout è un insieme di sintomi che testimoniano l’evenienza di una patologia del comportamento ed è tipica di tutte le professioni ad elevato investimento relazionale: infermieri, psicologi, assistenti domiciliari e sociali, medici, insegnanti, poliziotti, giudici possono incorrere in questo esaurimento emotivo che conduce a una diminuzione inevitabile delle capacità professionali*” (Candura, 2010).

Maslach e Leiter (2000), in seguito, raffinarono le proprie considerazioni sul burnout e lo definirono un fenomeno caratterizzato da esaurimento (stanchezza psicofisica e sensazione di essere emotivamente svuotato), disaffezione lavorativa (atteggiamento negativo e di distacco verso l’attività lavorativa) e ridotta efficacia professionale (sensazione di diminuzione o perdita sia della propria competenza professionale che del proprio desiderio

di successo); non solamente legato ad un disagio individuale, ma forte segnale di un malessere diffuso, che si esprime attraverso uno o più individui e che può essere compreso ed affrontato solo se lo si considera come un problema che coinvolge l'intera organizzazione in cui si manifesta. Al suo estremo opposto, in un ipotetico continuum, si è presunta esserci la dimensione del *job engagement*, ovvero la propensione dell'individuo a lavorare con grande energia, ad essere emozionalmente coinvolto e a sentirsi efficace nel proprio lavoro.

### 3.3.2.PRINCIPALI MODELLI TEORICI

I modelli interpretativi che possono essere utilizzati per comprendere il fenomeno del burnout sono molteplici, in letteratura si rintracciano tre grandi approcci: quelli psicodinamici, quelli cognitivi e quelli appartenenti alla tradizione degli studi sullo stress lavorativo.

-*Modelli dinamici*: si rifanno al pensiero di Freudenberg (1974) e riconducono il fenomeno sul piano individuale. La base del burnout sarebbe da ricercarsi nelle aspettative elevate, come conflitto tra le mete da raggiungere e le risorse personali. L'individuo in burnout tende a non modificarsi e non modificare le situazioni che producono stress, perseguendo con accanimento i propri obiettivi. Colpisce quindi le persone "super-achiever", con un *commitment* molto elevato, che hanno un'immagine idealizzata di se stessi. Tali soggetti, anche di fronte a fallimenti, mantengono una percezione di sé idealizzata, attraverso strategie di difesa dalla realtà e dal proprio vero sé, come il distacco e il disimpegno.

Anche il modello di Fischer (1983) appartiene a questo approccio: l'autore individua nei sentimenti cinici e di distacco, tipici del burnout, un collegamento con il "trauma narcisistico" conseguente ad un abbassamento dell'autostima individuale, dovuto alle frustrazioni sperimentate rispetto al proprio operato in ambiti in cui si è avuto un forte investimento personale e ideale.

-Al filone dei modelli *cognitivi* appartengono Edelwich e Brodsky (1980), i quali sostengono che il burnout abbia origine non tanto dal mantenimento dell'illusione, ma dalla perdita dei propri ideali. Un ruolo centrale è occupato dal processo di disillusione, che si sviluppa a partire dal confronto con la realtà; anche se le cause del burnout restano le aspettative idealistiche dell'individuo.

Pines (1993) è associato all'approccio esistenziale: l'individuo predisposto al burnout è

altamente motivato e carico di obiettivi e aspettative personali, professionali ed esistenziali verso l'attività lavorativa e, trovandosi poi in un ambiente di lavoro stressante, sperimenta un senso di fallimento che lo conduce al burnout. Un ambiente supportivo può fornire le necessarie risorse alla persona per invertire tale processo.

-Modelli *ecologici*: secondo tale prospettiva, il comportamento umano sarebbe visto in termini di adattamento della persona alle risorse e alle circostanze. Viene messa in relazione l'insorgenza del burnout con la consapevolezza del soggetto di una disponibilità di risorse insufficienti per far fronte alle richieste imposte dal lavoro (Ferrari, 2014).

Hobfoll (1989) ha elaborato un modello denominato "Teoria della Conservazione delle Risorse", che permette di studiare i fenomeni di stress in termini di risorse perse a livello individuale.

Quando l'operatore sperimenta una perdita di risorse, cercherebbe di limitare i danni conservandole, evitando il dispendio di energie. Ambiguità di ruolo, conflitti, carico di lavoro ed eventi stressanti rappresentano alcune delle richieste lavorative più impegnative. Le risorse che possono favorire la reazione positiva allo stress sono la qualità delle relazioni con i colleghi e superiori, l'autonomia, il controllo e la partecipazione alla presa di decisioni (Hobfoll & Freddy, 1993).

L'autrice che ha operato un allargamento di prospettiva rispetto ai suoi contemporanei, è ancora una volta Maslach (1978, 1982), ipotizzando come causa primaria del burnout, insieme alle caratteristiche individuali, il sovraccarico emozionale a cui l'operatore sociale si trova esposto: gli utenti in condizione di bisogno attivano una serie di richieste emozionalmente coinvolgenti e difficili da affrontare. L'ipotesi è che l'esaurimento emotivo sia la prima e diretta conseguenza delle eccessive richieste interpersonali quantitative e qualitative. Sottolinea l'importanza del "sostegno sociale" come mediatore nella relazione tra le caratteristiche individuali e lo sviluppo della sindrome del burnout (Maslach, 1982).

Un ulteriore modello che assume una valenza centrale in una prospettiva comunitaria è quello di Cherniss (1980), che come in seguito Bramhall e Ezell (1981) e Cournoyer (1988), ha adottato il modello della *General Adaptation Syndrome* per spiegare il processo del *burnout*, che appare in questo modo fortemente connesso al processo di stress.

Diversamente dal più generale punto di vista di Seyle, Cherniss si riferisce in modo specifico all'ambito delle *helping professions*. Il modello messo a punto da Cherniss introduce il concetto di investimento energetico: il *burnout* appare come una malattia da eccesso di impiego che l'operatore vive e dalla quale non riesce a liberarsi. A causa della

condizione di disagio, la persona si ritira psicologicamente dal lavoro, perdendo così entusiasmo ed interesse per la propria attività. Secondo tale autore il burnout rappresenta una particolare modalità di reazione negativa al lavoro, ma anche come un processo in grado di svolgere funzioni adattive per individui che dispongono di scarse strategie per interagire positivamente con tale realtà.

Cherniss afferma che il *burnout* rappresenta “*un singolare tipo di risposta a una situazione di lavoro intollerabile, o meglio una ritirata psicologica dal lavoro in risposta ad un eccessivo stress o insoddisfazione.*” (Cherniss, 1980).

Quando l'operatore comincia a sentirsi insoddisfatto o frustrato perché non riesce a risolvere i problemi con la gente, ecco che tende a ritirarsi psicologicamente per difendersi dal rischio di esaurirsi. Si tratta quindi di un processo nel quale un professionista precedentemente impegnato si disimpegna dal proprio lavoro in risposta allo stress e alla tensione sperimentata sul lavoro, una situazione in cui ciò che era una vocazione diventa soltanto un lavoro. Cherniss sottolinea la condizione in cui un operatore di aiuto assume atteggiamenti rigidi e distruttivi fino a rifiutare non solo il suo lavoro, ma anche lo scopo stesso per cui lo fa (Cherniss, 1980).

Più specificamente, secondo tale modello lo sviluppo del *burnout* segue tre stadi:

- nel primo stadio, quello dello stress, detto anche fase dell'esaurimento, l'operatore avverte uno squilibrio tra richieste e risorse disponibili, ed il disagio inizia a insinuarsi come stress lavorativo;
- il secondo, ovvero la fase della crisi interiore o della tensione nervosa, è la fase in cui lo stress conduce a uno stato di tensione nervosa in cui l'operatore avverte stanchezza, fatica psicologica, facile irritabilità e demotivazione;
- infine, nella terza fase, quella della difesa, per far fronte alla tensione accumulata dentro, sviluppa atteggiamenti di rigidità, cinismo, distacco emotivo, e tende a trattare gli utenti in modo meccanico e impersonale (accomodamento psicologico).

Nel 1980 Cherniss elenca una serie di sintomi tratti dalla letteratura sulla sindrome del *burnout* negli operatori dei servizi socio-sanitari e li aggrega in quattro categorie:

1. Sintomi fisici: fatica e senso di stanchezza, frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali, raffreddori e influenze, cambiamenti delle abitudini alimentari, insonnia e uso di farmaci.
2. Sintomi psicologici, quali senso di colpa, negativismo, sensazioni di fallimento ed immobilismo, alterazioni dell'umore, irritabilità, scarsa fiducia in sé, scarse empatia e capacità d'ascolto.

3. Reazioni comportamentali, come alta resistenza ad andare al lavoro, assenteismo e ritardi, tendenza ad evitare o rimandare i contatti con gli utenti, ricorso a procedure standardizzate.

4. Cambiamenti di atteggiamento con gli utenti, cui si dimostra chiusura difensiva ai contatti, cinismo, perdita di disponibilità all'ascolto, distacco emotivo, indifferenza, colpevolizzazione; utilizzo di misure del controllo del comportamento come l'uso di tranquillanti; atteggiamenti sospettosi o paranoici. Anche con i colleghi si sviluppano atteggiamenti di evitamento dei contatti e di risentimento.

Anche se il *burnout* può sorgere in qualsiasi momento della carriera lavorativa, Cherniss giudica i primi anni di lavoro come i più critici per lo sviluppo di questa sindrome. In questi anni, infatti, si forma nei soggetti il nucleo dei valori e degli atteggiamenti verso il lavoro che perdureranno durante la carriera. L'incontro con i limiti e gli aspetti realistici della professione portano facilmente ad una diminuzione dell'idealismo con cui il soggetto si era avvicinato al nuovo lavoro e ad un calo dell'entusiasmo. Spesso i soggetti diventano più preoccupati delle tecniche e delle procedure perdendo di vista gli obiettivi e i significati del lavoro.

L'autore adotta un approccio centrato sulla convinzione di una sistematicità "allargata" della formazione della sindrome, ovvero di una processualità intesa non come effetto lineare di un rapporto stimolo-risposta, bensì come costruzione di nuovi comportamenti interattivi con l'organizzazione nel suo complesso. La relazione, all'interno della quale si produce e si risolve la sindrome, si allarga, in questo caso, a comprendere la situazione organizzativa da un lato, e l'ambiente socio-culturale esterno dall'altro.

Il *burnout* inteso da Cherniss può essere letto come la richiesta, più o meno esplicita, di nuove e più elevate aspettative nei confronti del lavoro. Emerge quindi, in quest'autore, una puntuale analisi della struttura organizzativa definita come le proprietà formali e razionali di un'organizzazione e la conseguente necessità di privilegiare l'intervento di cambiamento nella struttura organizzativa rispetto alla componente individuale o culturale, poiché è in essa che si possono rilevare le maggiori e più realistiche possibilità di modifica in tempi brevi.

Anche se Cherniss appartiene allo stesso indirizzo della Maslach, si differenzia dal suo modello nell'importanza attribuita alla relazione con l'utente nell'eziologia del *burnout*. Maslach, infatti, definisce il *burnout* come un processo interpersonale che comporta il distacco dall'utente, mentre per Cherniss è il risultato di un processo transazionale tra cause organizzative e abilità generali, in cui un ruolo importante è ricoperto dalla

motivazione.

La visione che Cherniss propone del fenomeno del *burnout* è dunque molto legata al concetto di stress. Lo stress può essere considerato come una condizione caratterizzata da uno squilibrio tra richieste e risorse disponibili. I concetti di stress e *burnout*, pur presentando molte affinità, non coincidono l'uno con l'altro poiché il *burnout* consiste in una particolare forma di risposta a certe condizioni di stress. Concettualmente, lo stress è il genere e il *burnout* è la specie.

Il contributo degli studiosi degli anni '70 consisteva in ricerche quali interviste, casi-studio e osservazione sul campo.

Maslach (1982) intervistò molti lavoratori di diversi servizi alla persona, sul tema dello stress emozionale nel loro lavoro, e scoprì che le strategie di coping hanno importanti implicazioni per l'identità professionale delle persone e il loro comportamento sul luogo di lavoro. La componente di depersonalizzazione, il cinismo, emergeva anche dalle interviste quando le persone descrivevano il modo in cui cercavano di far fronte agli stressor ambientali provenienti dal loro ambiente. La diminuzione della compassione per gli utenti, attraverso una distanza emozionale da essi, era percepita come un modo per proteggersi dall'intensa attivazione emotiva che poteva interferire con il funzionamento efficace sul posto di lavoro. Alle interviste si aggiungevano anche osservazioni sul campo, sempre concentrate sul ruolo centrale delle relazioni.

Negli anni '80 gli studi sul burnout passarono alla ricerca empirica sistematica. Si tratta di studi di natura quantitativa, con questionari e metodologie di indagine e di analisi con ampi campioni. Lo scopo era di andare a misurare il burnout e per questo furono creati numerosi strumenti di misura.

Negli anni '90, sempre con l'approccio empirico, il concetto di burnout fu esteso ad altri lavori oltre quelli di tipo assistenziale e sociale, che ponevano le loro radici nella cura della persona e nella relazione, grazie a indagini di studi longitudinali che collegavano l'ambiente di lavoro, i sentimenti e i pensieri delle persone (G. Ferrari, 2014)..

Rispetto allo stress, il burnout si differenzia per i seguenti aspetti:

- lo stress presenta sempre uno specifico quadro psico-fisico, il burnout si caratterizza maggiormente per le dimensioni psicologiche ed emotive che lo connotano;
- lo stress è una reazione momentanea di adattamento, che in seguito può rientrare nella norma, mentre il burnout è una sindrome che presuppone un lungo processo: è

infatti considerato uno stress lavorativo prolungato nel tempo e cronicizzato, che difficilmente rientra spontaneamente (Schaufeli e Enzemann, 1998);

- lo stress può essere legato a diversi aspetti della vita lavorativa, poiché fa riferimento a un generico disadattamento, il burnout invece comprende un aspetto legato alla dimensione interpersonale (la depersonalizzazione); il logoramento delle relazioni sembra essere una conseguenza dello stress e non una sua caratteristica intrinseca (Caprara & Borgogni, 1998).

Il burnout è “la sindrome di chi si esaurisce a tutto campo” senza precisa sintomatologia psicosomatica, ma in maniera più sottile, quasi impercettibile, e con tempi molto lunghi (Rossati & Magro, 1999).

In tutte le ricerche il burnout sembra connotarsi ad un livello specificamente interpersonale, soprattutto per la depersonalizzazione, l’atteggiamento di malevolenza, l’indifferenza e il cinismo verso i destinatari del proprio lavoro, che sono stati più volte interpretati come meccanismo di difesa della relazione emotivamente troppo coinvolgente con l’utente (G. Ferrari, 2014).

### 3.3.3.FATTORI DETERMINANTI

Il *burnout*, come sottolineano Rossati e Magro (1999), è un fenomeno più complesso rispetto allo stress, perché determinato non solo dalle componenti dello stress individuale, ma anche da variabili storico-sociali e culturali che possono accelerare il passaggio dallo stress al *burnout*. Perciò, mentre lo stress viene definito un fenomeno individuale, il *burnout* rappresenta come più volte sottolineato un fenomeno fondamentalmente psicosociale (Rossati & Magro, 1999).

Quattro aspetti di tale relazione assumono un’importanza particolare:

- **La focalizzazione sui problemi.** Nella maggior parte delle relazioni d’aiuto i destinatari sono, per definizione, persone che presentano problematiche o forme di disagio. Il motivo per cui cercano aiuto è rappresentato dal fatto di essere in situazioni di sofferenza, incapaci di badare a se stessi, di risolvere le situazioni. Nella maggior parte delle relazioni di aiuto, quando i problemi degli utenti trovano risoluzione, essi terminano di richiedere prestazioni: quando la persona sta bene, ritorna alla normalità e non ha più bisogno dell’aiuto, così la relazione ha termine. Ovviamente, questo riduce la possibilità di vedere le persone nelle situazioni positive oltre che in quelle negative: coloro che ritornano dagli operatori lo fanno

perchè il problema si è ripresentato.

- **La mancanza di feedback positivo.** Quando si compie un'azione per qualcuno, si desidera spesso sapere se il nostro intervento è stato positivo: se lo ha gradito o no, se ha prodotto qualche cambiamento. Questo feedback informa non solo della buona qualità del proprio operato, ma anche sull'apprezzamento dei propri sforzi, andando ad incidere sull'autostima e valore personale e professionale. I professionisti dell'aiuto desiderano ricevere questo feedback come chiunque altro, tuttavia possono divenire oggetto di critiche sul proprio operato: a volte sono biasimati perchè non danno abbastanza aiuto, in altri casi diventano il bersaglio di commenti. Il loro lavoro è inoltre spesso dato per scontato. Il feedback quindi, se è presente, tende ad essere negativo, a sottolineare ciò che manca.

Con il passare del tempo l'operatore può cominciare a provare sentimenti negativi verso le persone che considera "ingrate".

- **Il livello di stress emozionale.** Ogni operatore nell'ambito delle professioni d'aiuto, a seconda del campo in cui lavora, percepisce come maggiormente stressante emotivamente un certo evento piuttosto che un altro. Da questo punto di vista, è dunque presente una grande variabilità individuale.
- **La possibilità di cambiamento o miglioramento.** La visione delle persone è influenzata dal loro livello di risposta: se essi non sono reattivi tendiamo a sviluppare sentimenti negativi nei loro confronti. Le persone indifferenti alla presenza dell'operatore, che non forniscono feedback, che non ascoltano, tendono a "de-umanizzare", e così si instaura un circolo vizioso.

Alcuni autori (Armstrong, 1977; Maslach, 1978, 1979) individuano nella tipologia dell'utenza un'importante variabile connessa al fenomeno del *burnout*.

In particolare, Maslach indica tra le categorie di utenti che risultano maggiormente stressanti, i *pazienti terminali*, specie se si tratta di bambini, e *pazienti con psicosi* (anche se non tutti allo stesso modo). Alcuni assistenti sociali, ancora secondo la stessa autrice, riferiscono inoltre la propria difficoltà a lavorare con casi di *incesto* e con *minori abbandonati*.

Consolini (1987) collega la difficoltà ad occuparsi di pazienti psicotici alla distanza tra i risultati e le aspettative; Pines e Maslach (1978) aggiungono che tali aspettative nei confronti di questo tipo di utenza si determinano all'epoca della formazione dell'operatore. Farber e Heifetz (1982), parlano della frustrazione derivante dal lavoro con *pazienti con idee di suicidio e omicidio*, con *depressi* e con situazioni particolarmente resistenti.

Gli utenti cronici, e fra questi coloro che sono portatori di una grave disabilità e gli anziani, rappresentano forse la categoria più difficile (Maslach, 1978), proprio perché la realtà della sua situazione riesce a cancellare le illusioni più tenaci.

*“L’operatore è tanto più messo alla prova quanto più sperimenta che il proprio amore e la propria dedizione sono impotenti di fronte all’altrui bisogno. Tale consapevolezza si fa più acuta quando la persona che abbiamo di fronte ci trasmette più vivamente il dolore e l’ineluttabilità della sua decadenza, della cronicità, della morte. Il burnout di ciascun operatore si definisce clinicamente nel modo in cui queste terribili realtà si riflettono in lui e si coniugano col suo personale immaginario”* (Del Rio, 1990).

Rivestono poi un ruolo importante i fattori organizzativi, ad esempio il modo in cui si stabiliscono i processi decisionali e di controllo nell’ambito lavorativo, o meglio la possibilità di partecipare alla presa di decisione all’interno dell’organizzazione, in modo tale che l’operatore possa godere di una certa autonomia nella conduzione del proprio lavoro, o meno.

Sono soprattutto le decisioni intraprese da una struttura di potere gerarchica che aumentano lo stress lavorativo e il *burnout* nei servizi, in quanto riducono la libertà di espressione e le risorse personali dell’operatore e limitano la possibilità di controllo sugli eventi del proprio lavoro.

Vi è infatti una maggiore incidenza di *burnout* proprio fra operatori di organizzazioni strutturate in modo rigido e burocratico, dove l’accentramento del potere decisionale ad alti livelli della gerarchia, con la predominanza di aspetti burocratici e con una limitazione dell’autonomia dell’operatore, rende passivo l’operatore.

Un altro aspetto rilevante dell’organizzazione riguarda il clima in cui si svolge l’attività lavorativa, cioè la qualità dei rapporti all’interno dei gruppi di lavoro.

L’importanza dei rapporti all’interno dello staff è stata messa in evidenza da Pines (1993), che ha evidenziato come la possibilità di incontrarsi è condizione utile per evitare situazioni di tensione. La mancanza di confronto evidenzia, al contrario la sfiducia e il distacco tra gli operatori.

Anche Cherniss (1980) parla di importanza delle relazioni all’interno del gruppo di lavoro, sottolineando che il rapporto con i colleghi permette di discutere, di scambiarsi informazioni, di ricevere feedback, di percepire l’unità e la solidarietà del gruppo nel caso di conflitti, ed è infine occasione di reciproca stimolazione ad operare meglio.

#### 3.3.4. GLI EFFETTI DEL BURNOUT

La sintomatologia del burnout è ampia ed articolata. Essa si manifesta negli individui con tempi e modalità molto eterogenea. Numerosi autori hanno affrontato l'argomento: Cherniss e Freudenberg per esempio hanno dato molta importanza a questo aspetto all'interno dei loro modelli.

Burish (2002) compie un tentativo di sintesi a partire da diversi contributi che emergono dalla letteratura e sostiene che i sintomi del burnout siano riconducibili a sette tipologie fondamentali, elencate di seguito, all'interno delle quali sono individuabili ulteriori specificità.

La prima tipologia è quella dei *sintomi premonitori* e comprende l'acceso impegno verso gli obiettivi (iperattività, sensazione di essere indispensabili, rimozione di successi e delusioni) e l'esaurimento che comporta mancanza di energie e stanchezza.

La seconda categoria comprende tutti quei comportamenti derivati dalla riduzione di impegno, sia verso il lavoro che verso gli utenti (vi è stereotipizzazione e colpevolizzazione nei loro confronti) mostrando cinismo, difficoltà nell'ascolto, perdita dell'empatia. Si riscontra un aumento delle rivendicazioni che risulta legato alla perdita degli ideali e alla sensazione di scarsi riconoscimenti.

La terza tipologia è quella delle *reazioni emotive* in cui rientrano la depressione e l'aggressività. La *depressione* è caratterizzata da sentimenti di colpa, autostima ridotta, amarezza, senso di vuoto, pessimismo, sentimenti di impotenza e di apatia, mentre l'aggressività da colpevolizzazioni ed accuse nei confronti degli altri, impazienza, intolleranza, irritabilità, diffidenza, rabbia e, di sentimento risentimento.

La quarta consiste nel *declino*: sia dell'efficienza cognitiva, che della motivazione e della creatività. Emergono difficoltà di concentrazione e memoria, disorganizzazione, in capacità decisionale; la fantasia e la flessibilità risultano ridotte. Si sviluppa inoltre una sorta di resistenza a cambiamenti di ogni tipo. La quinta è l'*appiattimento* della vita emotiva (che porta all'inacidimento delle reazioni emotive e all'indifferenza), sociale e psichica. Aumentano l'isolamento e la chiusura in se stessi. Le *reazioni psicosomatiche* costituiscono la stessa tipologia. Possono insorgere disturbi del sonno, problemi sessuali, palpitazioni cardiache, cefalee e si può riscontrare un indebolimento della reazione immunitaria. Infine vi è la settima tipologia, la *disperazione* che comporta un atteggiamento negativo e una crisi personale esistenziale.

Il Burnout si rivela dannoso anche per gli utenti (che ricevono servizi carenti), come più volte messo in luce, per l'Istituzione e per alcuni versi anche per i familiari stessi dell'operatore (che vedono un'invasione delle tematiche e delle difficoltà anche nell'ambito privato). Secondo Maslach (1992) la fronte dell'insorgenza del burnout, l'effetto che va maggiormente monitorato ed evitato ha a che fare con la possibilità che l'assistenza diventi sistematica, di routine, causando un cambiamento non funzionale nel modo in cui l'operatore si prende cura degli altri.

### 3.4. GLI STILI DI COPING

Il coping, secondo Lazarus e Folkman (1984), è un processo che nasce da una transazione tra le richieste dell'ambiente e le risorse personali di un individuo. Lazarus, in particolare teorizza il coping come risposta a una specifica situazione stressante e non una componente stabile di personalità.

Si tratterebbe quindi *“dell'insieme degli sforzi della persona, sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, per gestire le richieste interne ed esterne poste da quelle interrelazioni tra persona e ambiente valutate come eccedenti le risorse possedute”* (Lazarus e Folkman, 1984). Il coping viene quindi considerato come un processo dinamico, che cambia nel tempo, in risposta al mutamento sia delle richieste ambientali, sia della valutazione cognitiva dei soggetti nei confronti della situazione. La valutazione cognitiva, conscia e attiva, della potenziale minaccia, è punto di mediazione tra l'evento stressante e la risposta individuale del soggetto all'evento. L'adattamento psicologico delle persone a nuove circostanze può essere facilitato od ostacolato da fattori contestuali specifici. Tali fattori includono tanto le risorse e le vulnerabilità individuali, quanto le risorse e i vincoli ambientali (Hobfoll, 1989).

Negli anni '70 Lazarus e collaboratori distinsero due principali forme di coping: centrato sul problema o *problem focused* e centrato sulle emozioni o *emotion focused*.

Nel coping *centrato sul problema*, l'individuo percepisce un evento come minaccioso e, dopo una prima fase di negazione, segue quella di “preparazione” all'azione. L'individuo, infatti, sente l'esigenza di ripristinare l'equilibrio, inserendo nei suoi schemi interni la situazione stressante. Questi, resi vulnerabili dalla situazione, devono riassetarsi in modo da poter inglobare il fattore stressogeno e riequilibrarsi. L'individuo che metterà in atto una strategia cognitiva e comportamentale orientata ai problemi, si percepirà come capace di affrontare la situazione tramite le proprie risorse interne ed esterne. Si tratta di un

atteggiamento attivo verso la situazione, che mira alla modificazione, risoluzione, riconcettualizzazione e minimizzazione degli effetti percepiti possibili da una situazione stressogena

La risposta di coping *centrata sulle emozioni* è legata a risposte che si instaurano quando il soggetto sperimenta un senso di inefficacia personale rispetto alle proprie risorse. Un coping orientato al controllo emozionale mira alla riduzione dello stato emotivo negativo. In seguito, l'individuo percepisce di non essere in possesso di risorse per la risoluzione del problema, e scopo del coping diverrà quello di evitare un breakdown emozionale e del sopravvento delle emozioni (Lazarus e Folkman, 1984).

Il coping quindi può definirsi come l'insieme di azioni che seguono una valutazione cognitiva primaria e secondaria, che mira a ridurre uno stato di disequilibrio interno (positivo o negativo) dovuto alla sensazione di non avere risorse interne/esterne per far fronte all'evento percepito come minacciante. Le sue funzioni sono duplici:

- il ripristino di un equilibrio tra ambiente interno ed esterno;
- l'evitamento di *breakdown* emozionale.

Successivamente, al modello sono stati aggiunti il *coping centrato sull'evitamento*, dove l'individuo ignora la possibile minaccia, impegnandosi in compiti sostitutivi; è il meno efficace, più disadattivo e non porta alla risoluzione del problema (Endler & Parker, 1990).

Le credenze, i valori, la cultura, le risorse economiche, la situazione ambientale nella quale vive l'individuo, rappresentano tutte variabili che influenzano la capacità e le possibilità di far fronte alle situazioni. Hobfoll (1988, 1989) propone una distinzione tra quattro diversi tipi di risorse che un individuo possiede per far fronte alle situazioni:

- *risorse oggettuali*: si tratta del possesso di oggetti fisici (macchina, casa ecc.) che fungono da base per la pianificazione di un'azione mirata alla risoluzione del problema;
- *risorse energetiche*: includono la possibilità di avere denaro, credito, favori da altre persone e conoscenze per la risoluzione del problema. Se un individuo percepisce come deboli le proprie risorse, e quelle della comunità di appartenenza a cui può attingere, tenderà ad avere una strategia di risposta orientata alle emozioni e all'evitamento ;
- *risorse personali*: sono le caratteristiche e/o abilità che un individuo possiede come efficacia nel lavoro, status sociale;
- *risorse di condizione attuale*: si riferiscono al contesto di vita quotidiana e della

propria appartenenza

Mearns e Cain (2003) hanno approfondito il ruolo svolto dal coping e dalle aspettative di regolamentazione degli stati d'animo negativi (*Negative Mood Regulation Expectancies*), concentrandosi sulla relazione tra stress e burnout.

La tendenza a sperimentare una vasta gamma di stati d'animo e di umore negativo, come depressione, ansia e rabbia, influisce sulla valutazione e sulla percezione di fattori ed eventi stressanti a livello professionale. Ruolo essenziale è quindi svolto dall'affettività negativa, poiché caratterizza la relazione stress-coping (Schaubroeck et al., 1992), e ciò viene anche confermato da Gunthert, Armeli e Cohen (1999), che hanno mostrato come le persone con un'elevata affettività negativa, che sostengono di aver sperimentato un numero consistente di eventi interpersonali stressanti, formulino valutazioni più negative. Alte aspettative di regolamentazione degli stati d'animo negativi predicono un uso maggiore di strategie di coping attivo e allo stesso tempo più bassi livelli di distress e di burnout (Catanzaro, 1993; Catanzaro e Mearns, 1999; Kirsch, 1990; Mearns, 1991; Kassel, Jackson, e Unrod, 2000; Mearns e Cain, 2003). Ciò rafforza l'idea che coloro che sono fortemente convinti di poter affrontare eventi stressanti risultano essere meno vulnerabili a tutte le conseguenze negative.

Alla luce di queste considerazioni si è ritenuto importante inserire la valutazione del coping nel progetto di ricerca rivolto agli operatori, anche alla luce del fatto che se il burnout rimane un tema specifico legato a chi presta il proprio operato, la tematica delle strategie di coping riguarda gli operatori da una duplice prospettiva. Essi infatti sono da un lato chiamati a confrontarsi in maniera più o meno diretta con le capacità degli utenti di far fronte a situazioni stressanti, ed al contempo ciò richiede a loro stessi la messa in atto di modalità che possano essere funzionali e far fronte alle richieste.

### 3.5.L'EMPATIA

*“Il termine empatia fa riferimento alla capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone, sulla base della comprensione dei loro segnali emozionali, dell'assunzione della loro prospettiva soggettiva e della condivisione dei loro sentimenti (Bonino S., 1994).”L'empatia è risonare emotivamente con l'altro, il riprodursi in noi di uno stato affettivo simile a quello dell'altro “(Reda, 1982). Il tema dell'empatia è uno dei più centrali per la psicologia e le scienze sociali, dal momento che si tratta di una*

delle maggiori capacità di un professionista delle relazioni d'aiuto o di un membro del gruppo capace di aiutare gli altri (Freedman, 1984).

Il termine empatia deriva dal Greco "en pathos" per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava il cantore (aedo) al suo pubblico. Letteralmente "en pathos" significava sentire dentro, cioè sperimentare il modo in cui l'altra persona vive un'esperienza.

Robert Vischer, studioso di arti figurative, introduce, in filosofia, alla fine dell'Ottocento, il concetto di empatia., definendo, con questo termine, la capacità della fantasia umana di cogliere il valore simbolico della natura, *Einführung* "sentire dentro".

Agli inizi del '900 Lipps introduce la dimensione dell'empatia in Psicologia, parlando di partecipazione profonda all'esperienza di un altro essere, introducendo così il tema dell'altro da sé..

Egli sosteneva che l'istinto umano fosse portato ad imitare, a riprodurre movimenti, atteggiamenti altrui, e, nei casi in cui questo accade, non si ripetono solo le manifestazioni esteriori ma anche gli stati emotivi che li accompagnano: possiamo «sentire» ciò che l'altro sente e proiettarci fino a lui.

Nel 1934 Mead, filosofo, sociologo e psicologo statunitense, considerato tra i padri fondatori della psicologia sociale, affermava che per avere un'efficace interazione comunicativa è necessario "mettersi nei panni dell'altro", cioè assumere il punto di vista di quest'ultimo. Solo superando il proprio egocentrismo cognitivo risulta davvero possibile l'interazione comunicativa quindi, ad esempio, un genitore che implementa un'interazione comunicativa efficace, favorisce nel ragazzo la creazione di un dialogo interiore affine al proprio e questo facilita l'interiorizzazione delle regole sociali (Mead, 1934). Mead chiaramente non era a conoscenza dell'esistenza dei neuroni specchio, ma la sua teoria sull'interazione comunicativa anticipava già, da un punto di vista psicologico-sociale, ciò che oggi sappiamo sotto il profilo neurofisiologico.

Kohut (1984) contestualizza la tematica all'interno della relazione clinica, definendo l'empatia la modalità attraverso la quale il mondo psicologico del paziente entra in contatto col terapeuta. Sostiene, inoltre, che l'empatia sia una capacità innata che permetterebbe a chiunque di comprendere gli stati psicologici altrui, essendo alla base dei legami tra gli individui (Kohut, 1959; 1981; 1984).

Secondo Rogers, l'autore forse più associato a questo concetto, vista la centralità che assume anche in ambito terapeutico, gli individui possiedono ampie risorse per autocomprendersi e per modificare il concetto di sé, gli atteggiamenti di base e gli

orientamenti comportamentali. Queste risorse emergono quando viene fornito un clima di atteggiamenti psicologici facilitanti (Rogers, 1979).

Tale clima viene generato dalla presenza di tre condizioni essenziali: genuinità, considerazione positiva incondizionata ed empatia.

L'empatia è uno dei concetti fondamentali nel pensiero di Rogers, il quale la definisce come la capacità di sentire i sentimenti dell'altro *come se* fossero i propri, senza perdere mai la connotazione del *come se*: "Sentire l'ira, la paura, la confusione del cliente *come se* fosse mia, ma senza aggiungervi la mia ira, la mia paura, la mia confusione; questa è empatia" (Rogers, 2000). Rogers utilizza una metafora spaziale per esplicitare il concetto di empatia: sapersi muovere nel mondo interno dell'altro *come se* fosse il nostro. Egli afferma inoltre che l'empatia è un processo piuttosto che uno stato e il modo di essere empatico ha varie sfaccettature. L'empatia ti permette di entrare nel mondo dell'altro e far sì che diventi familiare, implica l'essere sensibili e riuscire a comprendere qualsiasi cambiamento d'umore dell'altra persona, significa vivere temporaneamente la sua vita senza essere giudicanti ed essere compagni fidati del mondo interiore ", aiutare la persona a focalizzare e ad approfondire i significati della sua esperienza.

Il modello elaborato da Hoffman (2008) descrive lo sviluppo dell'empatia in un modo più articolato e complesso, estendendo la definizione di empatia a una serie più ampia di reazioni affettive che sono coerenti con il sentimento provato dall'altro.

Un'importante scoperta, nell'ambito degli studi sull'empatia, è quella dei neuroni specchio, studiati per la prima volta nel 1992 da Rizzolatti e dalla sua équipe di ricercatori all'Università di Parma. Si tratta di cellule nervose che si attivano quando compiamo un atto motorio finalizzato e quando osserviamo un altro soggetto eseguire il medesimo atto. Per tutta la durata della nostra vita noi esseri umani imitiamo i nostri simili e ci rispecchiamo in essi. Le esperienze sociali sono la fonte del nostro saper vivere in tutti i sensi, dagli atti motori sino ad arrivare alla manifestazione delle emozioni (Gallese, 2004). tutti gli individui hanno quindi a disposizione le basi biologiche per essere empatici (Boccalon, 1999).

Come gli atti motori vengono riprodotti a livello esperienziale nel nostro cervello, allo stesso modo le emozioni di chi stiamo osservando hanno in noi il medesimo effetto. "Io osservo il volto di una persona e le sue emozioni risuonano in me, perché mi rispecchio in essa. In sostanza, i neuroni specchio sono la base neurale dell'empatia: sperimentiamo dentro di noi le emozioni che prova un nostro simile" (Rizzolatti, 2006). Hoffman inquadra l'empatia secondo l'ottica della psicologia dello sviluppo: l'empatia è una abilità che

evolve, che cambia forma, non considerata più come qualcosa di unitario ma articolata in diverse forme che col procedere dello sviluppo diventano più mature e sofisticate. Secondo lo studioso, dunque, le prime manifestazioni empatiche si presenterebbero fin dai primi giorni di vita e la dimensione affettiva sarebbe rilevante e quella cognitiva ridotta al minimo; col procedere dello sviluppo, si hanno forme più evolute di empatia, in quanto la componente cognitiva acquisisce sempre più importanza, intrecciandosi sempre di più con quella affettiva.

Hoffman propone un modello dell'empatia organizzato secondo tre componenti: affettiva, cognitiva e motivazionale. L'esperienza di "empatizzare" con una persona che sta soffrendo rappresenterebbe una motivazione per mettere in atto comportamenti d'aiuto. Secondo questa visione, l'empatia è una risposta a una molteplicità di stimoli che comprendono: il comportamento, l'espressività e tutto ciò che si conosce dell'altro (Hoffman, 2008).

Secondo Giordano (2004) possiamo distinguere l'empatia *centrata sull'altro* e l'empatia *centrata su se stessi*. Nel primo caso l'attenzione è centrata sui bisogni e i sentimenti dell'altro, questo spinge chi osserva a una partecipazione emotiva che lo conduce a mettere in atto comportamenti d'aiuto; nel secondo caso è il soggetto stesso che viene motivato all'aiuto, spinto da sentimenti di malessere e di ansia derivanti dal vedere l'altro sofferente. Vi sono differenti tipi di attivazione emotiva a cui corrispondono differenti comportamenti prosociali e altruistici. L'attivazione empatica di tipo "contagio emotivo" presuppone una totale immedesimazione nell'esperienza emotiva altrui senza una differenziazione tra sé e l'altro, in questo caso non c'è spazio per la realizzazione di comportamenti concreti ed efficaci. Questo è ciò che accade, nelle sue forme contrarie, negli operatori delle professioni d'aiuto; dopo un'esperienza di profonda immedesimazione nei vissuti dell'altro, la negazione della sofferenza diviene una difesa per continuare ad aiutare e a difendersi dal burnout (Giordano M., 2004). La dimensione che può divenire particolarmente inficiata è quella della depersonalizzazione. *"L'incapacità di riuscire e relazionarsi in modo davvero empatico, vale a dire differenziato e mediato, fa in realtà fallire il comportamento d'aiuto perchè la negazione conduce all'oggettivazione dell'altro"* (Bonino S., 1998). La consapevolezza invece aiuta l'operatore a *"correre ai ripari e a ritrovare il giusto equilibrio"* (Rogers, 1980).

Le relazioni empatiche si instaurano anche in campo lavorativo e la stessa professione diventa gratificante nella misura in cui le relazioni umane che essa fa sperimentare sono anch'esse gratificanti.

Molte professioni, d'altronde, comportano necessariamente la partecipazione empatica: lo psicoanalista, il medico, l'operatore sociale, l'insegnante e tutti coloro che svolgono professioni d'aiuto devono poter disporre dell'abilità empatica per ottenere risultati efficaci (Boella, 2006; Anfossi, 2008).

Un professionista con un elevato livello di capacità empatiche non solo saprà rispondere con maggiore efficacia ai bisogni della persona assistita ma saprà anche accogliere e progettare un percorso di cura più mirato e personalizzato, saprà lavorare maggiormente in gruppo e trarre dall'esperienza professionale la massima ricchezza. A questo proposito alcuni studi hanno osservato come a una maggiore capacità empatica sia associato un migliore esito della situazione problematica proposta dall'utente e una maggiore soddisfazione degli operatori stessi (Kim,2004). Le relazioni empatiche hanno effetti positivi non solo sugli utenti ma anche sugli operatori (Larson,1993). Chi sceglie il mestiere di helper cerca di soddisfare il proprio bisogno di aiutare e questo lo può fare sia grazie alle proprie competenze tecniche ma, soprattutto, grazie a quelle relazionali.

Offrire una relazione caratterizzata da empatia aumenta il grado di soddisfazione per il proprio lavoro (Larson, 2005).

Spesso gli operatori avvertono la difficoltà ad entrare nella relazione interpersonale empaticamente efficace o percepiscono di farlo in un modo che li fa stare male proprio perchè "riflettono" lo stare male dell'utente e si identificano con lo stesso (Giordano, 2004).

Nel provare empatia, l'operatore deve essere coinvolto, anche se parzialmente e temporaneamente, nell'esperienza emotiva dell'utente assumendo il ruolo sia di osservatore partecipe. L'obiettivo dell'empatia è comprendere l'altro per poterlo aiutare e per raggiungere questo scopo l'operatore non deve rimanere psicologicamente distante, nè perdere il controllo del proprio coinvolgimento (Sandrin L., 2004).

La rabbia è una risposta emotiva frequente a situazioni di disagio e sofferenza e spesso, come sostiene Goleman D., (1995) può essere una minaccia reale o simbolica alla persona, alla sua autostima e alla sua dignità. L'ascolto empatico, in questo caso, rappresenta per l'operatore uno strumento per "disinnescare" le forti emozioni di rabbia ed aggressività., mantenere una certa distanza emotiva e non vivere la collera come un attacco personale (Buckman R., 1992).

E' necessario che gli operatori siano in contatto con sé stessi anche per poter mettere un limite al proprio coinvolgimento emotivo. È responsabilità dell'operatore ascoltarsi, comprendere dove sono i propri limiti (Greggio G.L., 1998; Rogers C.R., 2002).

Una reale alleanza deve tenere conto della reciproca vulnerabilità e richiede una comprensione delle difficoltà che entrano in gioco nella relazione (De Hennezel M.,2004). Il desiderio di inserire uno strumento sull'empatia nel Progetto di Ricerca nasce dalla convinzione della sua importanza nel lavoro con gli utenti e della centralità che dovrebbe avere all'interno dei percorsi di prevenzione e formazione, che consentano di sviluppare capacità per far fronte in maniera completa e integrata a situazioni di emergenza e bisogno.

### 3.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE E PREVENZIONE

L'etimologia del termine prevenzione rimanda a una dimensione temporale che fa riferimento al "venire prima", ovvero anticipare l'insorgere e le conseguenze di una malattia fisica, di un disagio psichico, di un problema sociale. Tale termine, nato e largamente utilizzato in campo medico-sanitario, rimanda a significati differenti, come "anticipare", "evitare", "impedire", "ostacolare" un evento dannoso. Esso appare connotato dal punto di vista sanitario, richiamando spesso immagini di interventi legati a situazioni di emergenza, accompagnati a volte da intenti di contenimento e di controllo sociale (Regoliosi, 1994).

L'attività di prevenzione, implica la capacità di osservare in modo chiaro l'oggetto d'intervento, la possibilità di prevedere gli eventi che si vogliono evitare attraverso la rilevazione di indicatori, e quindi la capacità di individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per l'individuo. Si tratta quindi di attivare modalità in grado di impedire, o di ritardare, la comparsa di uno stato patologico o di diminuirne l'intensità. L'applicazione del concetto, che nasce in ambito sanitario, appare maggiormente problematica in campo psicologico e sociale: è ormai ampiamente condivisa una spiegazione dei fenomeni psicologici e sociali e dei comportamenti umani in termini probabilistici e multi-causali, che prende in considerazione la molteplicità delle variabili, la loro interazione lungo il tempo e il ruolo attivo della mente umana (Bonino, 2001).

La definizione di prevenzione si è gradualmente modificata nel tempo: da attività tesa a impedire l'insorgenza del disagio a intervento atto a promuovere la salute e quindi a favorire il benessere.

Il campo di azione della prevenzione, oggi, coinvolge tutti i settori dai quali può avere origine il rischio per la salute: ambiente, stile di vita, organizzazione sociale (Mariani A., 2017). L'Organizzazione Mondiale della Sanità, a Ottawa (OMS, 1986), ha definito la promozione della salute come il processo che permette alla persone di aumentare il

controllo sulla propria salute e di migliorarla, adottando una visione maggiormente olistica e più rispondente alle esigenze delle persone. Per questa ragione bisogna promuovere la salute in termini di benessere e sviluppo delle persone: l'azione di promozione pone al centro le dimensioni della crescita individuale e collettiva, il potenziamento di quelle capacità e competenze che consentono alle persone di trovare un buon equilibrio con il proprio ambiente, di perseguire i propri obiettivi di vita, di realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di far fronte con successo a difficoltà e problemi della vita quotidiana.

La medicina sociale ha approfondito il concetto di prevenzione e ha distinto tre tipologie di azione preventiva:

- la prevenzione primaria: si pone come obiettivo la riduzione della possibilità di una condizione di malattia, disagio o sofferenza in una popolazione che è esposta al rischio; opera in assenza di sintomi o disturbi conclamati, quindi sulle cause, sul fenomeno da prevenire, su famiglia, scuola e le istituzioni.

Caplan (1973), ha individuato, nei diversi livelli sociali, delle azioni che consentono di

incrementare la **prevenzione primaria**:

- *nella società*: iniziative che promuovono la qualità di vita, il benessere sociale;
- *nella comunità*: la consulenza volta a migliorare la programmazione di un sistema o la formazione di soggetti chiave;
- *nei piccoli gruppi*: interventi che accrescono le competenze e consentono di affrontare le situazioni di crisi.

Rientrano nella prevenzione primaria, ad esempio, la richiesta di aiuto, di chiarificazione, di un consulto precauzionale.

- La prevenzione secondaria: cerca di diminuire la durata, la diffusione e il contagio della situazione di disagio, nella popolazione in cui questo è già penetrato.

Agisce precocemente, quando compaiono i primi cambiamenti comportamentali. Tale azione richiede la capacità di riconoscere i problemi e gli strumenti a disposizione per affrontarli;

Lo strumento essenziale è l'individuazione precoce delle persone ritenute a rischio, attuando i cosiddetti interventi che vengono definiti di "screening".

- la prevenzione terziaria: ha lo scopo è attenuare le conseguenze di una malattia o di una situazione di disagio in coloro che ne hanno già sofferto o la vivono tutt'ora. Questo tipo di prevenzione comprende la riabilitazione, intesa come *counseling* volto a sviluppare comportamenti funzionali a un positivo reinserimento e al superamento dell'emarginazione, punta a ridurre la diffusione, l'aggravamento, la cronicizzazione della problematica (Korchin, 1976; Caplan, 1973)

Assume grande rilievo anche il modello di Bronfenbrenner (1979), poiché punto di riferimento, valido e condiviso, per conoscere le radici del disagio e intervenire a livello dei contesti ambientali che sostengono e veicolano i percorsi a rischio di disadattamento. Gli studi di Bronfenbrenner, aiutano a comprendere il rapporto individuo-contesto e le modalità tramite cui interagiscono. Indagano la complessità e la multidimensionalità delle interazioni umane, ambientali e sociali attraverso i diversi contesti e le varie fasi della vita. La specificità del modello di Bronfenbrenner (1979) consiste nel porre attenzione sui processi di cambiamento, sull'influenza reciproca all'interno dei micro-sistemi, sulla percezione dell'ambiente e dell'evoluzione della costruzione della realtà da parte della persona.

Il modello di Bronfenbrenner è rappresentato da una serie di strutture concentriche raggruppate come scatole cinesi e definibili in termini di micro-sistema, meso-sistema, eso-sistema e macro-sistema:

- micro-sistema (famiglia e amici): "un microsistema è uno schema di attività, ruoli e relazioni interpersonali di cui l'individuo in via di sviluppo ha esperienza in un determinato contesto, e che hanno particolari caratteristiche fisiche e concrete". Fa riferimento a ogni situazione ambientale di cui l'individuo ha esperienza diretta, caratterizzata da interazioni faccia a faccia i cui elementi costitutivi sono le relazioni interpersonali, le attività e i ruoli;
- meso-sistema (scuola, lavoro, città): "Un meso-sistema comprende le interrelazioni tra due o più situazioni ambientali alle quali l'individuo, in via di sviluppo, partecipi attivamente (Per un bambino, ad esempio, le relazioni tra casa, scuola e gruppo di coetanei che abitano nelle vicinanze di casa sua; per un adulto, le relazioni tra famiglia, lavoro e vita sociale;

- **eso-sistema** (posto di lavoro dei genitori, classe frequentata dal fratello, amicizie dei genitori): comprende tutte le situazioni di cui il soggetto non ha esperienza diretta ma in cui si verificano eventi che condizionano la condizione ambientale di cui il soggetto fa parte o sono da essa condizionati. A questo livello troviamo le presenze istituzionali e gli organismi che da esse direttamente dipendono e che interagiscono con la sfera privata dell'individuo;
- **macro-sistema** (la cultura e le leggi): fa riferimento agli schemi, alle credenze, agli stili di vita secondo cui sono costruite e organizzate le varie situazioni ambientali all'interno di una cultura o all'interno di un gruppo socio-economico. etnico, religioso. (Bronfenbrenner U., 1979).

Questo modello ci consegna un'immagine del contesto in cui vengono svolti interventi come un ecosistema in cui le persone sono legate da complesse interazioni e scambi quindi, nel processo di sviluppo della persona, esiste uno stretto rapporto dinamico tra uomo e ambiente.

La prevenzione è in parte una responsabilità del singolo operatore e in parte un dovere delle Organizzazioni e degli Enti, in particolare quelli che si interfacciano con utenza che presenta significative esperienze di disagio. L'organizzazione ha sia il dovere di riconoscere gli operatori "a rischio" già in ambito di selezione (prevenzione primaria), sia il dovere di rendere "strutturali" le tecniche di prevenzione specifiche (prevenzione secondaria) (Levriero 1999).

In un'ottica di prevenzione è fondamentale agire sull'ambiente, comprendendo le interazioni fra i contesti e i loro effetti sullo sviluppo dell'individuo. Sebbene le caratteristiche individuali influenzino una crescita positiva o negativa, i contesti in cui tale sviluppo ha luogo possono migliorare, inibire o alterare la sua traiettoria. L'interesse è quello di creare ambienti che abbiano maggiori probabilità di favorire un esito positivo (Rutter, 2002). Molti studiosi convergono nel ritenere che la prevenzione e la promozione della salute sono in realtà due facce della stessa medaglia: una forma importante di prevenzione avviene attraverso la promozione del benessere dell'individuo con il potenziamento di risorse e forze individuali e ambientali (Bloom e Gullotta, 2003).

Sono le "modalità di processo" che distinguono la prevenzione dalla promozione: nella promozione, l'obiettivo non è quello di valutare il grado di "normalità" o "anormalità" di determinati comportamenti e di intervenire al fine di prevenire specifiche condotte a rischio, quanto sollecitare lo sviluppo delle risorse e delle competenze psicologiche e sociali individuali al fine di promuovere maggior benessere (Bertini, Braibanti, &

Gagliardi, 1999). La prospettiva attuale tende però a integrare la dimensione preventiva e quella di promozione della salute per favorire processi di sviluppo personale, di crescita e miglioramento delle competenze psicosociali. Sono le risorse più o meno nascoste a costituire il nodo centrale di riferimento dei progetti di prevenzione e di promozione del benessere psicosociale. Il concetto di promozione della salute acquista così un valore più ampio e si riferisce all'insieme di strategie che favoriscono l'adozione di comportamenti sani; si parla quindi di "costruzione della salute", che si concentra maggiormente sugli indicatori positivi di salute, strettamente legati al concetto di sviluppo e di crescita personale. In tal senso promuovere la salute diventa un contenuto essenziale di qualsiasi processo educativo che si ponga l'obiettivo di promuovere la responsabilità e lo sviluppo dell'individuo (Braibanti, 2003).

Il lavoro di prevenzione implica una varietà di attività che hanno, come elemento comune e caratterizzante, il cambiamento. In alcuni casi tali cambiamenti sono volti a rafforzare o potenziare la realtà esistente per renderla più efficace, funzionale, in grado di rispondere in maniera più adeguata ai bisogni degli individui; in altri, a modificare situazioni compromesse (Regoliosi, 1994).

Nel continuo processo di adattamento tra individuo e ambiente che caratterizza tutta l'esistenza umana, la ricerca dell'equilibrio assume particolare rilevanza nei periodi di transizione, ossia in alcuni momenti critici in cui si realizzano grandi cambiamenti nella vita della persona come quello dell'adolescenza (Caprara & Fonzi, 2000).

Secondo Cherniss (1980) per incidere sul fenomeno, sia a livello di prevenzione sia a livello di riduzione del disagio già manifestatosi, bisogna intervenire su più livelli prendendo in considerazione almeno cinque differenti aree:

- 1) La *prima* riguarda l'area dello sviluppo dello staff che si può realizzare attraverso programmi di intervento che si pongono come obiettivo prioritario quello di aumentare negli operatori la consapevolezza rispetto al problema del burnout e dunque sulle eventuali modalità di farvi fronte.
- 2) La *seconda* area è quella degli interventi sull'organizzazione lavorativa, il cui obiettivo deve essere quello di informare e sensibilizzare gli amministratori su problema del burnout e sull'importanza di adottare delle modifiche sui carichi lavorati, sullo sviluppo di carriera, sui ruoli e gli orari di lavoro.
- 3) La *terza* area è quella dello sviluppo del management cioè un programma che mira a formare i dirigenti, stimolandoli a conoscere e riconoscere preventivamente il

problema del burnout come elemento in grado di incidere negativamente sul funzionamento e l'efficienza dei servizi erogati ai cittadini.

- 4) La *quarta* area mira al cambiamento della partecipazione nell'organizzazione dunque alla creazione di momenti di riflessione, finalizzati ad un miglioramento delle capacità di gestire i conflitti all'interno dell'organizzazione.
- 5) Infine, la *quinta* area riguarda la definizione degli obiettivi dei programmi e dei modelli di gestione: ridisegnare le responsabilità dei programmi in maniera tale da ridurre il peso delle richieste eccessive agli operatori che lavorano all'interno dell'organizzazione.

Come è evidente da questo elenco, i suggerimenti indicati da Cherniss riguardano fondamentalmente gli aspetti organizzativi. Altri autori hanno sottolineato strategie diverse di coping, che possono essere messe in atto da parte sia del singolo individuo (ad esempio prendersi delle pause o delle vacanze), sia del gruppo (valorizzare i rinforzi e i sostegni sul piano affettivo; enfatizzare la cooperazione e lo scambio sistematico di informazioni e commenti).

Gli autori Furstemberg e Olsen (1990), ad esempio, hanno proposto l'utilizzo di strategie di intervento finalizzate allo sviluppo di adeguate strategie di *coping* per fronteggiare lo stress a livello.

Un *primo livello* di intervento riguarda l'aspetto cognitivo. In proposito si è riscontrato (1993) che gli operatori che hanno una grande conoscenza dei diversi aspetti che riguardano le problematiche con cui entrano in contatto reagiscono meglio ai fattori stressanti e si sentono più a loro agio nel lavoro con gli utenti.

Un *secondo livello* è quello emotivo-sociale; gli autori sostengono che è necessario che gli operatori imparino a lavorare sui propri vissuti e le proprie paure e a riconoscere la propria motivazione, imparando a confrontarsi con i vissuti e i sentimenti che possono nascere dall'incontro con il dolore e la sofferenza. È necessario in questo caso l'intervento di un supervisore e un lavoro di gruppo in cui i partecipanti possano esprimere e analizzare i propri sentimenti, accrescere le loro conoscenze e condividere esperienze emotivamente forti: il lavoro di gruppo favorirebbe il supporto emotivo e il senso di appartenenza fra i partecipanti e lo sviluppo di aspettative realistiche.

Secondo Volpi, Ghirelli e Contesini (1993) *“un intervento formativo finalizzato a innalzare la competenza degli operatori e contemporaneamente a ridimensionare e concretizzare obiettivi e aspettative può contribuire a ridurre la distanza tra aspettative (spesso irraggiungibili o formulate in modo velleitario) e capacità di risposta proprie*

*dell'organizzazione (spesso sottostimate per una serie di fenomeni quali la mancanza di riscontri del proprio lavoro e la mancanza di parametri oggettivi di valutazione e comparazione)”.*

Di Pietro e Ramazzo (1997) propongono hanno proposto un intervento che si basa sull'approccio razionale-emotivo, basato sulle seguenti fasi:

- identificazione degli eventi stressanti, cioè associati a forti tensioni emotive;
- aumento della consapevolezza delle proprie reazioni di stress e dei pensieri che creano lo stress emozionale;
- formulazione di obiettivi congruenti alla situazione;
- identificazione di pensieri che riducono lo stress;
- modificazione delle reazioni emozionali.

*“Se è vero che un grammo di prevenzione vale quanto mezzo chilo di cura, il modo migliore per sconfiggere il burnout è prima di tutto quello di impedirgli di manifestarsi”* sostiene Maslach (1992).

La formazione degli operatori, è cruciale per la prevenzione del burnout; essa comprende sia dei programmi specifici a livello di formazione di base, sia interventi di formazione continua, sia anche il ricorso alla supervisione (Trasforini, 1994). Si è visto, infatti, che il burnout ha un andamento inversamente correlato all'aggiornamento, all'esperienza acquisita, al tempo trascorso dall'ultimo corso di formazione (Leiter, 1988).

Tenendo presente la molteplicità delle cause in gioco nel generare situazioni frustranti, legate sia alla relazione con l'utente sia al rapporto con i colleghi e dentro l'organizzazione, è possibile costruire interventi formativi in grado di incidere sull'evoluzione del fenomeno. Un esempio interessante di intervento, attuato da Volpi, Ghirelli e Contesini (1993), ha dato risultati incoraggianti in questa direzione, centrandosi su alcune aree specifiche, quali una maggiore attenzione alle regole della comunicazione interpersonale, nei rapporti formali e nei contatti informali; la valorizzazione del bagaglio di esperienze acquisito dagli operatori e legato alla storia e alla cultura di quel dato servizio nel contesto sociale specifico; il miglioramento delle competenze e della capacità di risposta dell'organizzazione .

*“La formazione è uno strumento fondamentale per porre e mantenere al centro dell'interesse degli operatori la promozione dei diritti e delle responsabilità dei cittadini riconoscendo il valore primario di ogni persona e della sua storia. Per questo la*

*formazione è la condizione essenziale perché forze innovative orientate dai valori fondamentali, siano costantemente attive in alcuni settori chiave della società. Il processo formativo, sia esso di base o in servizio, deve svolgere un compito equivalente, in pratica, a un cambiamento di cultura” (Zani, Palmonari, 1996).*

Santinello e Furlotti (1992) affermano che *“attraverso incontri tra operatori si facilita la distensione emotiva e la discussione dei problemi lavorativi; secondariamente, il confronto tra persone fornisce ad ogni singolo un feedback sul suo lavoro, informazioni tecniche e consigli pratici; inoltre, si favorisce il senso di appartenenza ad un gruppo, importante nell'affrontare conflitti e tensioni. Il gruppo di colleghi può dunque essere una risorsa importante per l'individuo soprattutto nella delicata fase della socializzazione lavorativa”*. Zani e Palmonari (1996) hanno proposto l'utilizzazione di strategie di intervento a livello del gruppo di lavoro: la valorizzazione dei rinforzi positivi, così come il sostegno sul piano affettivo e informativo, la cooperazione e lo scambio tra i membri dell'equipe costituiscono una strategia organizzativa fondamentale per ridurre i vissuti stressanti e prevenire forme di burnout.

## CAPITOLO QUARTO

### PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

#### 4.1. INTRODUZIONE

Questo Progetto di Ricerca si pone come obiettivo lo studio di una realtà, che pone sempre maggiori interrogativi rispetto alle possibilità di intervento, formazione e prevenzione, quale quella legata alle situazioni di emarginazione e di emergenza sociale. Il disagio e la povertà assumono diversi significati, che passano dal versante più concreto a quello più simbolico che riguarda la sfera identitaria ed emozionale della persona. La mancanza di indipendenza economica è legata al tema dell'indipendenza individuale su più fronti, e ci si interroga su quanto queste condizioni gli aspetti relazionali. Il tema della violenza risulta a sua volta particolarmente connesso, dal momento che esso stesso presenta diverse sfaccettature, che non prendono forma solo nei casi in cui questa diventa fisica, ma anche in quelle dinamiche che tendono a persistere proprio per l'impossibilità ad uscirne per mancanza di mezzi propri e risorse economiche, emotive, personali e sociali. Ecco allora l'idea di creare una Sinergia tra l'Università, una Fondazione da sempre impegnata nel Sociale e un'Associazione che lavora quotidianamente a stretto contatto con un'utenza particolarmente rappresentativa.

In questo capitolo verrà illustrato nel dettaglio il Progetto di Ricerca, che è stata condotta presso il Servizio di Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano, una realtà presente sul territorio dal 1948. L'idea nasce dalla possibilità di effettuare interviste e rilevazioni proprio in uno dei contesti stessi in cui la popolazione oggetto di studio pone una richiesta rispetto alla presa in carico di un disagio che assume una significatività e un'intensità tale da richiedere una condivisione. Il Centro raccoglie un'utenza molto eterogenea e proprio per questo la ricerca si pone come obiettivo l'indagine sulle differenti forme e le differenti percezioni soggettive legate al disagio socio-economico e all'esperienza di violenza. Questi temi appaiono infatti non scindibili dalla condizione sociale complessiva.

Il progetto si è strutturato come Action Research, secondo il modello di Lewin (1946), e ha richiesto quindi la presenza attiva sul campo del ricercatore stesso. Nel corso del capitolo la ricerca verrà presentata nel dettaglio, ripercorrendo le tappe che hanno consentito

l'ideazione e la realizzazione, così come i riferimenti che ne hanno guidato le fasi di progettazione.

Verranno esplicitati gli scopi del Progetto e le ipotesi che guidano questo studio, sarà illustrata la scelta di costruire ad hoc due specifiche batterie, una rivolta alle utenti che si rivolgono al Centro San Fedele e una per gli operatori che vi prestano servizio, descrivendo luoghi, tempi e modalità di somministrazione. Infine si farà riferimento alle modalità utilizzate per l'elaborazione e analisi dei dati, la condivisione di quanto emerso, e la realizzazione di iniziative e interventi collegati al Progetto di Ricerca.

#### 4.2.PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Lo scopo di questo Progetto di Ricerca è quello di svolgere un'indagine in grado di far luce sulle differenti forme di disagio socio-economico e violenza che possono sfociare in situazioni a rischio, di malessere significativo, con ripercussioni sul piano personale, relazionale e familiare.

Il Progetto è stato ideato e presentato al Bando per Fondi di Ricerca proposto annualmente dalla Fondazione Roberto Franceschi ed è risultato vincitore nel Gennaio 2016, prendendo da quel momento immediatamente avvio.

La Fondazione Roberto Franceschi Onlus si è costituita nel 1996 per ricordare Roberto, studente ventenne dell'Università Bocconi di Milano, colpito a morte il 23 gennaio 1973 da un proiettile di pistola in dotazione alla polizia, che quella sera presidiava la sua Università per impedire una assemblea aperta agli studenti delle altre Università milanesi.

La Fondazione svolge attività nel settore della ricerca scientifica di particolare interesse sociale principalmente nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura di patologie sociali e forme di emarginazione attraverso:

- studi, ricerche e contributi alla raccolta dati sia sulle problematiche emergenti che su quelle croniche che mettono a rischio le condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali e familiari delle persone;
- l'assegnazione di borse di studio e premi di laurea a studenti universitari meritevoli i cui studi – coerenti con gli indirizzi della ricerca scientifica svolta e promossa dalla Fondazione – contribuiscano direttamente all'attività di ricerca scientifica della Fondazione;

- la realizzazione di progetti nelle scuole e la produzione di strumenti didattici e di consultazione scientifica con modalità tali da restituire benefici diretti alla collettività in generale.

La Fondazione Roberto Franceschi Onlus promuove annualmente un programma di finanziamento, con il desiderio di sostenere e solidificare la collaborazione tra Università e Enti del Territorio.

Il progetto proposto si pone in linea con lo scopo della Fondazione stessa e ha per titolo " Disagio sociale, Povertà, Violenza e le molteplici forme che possono assumere nella società di oggi: Action-Research volta allo sviluppo di interventi di prevenzione e azione".

Lo studio si propone di valutare le ricadute che esperienze di disagio socioeconomico e di violenza possono avere sul piano del benessere psicofisico e su alcuni aspetti relazionali, con un' attenzione specifica al tema della genitorialità. La ricerca vuole strutturarsi come action-research, secondo l'approccio di Lewin (1946) e si caratterizza per il reperimento dei dati proprio in un contesto in cui la popolazione pone una richiesta rispetto alla possibilità di una presa in carico di un disagio che assume significatività e intensità . Nel progettare lo studio ci si è proposti che la condivisione dei risultati potesse avere un valore non solo per l'utenza stessa, nella possibilità di identificare segnali degni di attenzione e intervento, quanto anche per gli operatori che a vario titolo prestano la propria opera nel supporto quotidiano su più fronti. Alla luce della complessità e dell'importanza del loro ruolo anch' essi divengono parte attiva della ricerca. Come esporremo a breve nel dettaglio, sono state dunque costruite ad hoc due differenti batterie, una rivolta agli utenti che si rivolgono al Servizio di Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano e una per gli operatori. Per intercettare una popolazione il più possibile ampia ed eterogena per etnia, età e problematiche, si è infatti pensato di proporre l'attuazione di questo progetto al Centro San Fedele di Milano. Attivo sul territorio dal 1948, si rivolge a persone con diverse situazioni di disagio e marginalità sociale:

- migranti,
- anziani in situazione di ingente difficoltà economica,
- adulti senza fissa dimora di recente o lungo corso,
- giovani donne con bambini

ponendo un'attenzione particolare all'accompagnamento sociale e all'educazione sanitaria.

Circa 1.000 persone vengono aiutate ogni mese (per una media di circa 900 accessi, 80 persone per ogni giorno di apertura Servizi), per un totale di circa 10.000 contatti all'anno. L'utenza è composta principalmente da donne, focus della ricerca, che desidera infatti analizzare il vissuto femminile di queste problematiche

Nel Centro collaborano diverse figure professionali al fine di proporre una presa in carico globale della persona, che comprenda gli aspetti medici, farmacologici, psicologici, giuridici e sociali.



Immagine 1: Volantino dell' Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano volto a illustrare i Servizi agli utenti

L'Opera Assistenza Sanitaria, in convenzione con la Regione Lombardia, può erogare il codice STP (straniero temporaneamente residente) per permettere alla persona l'accesso ai Servizi erogati dalle ASL. Circa il 65% degli utenti risulta avere il medico curante, mentre circa il 30% ne è sprovvisto.

Per accedere al Servizio è necessaria una situazione di bisogno, per cui la persona interessata non può sostenere la spesa sanitaria che sarebbe necessaria. Lo stato di necessità economica viene determinato - nei casi non palesi come per i senza dimora - mediante una breve indagine e la presentazione di una qualche documentazione (normalmente l'ISEE o la dichiarazione di Istituzioni con cui utente in contatto). Sono anche utili le informazioni reperibili attraverso la rete dei servizi caritativi. Poiché il servizio non si limita alla consegna di farmaci o di prestazioni mediche, non è solo il basso reddito a determinare lo stato di necessità, ma anche la scarsa educazione sanitaria, la poca

integrazione sociale, l'incapacità a prendersi cura di sé o dei propri bambini e altre situazioni di fragilità sociale.

#### 4.3. SCOPO DELLO STUDIO

La ricerca si propone i seguenti scopi:

1. Indagare l'impatto delle differenti forme di disagio socio-economico e violenza sulla qualità di vita e sulla salute psicofisica di chi vive queste esperienze;
2. Valutare le ricadute su variabili psicologiche relazionali e legate alla percezione della propria identità, quali la salute, il disagio emotivo e i vissuti legati alla genitorialità;
3. Identificare in termini di screening segnali di malessere significativo, così come potenzialità e capacità di attivazione delle risorse personali;
4. Rilevare le variabili psicologiche, quali empatia e stili di coping, che rivestono un ruolo fondamentale nel lavoro con l'utenza che presenta su più fronti situazioni di disagio e nella prevenzione dell'insorgenza della sindrome del burnout.

In quest'ottica verranno indagate le seguenti ipotesi di ricerca ed obiettivi esplorativi:

- Alla luce di quanto emerso in letteratura, rispetto ai i vissuti di disagio socioeconomico e violenza e alla possibilità che inficino il benessere personale, la qualità di vita e il parenting, si ipotizza una differenza significativa tra il Campione delle Utenti, che potrebbe presentare valori maggiormente compromessi, e il Campione di Controllo dello studio, si proponendosi di analizzare la natura di questa differenza;
- Rispetto al tema della violenza si ipotizza una differenza significativa tra chi ha vissuto questa esperienza e chi non , col desiderio di indagare quali dimensioni testimonino maggiormente questo aspetto;
- Sempre rispetto alle esperienze di violenza si ipotizza che queste possano modificare i vissuti legati alla genitorialità e alla dimensione relazionale, proponendosi di analizzare l'interazione su questi aspetti
- Si ipotizza inoltre una relazione tra i principali costrutti oggetto dell'indagine, ovvero che vi possa essere relazione significativa tra percezione della propria qualità di vita, distress e parenting;

**Commentato [45/10-b2]:** Unirei il 4.3 al paragrafo precedente (con le parti non evidenziate dal commento)

-Si desidera indagare l'area legata all' intervento psicologico, ipotizzando che vi possano essere differenze significative tra le donne che richiedono supporto e quelle che invece no, pur in una condizione di sofferenza nella percezione della propria qualità di vita e del proprio benessere psicofisico;

-Si ipotizza un legame tra burnout e empatia negli operatori a stretto contatto con utenza fortemente disagiata, e differenze significative in relazione a entrambi costrutti tra gli operatori che hanno un contatto diretto con l'utenza e quelli che non.

#### 4.4. COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO D'INDAGINE

Al fine di indagare queste ipotesi sono state costruite ad hoc due specifiche batterie, volte a indagare differenti tematiche e rivolte rispettivamente a utenti del Centro e Operatori che vi prestano opera.

La batteria somministrata alle donne **Utenti** del Servizio di Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele era costituita da :

✓ **Scheda anagrafica**, indaga caratteristiche demografiche, socioculturali, con particolare attenzione alla situazione problematica vissuta, alla fascia di reddito e al tipo di violenza subita (psicologica, fisica, economica).

GHQ-12 – General Health Questionnaire (Goldberg D., 1978; Piccinelli et al., 1993), questionario composto da 12 item con scala Likert da 0 a 3, che consente di indagare la qualità di vita autopercepita. Fornisce un unico punteggio totale, che viene letto in maniera inversamente proporzionale. Maggiore è il punteggio emerso, peggiore è il grado di salute autopercepita. Il **GHQ** è stato elaborato allo scopo di individuare due principali categorie di problemi: l'incapacità di eseguire le proprie funzioni normali sane e la comparsa di nuovi fenomeni di natura stressante (Goldberg,1979).

L'attenzione è focalizzata sul cambiamento nel normale funzionamento psichico del soggetto; il questionario infatti, non vuole indagare la presenza di disturbi psichici gravi come la schizofrenia o la depressione psicotica, ma valuta disturbi di personalità o patterns di adattamento associati al distress. Nello specifico il **GHQ** consente di indagare la presenza di quattro elementi di distress: depressione, ansia, deterioramento sociale e ipocondria (indicata con sintomi somatici).

Goldberg ritiene che il suo approccio si avvicini al livello minore nella scala dei disturbi

psichici, descritta da Foulds e Bedford (1975) e chiamato “dystimic states”.

L'autore ritiene che un individuo che incorre in uno di questi stati potrebbe dire di essere “disturbato”, emozionalmente agitato e alterato rispetto al suo normale stato. La scala indaga quindi la presenza di disturbi psichiatrici di tipo non psicotico. Valuta la presenza e la frequenza di una serie di sintomi non cronici di cui il soggetto ha sofferto nelle ultime settimane. Il questionario comprende item costituiti da affermazioni positive e che quindi descrivono stati psicologici connotati positivamente o attività quotidiane (ad esempio: “capacità a concentrarsi” o “sentirsi utili”), e da affermazioni negative che descrivono sintomi di disagio psicologico (per esempio: “perdita del sonno” o “incapacità a superare le difficoltà”). Al soggetto è richiesto di confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico abituale, scegliendo tra quattro modalità di risposta: “come al solito”, “più del solito”, “meno del solito”, “molto meno del solito”. In questo modo è possibile situare gli individui lungo un continuum i cui estremi sono costituiti da una condizione di benessere psicologico, visto come assenza di sintomi psichici e da una condizione di disordine psichico con diversi gradi di gravità.

**CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure** (Evans C. et al., 2000; Palmieri et al., 2009), questionario composto da 34 item con scala Likert da 1 a 5, che misura il grado di distress psicologico, identificabile in 4 sottoscale: Benessere soggettivo (4 items), Sintomi e problemi (sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma; 12 items), Rischio (aspetti auto ed etero lesivi; 12 items), Funzionamento (relazioni significative, funzionamento generale e sociale: 6 items). Maggiore è il punteggio emerso peggiore è la condizione psicologica rilevata.

Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da items che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene items che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi. Il 25% degli items sono affermazioni positive con punteggio inverso. Circa la metà degli items si concentra su problemi di bassa intensità (ad esempio: "Mi sono sentito teso, ansioso, nervoso"), mentre l'altra metà su items ad alta intensità (ad esempio: "Ho provato panico o terrore").

Il punteggio finale si ottiene sommando i punteggi dei singoli items diviso per il numero di risposte (non valido se mancano più di tre items).

✓ **PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form** (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008) indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici. Lo scopo principale del test è infatti l'identificazione di sistemi relazionali genitore-bambino che - sovraccaricati da uno stress eccedente – diventano a rischio per lo sviluppo sia di comportamenti genitoriali disfunzionali sia di problemi comportamentali da parte del bambino. La forma breve del PSI rappresenta uno strumento agile e di facile somministrazione e interpretazione, che si integra efficacemente con i dati derivanti da altri test nella valutazione delle specifiche condizioni che generano stress nella relazione del genitore allevante con il figlio. Si compone di 36 item che forniscono sia un punteggio di Stress Totale sia punteggi separati alla sottoscala Risposta Difensiva e a tre sottoscale:  
-Distress genitoriale (fattori personali, stress associato ad altri ruoli sociali, conflitto con l'altro genitore, mancanza di supporto sociale, presenza di depressione)

-Interazione genitore-bambino disfunzionale (percezione del figlio come non rispondente alle proprie aspettative; punteggi elevati indicano che il legame genitore-bambino è minacciato o non è mai stato adeguatamente stabilito)

-Bambino difficile (caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di difficile gestione, problemi nei processi di autoregolazione). Tutti gli item della forma breve sono identici a quelli contenuti nella forma estesa.

Il PSI è standardizzato per l'uso con genitori di bambini di età compresa tra 1 mese e 12 anni. E' stato validato anche in ricerche scientifiche transculturali che hanno coinvolto popolazioni quali: la cinese (Pearson e Chan, 1993), italiana (Forgays,1993), portoghese (Santos, 1992), latina e ispano-americana (Solis e Abidin, 1991) e franco-canadese (Bigras, Lafreniere e Abidin, 1995).

La batteria somministrata agli Operatori del Servizio di Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele era costituita da :

✓ **Scheda anagrafica**, volta a indagare caratteristiche demografiche, formazione personale, anzianità, aree di lavoro, motivazioni, valutazioni rispetto ad aspetti piacevoli e spiacevoli del proprio operato.

✓ **MBI – Maslach Burnout Inventory** (Maslach & Jackson, 1981; Sirigatti & Stefanile, 1993), test autosomministrato finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative (infermieri, medici, educatori, assistenti sociali, insegnanti, operatori nel sociale). E' uno strumento psicometrico composto da 22 item che misurano le tre dimensioni indipendenti caratterizzanti la sindrome del burnout (Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione; Realizzazione Personale), con una modalità di risposta a 6 punti per ciascuna domanda, valutata usando una scala Likert i cui estremi sono definiti da “mai” ad “ogni giorno”. La finalità è valutare l'intensità con cui il soggetto sperimenta sintomi, effetti e stati emotivi connessi al proprio lavoro. Tali punteggi sono sommati fra loro per formare un punteggio medio per ogni sottoscala che corrisponde, segno soglie numeriche predeterminate, a tre differenti livelli o gradi di burnout: basso, medio ed elevato. Le sottoscale che costituiscono lo strumento sono:

-Esaurimento emotivo (EE): dimensione composta di 9 item, che descrive le sensazioni relative al percepirsi emotivamente tesi ed esauriti dalle proprie attività;

- Depersonalizzazione (DP): composta di 5 item, che descrive la risposta impersonale e fredda verso i propri utenti;

-Realizzazione Personale (RP): composta di 8 item, che si riferisce alla valutazione positiva di sé stessi in ambito professionale (sensazione di competenza e di successo). Quest'ultima è “indipendente” e non valutabile come “scala opposta alle prime due” (Maslach e Jackson, 1986).

Nello specifico, la sindrome di burnout si manifesta quando nelle sottoscale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione si ottiene un punteggio elevato e, contemporaneamente, viene misurato un punteggio basso nella sottoscala della realizzazione personale (Maslach e Jackson, 1993). Essendo un processo che si sviluppa

attraverso fasi successive, il burnout può essere considerato come una variabile continua che presenta un basso, moderato o alto grado (Maslach & Jackson,1986). Il basso grado di burnout coincide con punteggi bassi nelle sottoscale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione e con alti punteggi nella sottoscala della realizzazione personale. Un medio grado di burnout deriva da punteggi medi nelle tre sottoscale. Un alto grado di burnout è dato da alti punteggi nelle sottoscale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione e da bassi punteggi nella sottoscala della realizzazione personale. Pertanto lo strumento MBI concepisce il burnout non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma come una variabile continua (Magnavita, 2008).

✓ **CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations** (Endler & Parker, 1990; Pisanti, Lucidi e Bertini, 2001), composto da 21 item volti a valutare le modalità di reazione a situazioni stressanti, difficili e/o di disagio.. Lo strumento si articola in tre dimensioni: coping orientato al compito, all'emozione, all'evitamento. Si tratta di uno strumento autosomministrato, la cui compilazione richiede breve tempo: per ogni item i soggetti devono indicare l'intensità con cui reputano di rispondere alla modalità descritta in una scala che va da 0 ("Per niente") a 5 ("Moltissimo"). Lo strumento utilizza tre sottoscale presenti anche in letteratura:

- coping orientato al compito, riguarda la tendenza del soggetto a cercare attivamente informazioni, soluzioni al problema, comportamenti volti a modificare le circostanze all'origine dello stress;

-coping orientato all'emozione, si riferisce alla tendenza a reagire agli eventi stressanti focalizzando la propria attenzione sulla gestione delle emozioni collegate con essi;

-coping orientato all'evitamento, corrisponde al tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante, ricercando il contatto con altri come diversivo sociale, o impegnandosi in compiti sostitutivi, in modo tale da ridurre rapidamente l'ansia connessa con la situazione. (Magnavita,2008).

**BEES – Balanced Emotional Empathy Scale** (Mehraibian, 1996; Meneghini A.M. et al., 2012), strumento ideato per rilevare il grado di tendenza empatica, cioè il grado di propensione del rispondente a farsi coinvolgere e a vivere vicariamente le emozioni altrui. Si compone di 30 item, che restituiscono un punteggio totale e 5 punteggi in altrettante specifiche aree (*facet*): Impermeabilità al contagio da stati emotivi interni; Suscettibilità al contagio da stati emotivi interni; Responsività emotiva diffusa; Suscettibilità al contagio da

situazioni-stimolo con contatto del soggetto; Tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili. I risultati sono raggruppabili in due dimensioni principali (Sintomi positivi; Sintomi Negativi).

La sua peculiarità, rispetto ad altri strumenti che rilevano il fenomeno empatico è quella di essere in grado di analizzare e misurare in modo specifico la condivisione affettiva e di considerare situazioni caratterizzate, oltre che da emozioni negative, anche da emozioni positive. La scala BEES può essere considerata uno strumento che permette di evidenziare e rilevare l'intensità delle diverse componenti dell'empatia emozionale e che contribuisce ad approfondire le conoscenze sul costrutto teorico e sulle sue componenti.

Ulteriore peculiarità della BEES è quella di essere bilanciata: 15 item sono orientati positivamente e 15 negativamente in modo da, e quindi di ridurre la presenza di scoraggiare risposte acquiescenti o socialmente desiderabili (Sartori S., 2005), *bias* molto frequenti in strumenti di questa tipologia.

Le affermazioni riportate nella scala si rifanno a situazioni concrete della vita e il consenso ad esse si esprime tramite una scala Likert a 7 punti (Dehning S., 2013).

Il punteggio totale viene calcolato in base a tutte le risposte date nelle diverse affermazioni e può andare da un massimo di 3 a un minimo di -3. La versione italiana indaga cinque dimensioni:

- Facet1: Impermeabilità al contagio da stati emotivi interni, ovvero una generale difficoltà ad empatizzare;
- Facet2: Suscettibilità al contagio da stati emotivi interni, ovvero partecipazione nei confronti di chi soffre o è in condizioni di forte disagio;
- Facet3: Responsività emotiva diffusa, ovvero la tendenza a rispondere emotivamente oltre che a situazioni sociali anche a situazioni di fantasia;
- Facet4: Suscettibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto, ovvero tendenza ad empatizzare in presenza dell'altro;
- Facet5: Tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili, ovvero difficoltà a farsi coinvolgere nei vissuti di soggetti fragili come anziani e bambini.

I punteggi delle dimensioni Facet 1 e 5 procedono secondo una direzione contraria rispetto al costrutto di empatia emozionale, ossia più è alto il punteggio, più è bassa l'empatia emozionale.

I punteggi delle dimensioni Facet 2, 3, 4 procedono nella stessa direzione, ossia più è alto il punteggio più è alta l'empatia emozionale.

#### 4.5.COSTRUZIONE DEL CAMPIONE DI RICERCA

Il campione di ricerca è stato costruito a partire dal desiderio di realizzare uno studio direttamente all'interno di un contesto che svolgesse attività a vario titolo rivolte ad utenti che vivono l'esperienza del disagio socio economico, difficoltà legate alla migrazione e alla vita in un contesto spesso assai differente da quello di provenienza e dinamiche a vario titolo segnate dalla violenza. Il progetto è stato dunque proposto al Centro San Fedele di Milano, specificatamente rivolto in primo luogo alle utenti. Nel centro era da poco nata un'attività di valutazione e sostegno psicologico, strettamente associata alla possibilità di avere accesso anche a consulenza legale. Nello stesso momento si faceva forte l'esigenza di una formazione per gli operatori che a vario titolo prestano servizio, non solo volta a un aggiornamento culturale o sulle proprie specificità professionali, ma in grado di focalizzarsi sulla centralità della relazione. Ecco dunque che un'attività di ricerca che affrontasse il tema non solo attraverso parametri oggettivi, ma fosse in grado di dar voce alla soggettività dei vissuti e al contempo alle ripercussioni personali ha trovato particolare interesse da parte del Centro stesso e degli stessi operatori. Alla luce dei dati sui cambiamenti dell'immigrazione al femminile e tenuto pur troppo conto del sempre maggior aumento degli episodi di violenza, si è scelto di focalizzarsi su un campione totalmente costituito da donne (anche questo aspetto rispecchia la natura del Centro, la cui grande maggioranza delle utenti è femminile). Non stati posti limiti di età, dunque la ricerca è stata proposta a tutte le utenti che in prima persona richiedevano accesso al Servizio di Assistenza Sanitaria. Proprio per dare voce alla grande eterogeneità e multiculturalità presente nella società di oggi si è scelto di non porre nessuna restrizione rispetto alla nazionalità di provenienza, ne rispetto alla situazione specifica che porta alla consultazione. Un tema importante è indubbiamente legato al contesto familiare e alla genitorialità, vista la delicatezza delle possibili ripercussioni del malessere dell'adulto sullo sviluppo e il benessere dei figli. In quest'ottica si è tuttavia scelto di fare un restringimento dell'indagine, scegliendo un test che indagasse il tema nello specifico in chi ha figli bambini (da 1 mese di età a 12 anni) escludendo quindi dalla compilazione dello strumento donne con figli adolescenti o già grandi. Nel primo anno la ricerca si è focalizzata sul lavoro con le utenti, visti i tempi richiesti dallo studio del contesto, dall'organizzazione e da ciascuna intervista semistrutturata della durata di circa un'ora e mezza. Successivamente si è realizzata la ricerca che ha coinvolto gli operatori, fortemente voluta proprio alla luce dell'importanza della relazione nel loro operato e dalla capacità di far fronte a situazioni che pongono in contatto con situazioni di forte disagio. Anche in questo

caso non sono stati posti vincoli, e il campione è stato identificato con tutti i vari professionisti, con specificità tra loro assai differenti, che prestano Servizio presso l'Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele.

#### 4.6. SOMMINISTRAZIONE DEGLI STRUMENTI D'INDAGINE

La somministrazione ha preso avvio nel mese di Febbraio 2016 ed è terminata nel mese di Giugno 2017. Si è tenuta presso il Centro San Fedele, luogo che non solo vede utenti di nazionalità differenti, come si è messo in luce, ma che data la propria collocazione nel Centro di Milano, funge da riferimento per donne che presentano un ulteriore aspetto di eterogeneità, provenendo da differenti realtà quali quella metropolitana, dell'hinterland milanese, dei diversi comuni limitrofi o in alcuni casi di diverse Province Lombarde. La somministrazione è sempre stata effettuata da uno psicologo clinico in un'intervista semi strutturata, che ha consentito anche grazie alla scheda socio anagrafica di contestualizzare la storia personale dell'utente e della situazione problematica attualmente vissuta, prima di procedere con la somministrazione dei questionari della batteria costruita ad hoc.

Le donne venivano contattate in un luogo all'interno del centro che viene chiamato "il corridoio", dove le utenti trascorrono negli orari di apertura il proprio tempo una di fianco all'altra, con il crearsi di una spinta spontanea che porta alla socialità nell'attesa delle consultazioni o dell'accesso alla farmacia.



Immagine 2: Il "corridoio", luogo di incontro per gli utenti del centro, dove veniva presentata la ricerca e richiesta la possibilità di prendervi parte

La scelta del corridoio come luogo in cui presentare e condividere la ricerca nasce dalla convinzione che questo possa esser vissuto dalle donne come luogo in cui portare alle altre la propria storia, diventando esso stesso parte di quella attuale, in “antidoto” ai non luoghi che spesso caratterizzano le esperienze di chi vive disagio socio-economico nella realtà metropolitana.

Nel momento in cui l’utente dava il proprio consenso, l’intervista veniva effettuata in uno studio con accesso diretto dal corridoio, lo stesso in cui in orari differenti era possibile avvalersi della consulenza psicologica e legale. L’intervista e la somministrazione venivano effettuate in lingua italiana, utilizzando la versione italiana dei questionari per mantenere un aspetto di omogeneità. Qualora le utenti presentassero difficoltà con la lingua, è stato possibile avvalersi della presenza di mediatori culturali, che prestano il proprio servizio presso il Centro. Nel momento in cui si iniziava la compilazione dei questionari, il cartaceo veniva lasciato direttamente all’utente, con la presenza dello psicologo clinico che rimaneva costante, per qualsiasi chiarimento sia rispetto a termini di difficile comprensione che per dubbi sull’utilizzo delle scale Likert o su eventuali ambiguità linguistiche ( es. doppia negazione).

La batteria è stata somministrata ad un campione di controllo, costituito da donne della stessa fascia d’età delle utenti. Per le donne del gruppo di controllo, la ricerca è stata presentata ma la somministrazione è avvenuta in totale autonomia, anche per quel che concerne la scheda anagrafica. Le donne venivano contattate in diversi contesti presenti sul territorio, tra cui centri di incontro e aggregazione con una particolare attenzione al femminile (es. Spazio donna, Centri di incontro per giovani mamme).

Per quanto riguarda gli operatori, la somministrazione è avvenuta sempre presso il Centro, al termine o prima di iniziare il proprio turno di Servizio. La ricerca veniva presentata brevemente individualmente e la compilazione avveniva tuttavia in maniera totalmente autonoma. Veniva lasciato il questionario, con la richiesta di compilarlo spontaneamente e in un momento di tranquillità (per evitare di interferire con il consistente impegno durante le ore presso il Centro). Il questionario poteva poi essere riconsegnato depositandolo in un’apposita urna che era stata disposta nell’area ad accesso esclusivo per gli operatori.

#### 4.7. INSERIMENTO ED ELABORAZIONE DEI DATI

I dati sono stati inseriti in due distinti database appositamente creati e le elaborazioni sono state eseguite tramite l'utilizzo del programma Statistical Package for Social Science SPSS-20 e STATISTICA. Si è usufruito anche di Microsoft Excel e del software statistico R per i contributi grafici. Sono state effettuate analisi di correlazione, della varianza, di interazione e di mediazione per indagare le differenti aree di indagine.

## **CAPITOLO QUINTO**

### **RISULTATI**

#### **5.1. INTRODUZIONE**

In questo capitolo verranno presentati ed illustrati i risultati emersi dall'analisi dei dati, sia in relazione alle variabili descrittive socioanagrafiche del campione di ricerca, che in relazione ai punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari. Inizialmente ci si focalizzerà sul campione delle Utenti del Centro, vero fulcro della ricerca. Verranno descritte le caratteristiche demografiche, socioculturali, con particolare attenzione alla situazione problematica vissuta, alla fascia di reddito e al tipo di violenza subita (psicologica, fisica, economica). Successivamente saranno presentati i punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari GHQ-12 – General Health Questionnaire (Goldberg D., 1978; Piccinelli et al., 1993); CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Evans C. et al., 2000; Palmieri et al., 2009) PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008). In seguito, verranno presentati i dati relativi al campione di controllo, omogeneo per età con quello di ricerca, al fine di fornire una fotografia preliminare dei soggetti della popolazione con cui verranno successivamente effettuati confronti. Infine saranno presentati i dati relativi al campione degli Operatori che a vario titolo entrano in relazione con le Utenti che vivono esperienze di disagio socio economico, marginalità o violenza. Saranno illustrate le caratteristiche demografiche, relative alla formazione personale, anzianità, aree di lavoro, motivazioni, valutazioni rispetto ad aspetti piacevoli e spiacevoli del proprio operato. Verranno esposti i punteggi emersi dalla somministrazione dei questionari MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981; Sirigatti & Stefanile, 1993), CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations (Endler & Parker, 1990; Pisanti, Lucidi e Bertini, 2001), BEES – Balanced Emotional Empathy Scale (Mehraibian, 1996; Meneghini et al., 2012).

I dati raccolti hanno reso possibile lo svolgimento di numerose elaborazioni e risultati. Verranno quindi illustrati gli aspetti più interessanti e rilevanti rispetto agli obiettivi inizialmente prefissati.

Verranno sintetizzati i principali risultati che riguardano le differenze nella percezione della qualità di vita, del distress e delle dimensioni legate al parenting tra il campione delle utenti e il campione di controllo. Sempre in relazione a queste variabili psicologiche saranno indagate le differenze relative a chi ha vissuto un'esperienza di violenza e chi non.

In particolare verrà messa in luce un'interazione significativa emersa in relazione al distress, in particolare riferita al "funzionamento" misurato dal CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, controllando l'interazione di chi ha figli e chi no, con l'aver vissuto o meno esperienza di violenza.

Uno dei quesiti che ha mosso la ricerca è relativo alla comprensione di quanto dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico verranno effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza che investe questa dimensione. In particolare, ci si interrogherà sulla relazione di questo aspetto in relazione al parenting, e alla propria dimensione genitoriale. Verranno dunque presentati i t test effettuati con le differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form. Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all'influenza del benessere personale sulla genitorialità si mostrerà un'analisi di moderazione che consentirà di tenere conto di un'altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. Verranno presentati risultati delle analisi di moderazione effettuate per indagare come il livello di Qualità di Vita percepita dalle donne (tramite GHQ-12) possa predire il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell'aver o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.

Saranno sintetizzati i risultati emersi dall'analisi delle correlazioni tra le differenti variabili oggetto di studio della ricerca. Le significatività sono state esaminate alla luce della correzione per confronti multipli di Bonferroni, che pondera i risultati alla luce della numerosità delle analisi effettuate.

Un ulteriore aspetto significativo indagato sarà quello relativo alla differenza tra le utenti che richiedono ed hanno accesso a colloquio psicologico, che consente uno spazio di pensiero per l'elaborazione dei vissuti legati alle difficoltà personali e alle esperienze di violenza, e quelle che non richiedono e non usufruiscono di questa opportunità.

Per quanto riguarda gli operatori, verranno effettuati dei confronti rispetto al genere sessuale, dal momento che a differenza del campione delle utenti, quello degli operatori impegnati nel Centro è costituito sia da donne che da uomini. Verranno infine presentati i T-test utilizzato per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non.

## 5.2. ANALISI DESCRITTIVE DEL CAMPIONE DELLE UTENTI

Il campione della ricerca è composto nella sua totalità da sole donne, alla luce del desiderio di indagare il vissuto femminile di esperienze di disagio socio-economico e di violenza. Il dato rispecchia il fatto che la quasi totalità degli utenti del Centro San Fedele, presso cui si è svolta la ricerca, è costituita da donne (lo Sportello per Prevenzione e Intervento su situazioni di violenza presente nel Centro ha accesso riservato al femminile). Hanno partecipato alla ricerca **150 utenti**.

### 5.2.1. ETA'

I soggetti del campione presentano un'età compresa tra i 15 e 75 anni.

L'età media risulta essere di 44,92 anni (sd =13,93)

Osservando la distribuzione per fasce d'età, rileviamo le seguenti percentuali:

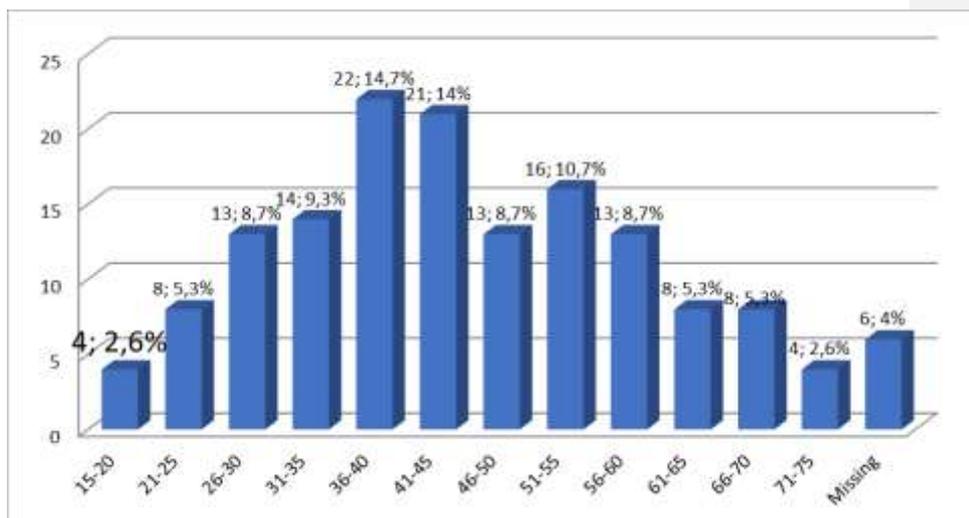


Grafico Risultati 1: Distribuzione età dei soggetti del campione delle utenti

Le pazienti del campione sembrano ricoprire tutte le fasce d'età: questo dato rispecchia sia l'effettivo manifestarsi di situazioni di disagio socio economico e di violenza su ampia scala, sia l'accesso a Servizi come quello proposto dal Centro, di utenti di ogni età che spontaneamente si rivolgono a un Istituzione per richiedere un aiuto a fronte di una condizione che avvertono e valutano come fonte di disagio. Come si evince dal grafico le fasce più rappresentate rispecchiano l'età adulta e cadono tra i 36 anni e i 40 anni (22

soggetti per una percentuale del 14,7%), e i 41 e 45 anni (21 soggetti per una percentuale del 14%). Le code della distribuzione risultano le meno rappresentate (4 utenti ciascuna con una percentuale de 2,6% ), seppur è possibile notare come abbiano accesso al centro sia utenti molto giovani, financo minorenni, che donne anziane.

### 5.2.2. NAZIONALITA'

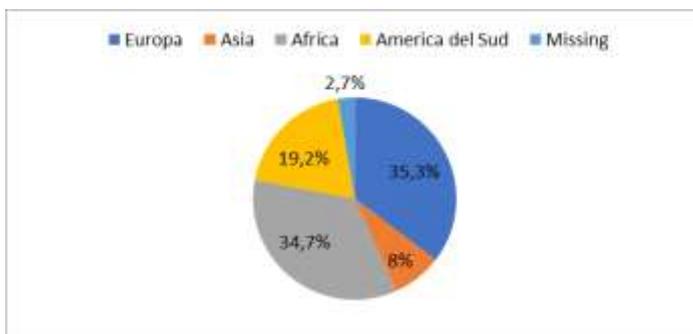


Grafico Risultati 2: Percentuali relative alle nazionalità di provenienza delle utenti

La provenienza del campione che ha preso parte alla ricerca è eterogenea e rispecchia quella generale delle utenti che frequentano il Centro e il Servizio di Assistenza Sanitaria. La percentuale più elevata riguarda le donne Europee e provenienti dall' Africa (rispettivamente 35,3% e 34,7%), seguono l'America del Sud (19,2%) e l' Asia (12%), mentre il 2,7% risulta missing dal momento che 4 donne hanno scelto di non dichiarare nello specifico la propria origine.

Più nello specifico il seguente grafico rappresenta il dettaglio delle differenti provenienze :

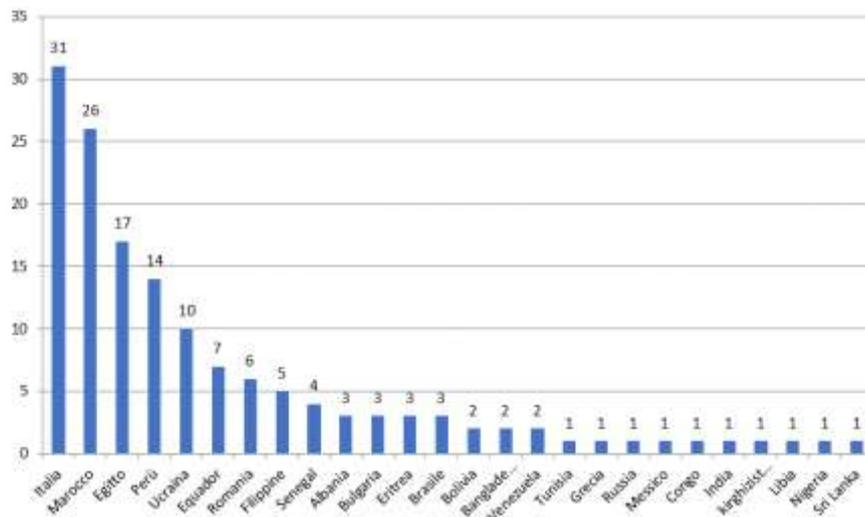


Grafico Risultati 3: Frequenze relative a ciascuna delle nazionalità di provenienza delle utenti

Ecco di seguito riassunte frequenze e percentuali:

- Italiana= 31 (20,7%)
- Tunisina=1 (0,7%)
- Albanese=3 (2%)
- Greca=1 (0,7%)
- Russa=1 (0,7%)
- Messicana=1 (0,7%)
- Boliviana=2 (1,3%)
- Senegalese=4 (2,7%)
- Cogolese=1 (0,7%)
- Indiana=1 (0,7%)
- Bangladesh=2 (1,3%)
- Marocchina=26 (17,3%)
- Bulgara=3 (2%)
- Venezuelana=2 (1,3%)

- Eritrea=3 (2%)
- Brasiliana=3 (2%)
- Kirgikistan=1 (0,7%)
- Libia=1 (0,7%)
- Rumena=6
- Nigeriana=1 (0,7%)
- Filippina=5 (3,3%)
- Peruviana=14 (9,3%)
- Egiziana=17 (11,9%)
- Equadoregna=7 (4,7%)
- Ucraina = 10 (6,7%)
- Sri Lanka=1 (0,7%)

La percentuale più elevata è relativa alla nazionalità italiana, e tuttavia seppur la ricerca si svolge in Italia, appare evidente il multiculturalismo delle persone che accedono al Servizio e che vivono dunque esperienze di marginalità sociale. Questo dato, le cui implicazioni e contesto sono stati messi in luce nel capitolo iniziale, appare significativo sia per le utenti che vivono l'esperienza di confronto nel centro, sia per gli operatori che sono chiamati ad entrare in relazione non solo con situazioni di emergenza e sofferenza, ma anche con culture spesso profondamente diverse.

Le percentuali più elevate relative alle differenti nazionalità mettono in luce la presenza di utenti che provengono da Marocco (26 utenti per una percentuale del 17,3%), Egitto (17 utenti per una percentuale del 11,9%), Perù (14 utenti per una percentuale del 9,3%) e Ucraina (10 utenti per una percentuale del 6,7%).

### 5.2.3.RESIDENZA

La maggior parte delle donne del campione risiede nella città metropolitana di Milano (120 soggetti per una percentuale del 80%). Tuttavia rientrano nel campione anche donne che provengono dall'hinterland milanese (21 donne per una percentuale del 14%), da piccoli comuni (5 donne) e da altra Provincia (2 donne). Si è ritenuto importante rilevare questo dato, proprio perché l'Assistenza Sanitaria del San Fedele unisce donne che non solo hanno differenti provenienze, ma che giungono da diverse realtà di appartenenza. I dati esposti sono messi in luce nel seguente grafico:

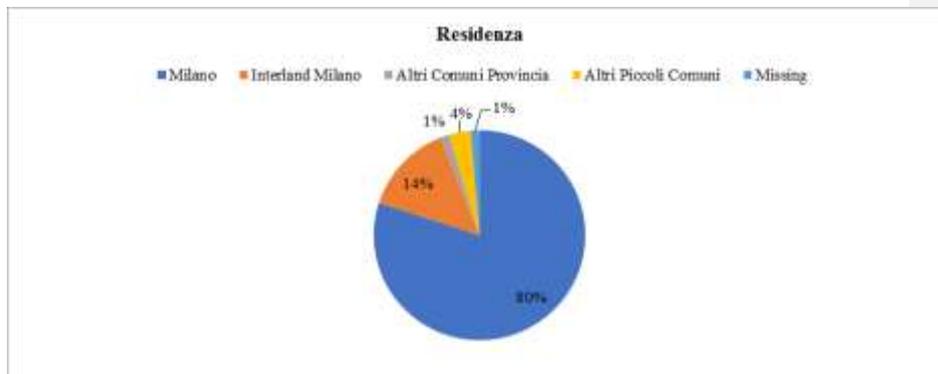


Grafico Risultati 4: Percentuali relative alle Residenze delle Utenti del Campione

#### 5.2.4. LINGUE PARLATE

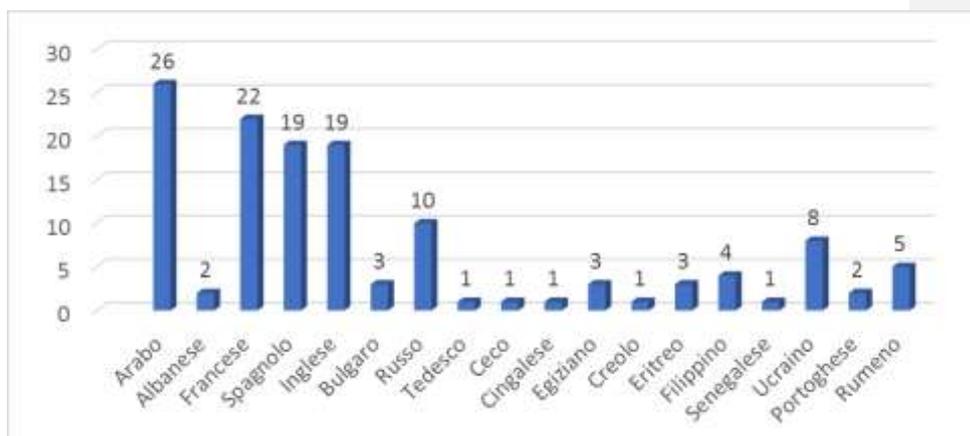


Grafico Risultati 5: Frequenze relative alle lingue parlate dalle utenti del campione

La grande totalità del campione, pur nella grande eterogeneità di provenienza, si è mostrata in grado di parlare e di comprendere la lingua italiana. Solo in tre casi l'intervista semistrutturata e il questionario sono stati somministrati grazie alla presenza di una mediatrice culturale eritrea.

Il grafico sintetizza le frequenze delle differenti lingue parlate, tra cui come si nota prevalgono arabo, francese, spagnolo ed inglese ( le ultime tre spesso parlate in aggiunta alla propria lingua madre).

#### 5.2.5. LIVELLO DI ISTRUZIONE

Il livello d'istruzione delle donne del campione risulta essere medio. La maggior parte del campione ha infatti conseguito un diploma di scuola superiore (55 utenti per una percentuale del 36,7%) o la licenza media (44 utenti con una percentuale del 29,3%). 4 donne di campione sono analfabete e non hanno avuto alcun accesso all'istruzione (2,7%) mentre 15 hanno conseguito esclusivamente la licenza elementare (10%). Infine 12 utenti hanno conseguito diploma universitario (8%), 10 utenti la Laurea (6,7%) e 10 hanno preferito non dichiarare il proprio livello istruzione (missing 6,7%).

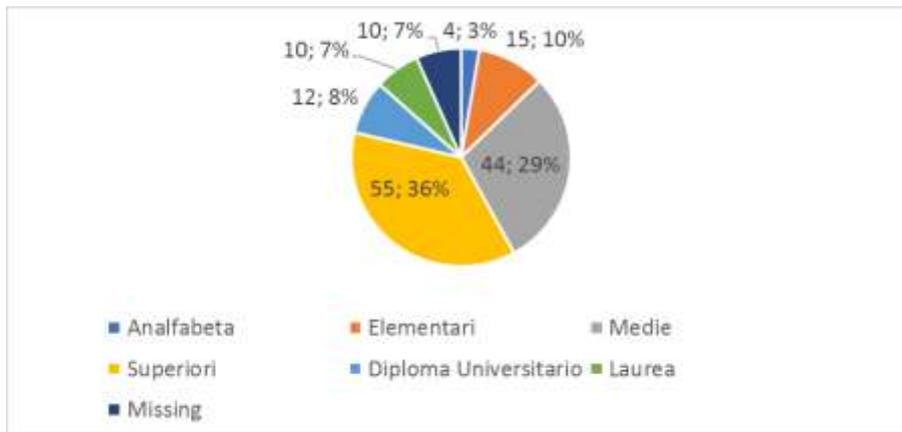


Grafico Risultati 6: Percentuali relative al Livello di Istruzione delle Utenti del Campione

### 5.2.6. PROFESSIONE

Un aspetto particolarmente rilevante dell'indagine è relativo all'occupazione lavorativa, dal momento che tutte le donne del campione, nella sua totalità, riferiscono una significativa situazione di disagio economico (rientrando a tutti gli effetti nelle soglie di povertà Istat). Tuttavia una buona parte del campione svolge un'attività lavorativa (ben 66 utenti riferiscono di lavorare al momento dell'intervista semistrutturata per una percentuale del 44%), seppure la maggioranza non ha almeno un impiego (84 donne, di cui 30 riferiscono la disoccupazione, per un totale del 56% sul campione della ricerca).



Grafico Risultati 7: Percentuali relative all'occupazione lavorativa del campione di ricerca

Per analizzare più nello specifico, veniva chiesto a ciascuna utente di indagare il tipo di occupazione attuale (o la situazione cui era legata la mancata occupazione lavorativa (disoccupazione, invalidità, pensione): molte donne nel riferire la propria professione hanno inoltre specificato la situazione di assoluta precarietà o saltuarietà del proprio lavoro. Il seguente grafico mostra le frequenze relative a ciascuna occupazione. Come si può notare se tutte le utenti hanno risposto alla domanda precedente relativa alla propria attività lavorativa, entrando nello specifico 24 soggetti hanno scelto di non rispondere alla domanda più dettagliata.

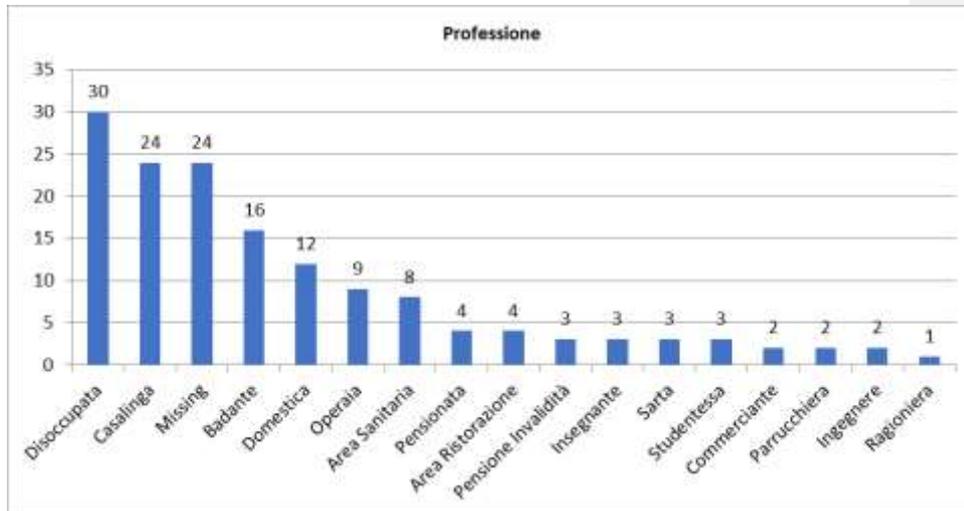


Grafico Risultati 8: Frequenze relative alla specifica attività lavorativa attuale delle utenti del campione di ricerca

Le frequenze maggiori sono relative a donne che non lavorano, o perché vivono la disoccupazione (30 utenti) o perché casalinghe. Le professioni con maggior frequenza sono quella di badante (16 utenti), domestica (12 utenti), operaia (9 utenti) o mestieri legati all' area sanitaria, in particolare OSS (8 utenti).

#### 5.2.7 STATO CIVILE

Dal momento che la ricerca si focalizza su dinamiche ed esperienze che hanno a che vedere con la sfera relazionale, si è deciso di indagare questa dimensione, a partire dall'aspetto più anagrafico, lo stato civile, per poi approfondire in maniera più diretta la presenza o meno di una relazione attuale, con quesiti più specifici relativi al rapporto con il partner.

Il campione risulta prevalentemente composto da donne coniugate (64 donne per una percentuale del 42,7%), solo 3 donne sono conviventi (2%) e 4 donne sono nubili ma fidanzate (2,7%).

Il 28% del campione è nubile senza una relazione stabile, il 19,3% separata/divorziata, il 5,3% (8 donne) delle donne del campione è nubile.

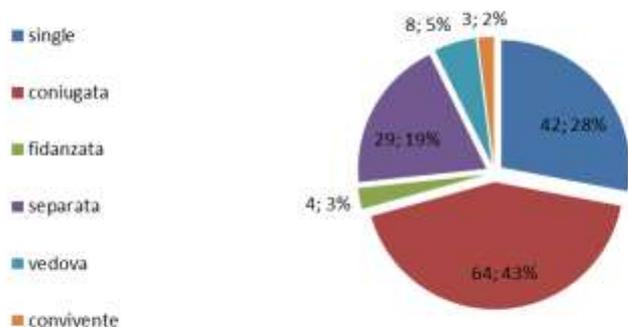


Grafico Risultati 9: Percentuali e frequenze relative allo stato civile del campione

### 5.2.8. FIGLI

Come più volte messo in luce sia nei capitoli teorici che nella presentazione della ricerca, uno dei temi particolarmente delicati per chi vive condizioni di disagio socioeconomico, marginalità e violenza è legato alle possibili ripercussioni sulla genitorialità. Ecco dunque che uno strumento della batteria si è focalizzato sul rapporto coi figli piccoli. Prima di giungere alla compilazione del questionario, si è indagata la presenza di figli e qualora vi fossero, è stato chiesto di specificare quanti e pe ciascuno indicare sesso ed età ( anno di nascita).

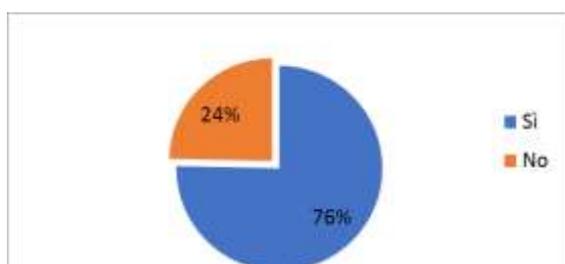


Grafico Risultati 10: Percentuali relative alle utenti del campione con o senza figli.

La maggior parte del campione, il 76% delle donne, ha almeno un figlio( 108 utenti, mentre 36 non hanno figli). Nel grafico seguente sono riportate le frequenze per il numero di figli.

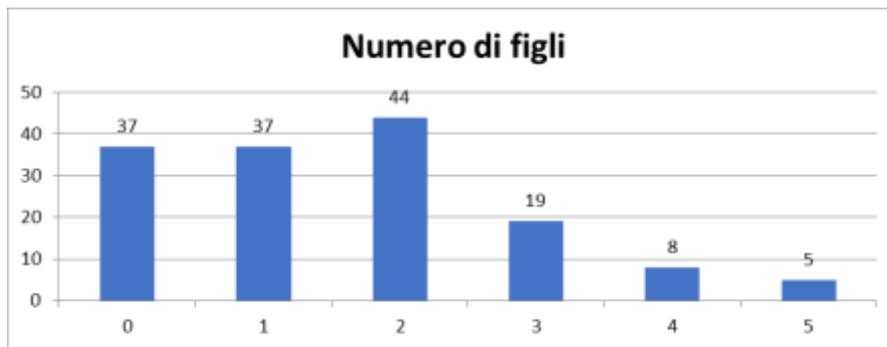


Grafico Risultati 11: Percentuali relative alle utenti del campione con o senza figli.

La frequenza più elevata è rappresentata dalle donne che hanno due figli ( 44 utenti, per una percentuale del 29,3%), di poco differente dalla frequenza delle donne con un figlio o senza figli ( in entrambi i casi 37 donne per una percentuale del 24,7%). 19 donne hanno 3 figli (12,7% del campione), 8 donne hanno 4 figli ( 5,3%) e 5 donne hanno 5 figli ( rappresentando il 3,3% del campione).

Nel progetto di ricerca, come si è più volte esplicitato, ci si è concentrati sul tema della genitorialità soprattutto in relazione alle utenti con figli bambini. Il seguente grafico riporta l'età dell'ultimo figlio delle 52 donne del campione che hanno almeno un bambino con età uguale o inferiore a 11 anni. La percentuale più elevata (40,4%) è relativa alle donne con un figlio di età compresa tra i 6 e i 12 anni, in età scolare. Questo dato si rileverà utile nella lettura del questionario relativo al parenting.

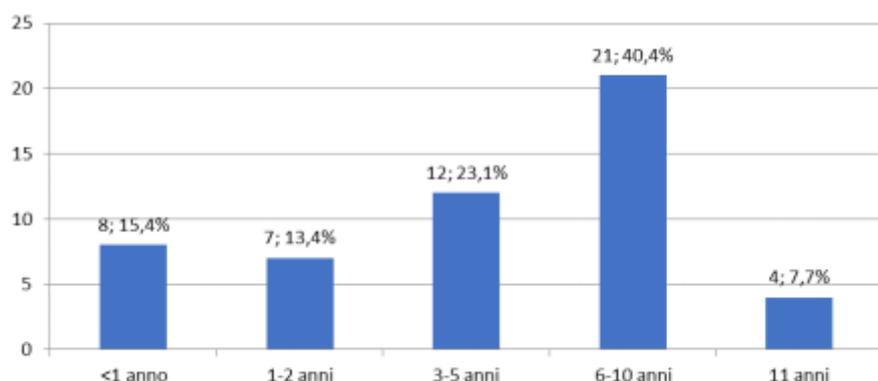


Grafico Risultati 12 : Frequenze e percentuali relative all' età dell' ultimo nato delle donne con figli bambini.

#### 5.2.9. RELAZIONE CON IL PARTNER

Alla luce delle considerazioni precedentemente esplicitate appare rilevante indagare la relazione con il partner. A ciascuna utente è stata chiesta la durata della relazione attuale e la media, quantificata in mesi di 144,24 (d.s.=± 145,73) indica una durata media di vari anni, seppure come si può notare con una deviazione standard molto elevata, con ogni probabilità legata anche all' eterogeneità anagrafica del campione. Il grafico seguente sintetizza frequenze e percentuali relative a differenti range di durata, espresse in anni. Il 41% del campione vive una relazione con il proprio partner della durata di più di 10 anni.

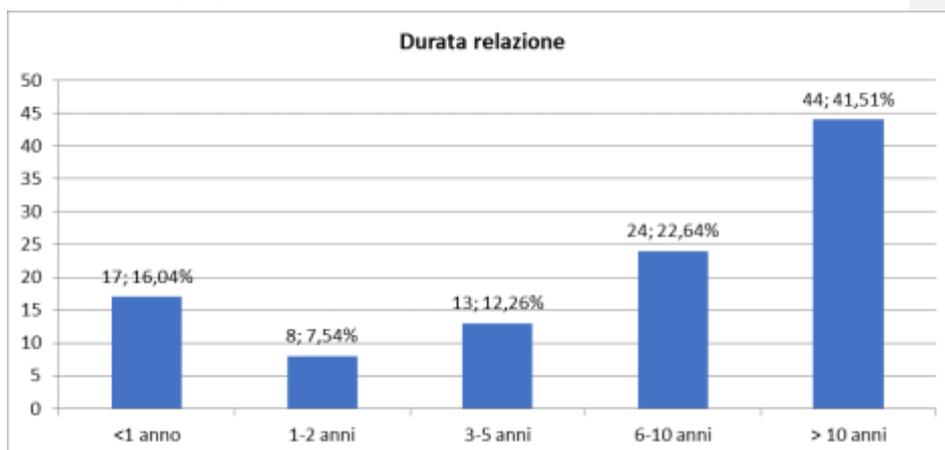


Grafico Risultati 13: Frequenze e percentuali relative alla durata della relazione attuale

E' stato poi chiesto di indicare il genere sessuale del partner e tutte le donne hanno dato risposta al maschile, dunque la totale interezza delle donne che ha dichiarato di avere una relazione, vive un rapporto eterosessuale. Si è indagata la nazionalità, che permetteva di poter considerare se l'utente vivesse relazione con persona di provenienza differente dalla propria, all'interno di una "coppia mista" o "coppia mista-mista".

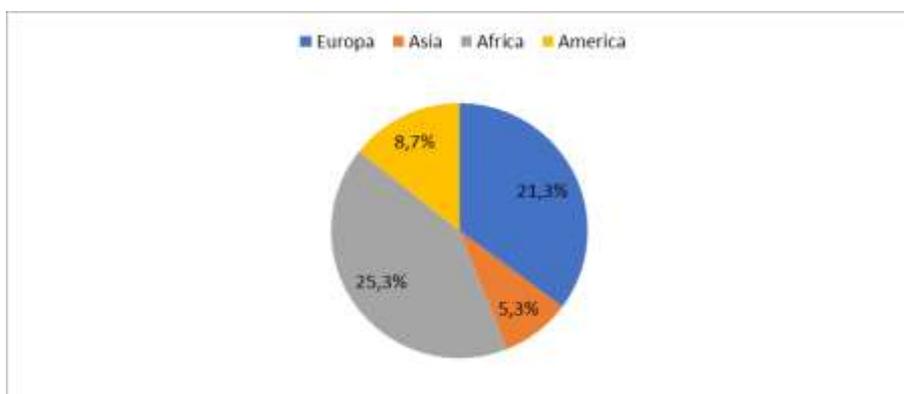


Grafico Risultati 14: Percentuali relative alla provenienza del partner

Infine in relazione al tema precedentemente illustrato, e al desiderio di indagare la sfera relazionale e al contempo della genitorialità, veniva chiesto se il partner attuale è di fatto padre dei figli di cui le utenti hanno indicato sesso ed età.



Grafico Risultati 15: Percentuali relative alle donne il cui partner è anche padre dei propri figli

Delle 108 donne che hanno figli, 75 vivono attualmente una relazione con un partner (il 79,45 ha un rapporto, mentre 33 donne, ovvero il 30,6% non attualmente). Di queste 75 donne, con figli e con una relazione attuale, per il 61% il partner attuale è anche il genitore dei propri figli, per il 10,2% si tratta di una relazione nata successivamente a quella con il padre dei propri figli ( questo dato si lega anche alla percentuale presente nel campione di soggetti che hanno dichiarato avere vissuto, più o meno recentemente, l'esperienza della separazione) mentre il 33,3% non ha esplicitato questo aspetto .

#### 5.2.10 REDDITO ANNUALE

Si è più volte sottolineato il tema del disagio socioeconomico, interrogandosi sulla sua possibile influenza sul benessere psicofisico di chi vive situazioni di marginalità e povertà. Si è deciso dunque di indagare e quantificare questo aspetto, domandando alle utenti del campione di ricerca il proprio reddito annuo.

Il seguente grafico rappresenta le frequenze relative alle differenti soglie 0-3000 euro, 3.000- 6.000 euro, 6.000-10.000 , superiore a 10.000 euro. Tale cifra è stata ponderata poi secondo le indicazioni Istat che stabiliscono i criteri per la soglia di povertà assoluta ( bilanciando il reddito per numero di persone del nucleo familiare per classi di età, zona di residenza) e tutte le utenti sembrano rientrarvi. Va sottolineato inoltre che per l'accesso al Servizio le utenti devono dare documentazione e dati precisi rispetto al proprio reddito che vengono registrati e catalogati, in via preliminare alla frequentazione del Centro. Tuttavia si è preferito non far ricorso al database, ma richiedere alle utenti stesse la risposta relativa alla propria situazione (18 donne hanno preferito non rispondere).

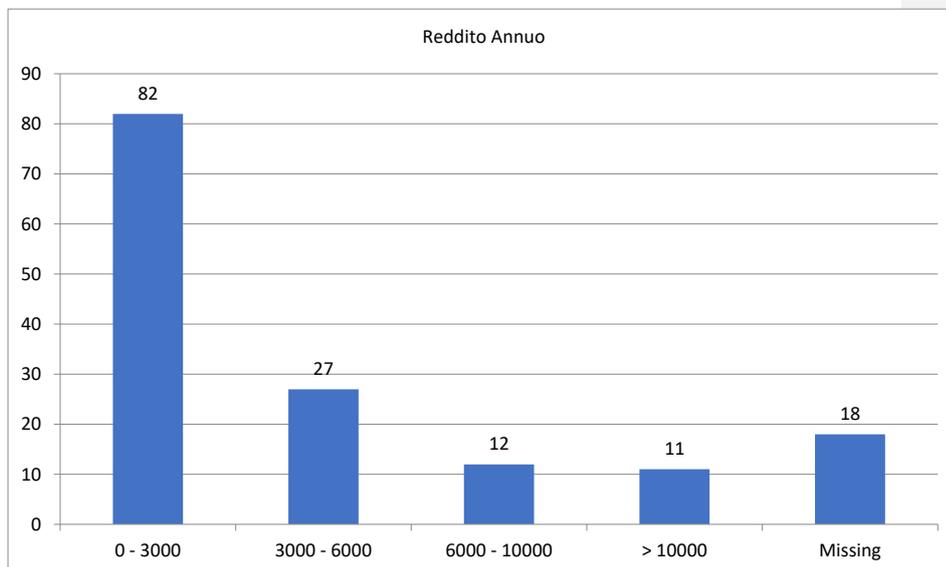


Grafico Risultati 16: Frequenze relative al reddito annuo dichiarato dalle utenti

#### 5.2.11 ESPERIENZE DI VIOLENZA

Alla luce delle considerazioni fatte sulle tematiche relative all'esperienza di violenza e dei bisogni maggiormente riportati all'interno dello Sportello di Consultazione, questo aspetto è stato indagato in maniera specifica, prima di procedere con la somministrazione dei test.

88 donne (per una percentuale del 58,7%) hanno dichiarato di aver vissuto esperienze di violenza. 62 donne invece non hanno mai provato questa esperienza e vivono nell'attualità forme di disagio legate esclusivamente a marginalità e difficoltà economiche (41,3%). Tali percentuali sono riportate nel seguente grafico:

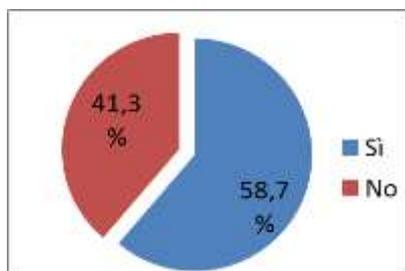
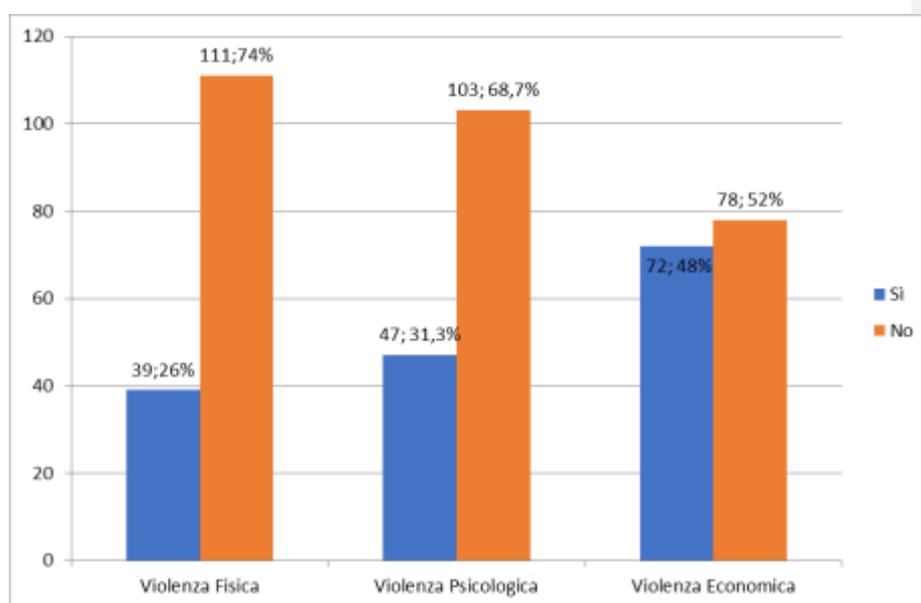


Grafico Risultati 17: Percentuali relative alle donne che dichiarano di aver vissuto esperienze di violenza

Nello specifico, data la natura differente delle molteplici connotazioni che queste esperienze possono assumere, veniva chiesto a ciascuna utente nello specifico, di indicare se avesse esperito forme di violenza legate al versante fisico (violenza sessuale, aggressività, percosse, maltrattamenti), a dinamiche psicologiche (umiliazioni, manipolazione, plagio, dipendenza) o che pertengono la sfera economica, utilizzata per legare a se o impedire l'autonomia e la possibilità di scelta o di libertà dal legame. Di seguito il grafico riporta nel dettaglio le varie percentuali:



Grafic Risultati 18: Frequenze e percentuali relative alle donne che dichiarano di aver vissuto esperienze di violenza, di natura fisica, psicologica o con forme che minacciano e manipolano la dimensione economica

Come si può evincere dal grafico, le forme più frequenti presenti nel campione della ricerca sono legate alla violenza che assume una connotazione che riguarda la sfera economica, dato probabilmente legato alla condizione di povertà che vive la totalità del campione. Tuttavia la diffusione di queste esperienze di violenza si rileva in tutte le dimensioni: 39 donne hanno vissuto esperienza di violenza fisica (26% di contro a 111 donne che non l'hanno vissuta per il 74%); 47 donne hanno sperimentato forme di violenza psicologica (31,3% di contro alle 78 donne che non, per il 68,7%); e infine 72 vivono forme legate alla componente economica (48%, di contro a 78 che pur vivendo in

condizione di povertà e disagio socioeconomico non hanno vissuto tale esperienza per il 52%)

Infine il seguente grafico riporta frequenze e percentuali relative alle donne che dichiarano di aver vissuto esperienze di violenza, relative solo a una tipologia rispetto a quelle utilizzate nella classificazione, o molteplici, che possono assumere natura fisica, psicologica o forme che minacciano e manipolano la dimensione economica:

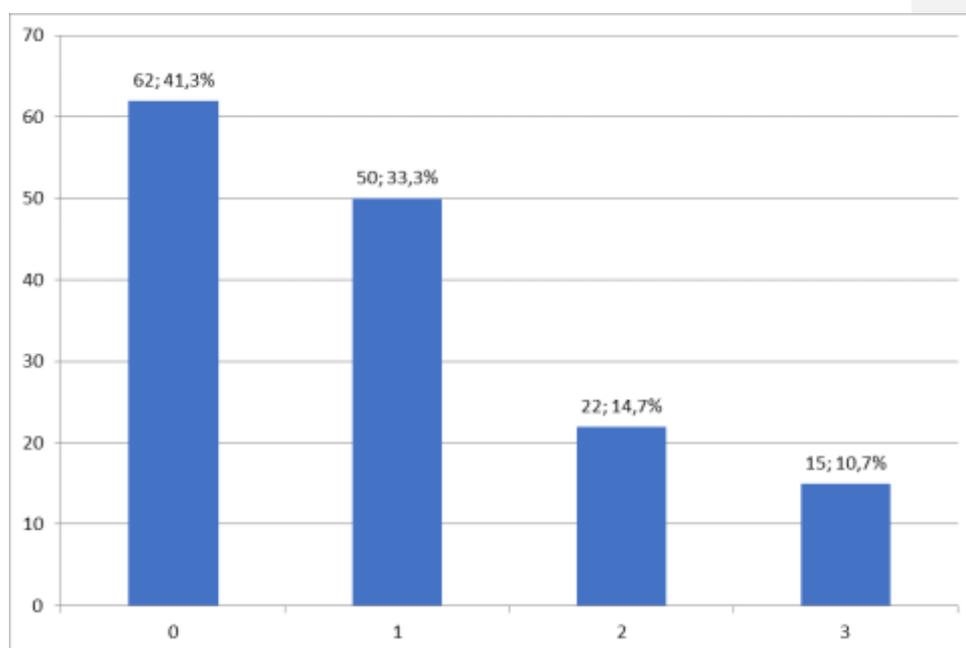


Grafico Risultati 19: Frequenze e percentuali relative alle donne che dichiarano di aver vissuto esperienze di violenza, o solo di una tipologia rispetto a quelle utilizzate nella classificazione, o molteplici, di natura fisica, psicologica o con forme che minacciano e manipolano la dimensione economica

Come riportato anche dal grafico 17, si mette in luce nuovamente che 62 donne non hanno provato alcuna di queste tipologie di violenza (41% sul campione totale). Oltre a questo dato, è possibile osservare nello specifico che 50 utenti dichiarano di aver subito una soltanto di queste tipologie (33,3%), 22 donne hanno vissuto due modalità che toccano diversi domini di espressione e 15 donne ovvero il 10,7% del campione riferisce di aver esperito le molteplici forme.

## 5.2.12.SITUAZIONI PROBLEMATICHE

E' stata indagata nel corso dell'intervista preliminare alla compilazione dei questionari, la presenza di situazioni o eventi di vita che riguardassero l'attualità e la donna giudicasse e riferisse come problematici e fonte di disagio e sofferenza. Come mostrato dal seguente grafico, che riassume frequenze e percentuali, 121 utenti riferiscono una situazione problematica ,per una percentuale del 81%. Soltanto 29 utenti non riferiscono nello specifico, per una percentuale del 19% .

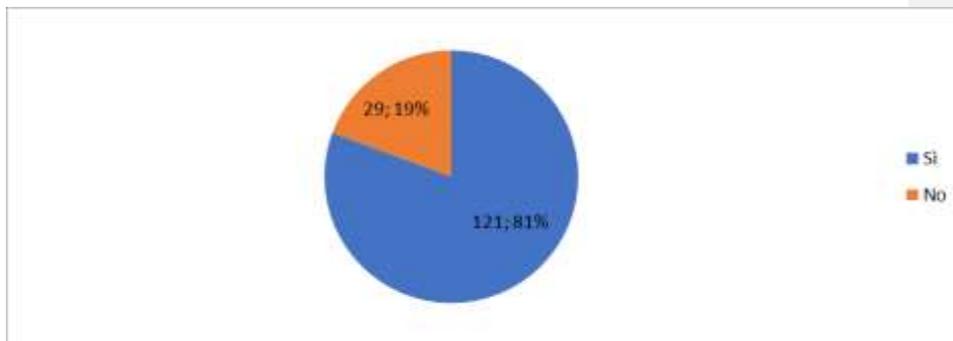


Grafico Risultati 20: Frequenze e percentuali relative a donne che vivono una situazione problematica

Le esperienze raccontate dalle donne venivano riportate nella maniera più fedele possibile e sono state così sintetizzate:

- Problematiche economiche
- Problematiche legate al lavoro
- Sfratto immediato
- Doversi occupare dei genitori malati
- Essere in cerca del proprio figlio, dato in adozione
- Problematiche di salute che non consentono di lavorare
- Vita all'interno del centro di accoglienza
- Infertilità
- Figli con disabilità
- Patologie Psichiatriche

### 5.2.13. ACCESSO COLLOQUIO PSICOLOGICO

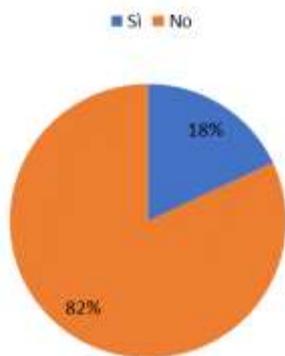


Grafico Risultati 21: Percentuali relative alle donne che hanno richiesto e avuto accesso alla consultazione psicologica

Le utenti che afferiscono al Centro San Fedele, tra i vari Servizi, possono avere accesso a uno Sportello, che offre consulenza legale e psicologica, con una specifica attenzione alle tematiche legate ad esperienze di violenza. Questa iniziativa, presente con frequenza settimanale, vede impegnate una psicoterapeuta e una avvocatessa che su diversi fronti interagiscono con l'utente, in un'ottica integrata. Al momento dell'intervista semistrutturata il 18% delle utenti (27 donne) aveva richiesto e avuto un colloquio psicologico. La grande maggioranza, l'82% (123 donne) non ha richiesto questa possibilità (pur in alcuni casi avendo dichiarato nel corso dell'intervista di subire o aver subito esperienze di violenza).

#### 5.2.14 DISTRESS PSICOLOGICO

I seguenti grafici sintetizzano i punteggi medi relativi al distress psicologico. Come è stato messo in luce, si è somministrato all'interno della batteria costruita ad hoc il questionario **CORE-OM** Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, che misura il grado di distress psicologico, identificabile in 4 sottoscale: Benessere soggettivo (4 items), Sintomi e problemi (sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma; 12 items), Rischio (aspetti auto ed etero lesivi; 12 items), Funzionamento (relazioni significative, funzionamento generale e sociale: 6 items). Il cut off clinico corrisponde a 9 e maggiore è il punteggio emerso peggiore è la condizione psicologica associata, come si può evincere dalla seguente tabella riassuntiva.

CORE-OM- Soglie									
1	2 Sani	3	4	5	6	7 Basso	8	9 Cut off clini co	10
11	12 Lieve	13	14	15	16	17 Moderato	18	19	20
21	22 Moderato /Grave	23	24	25	26	27 Grave	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Tabella Risultati 1: Soglie relative al questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Il punteggio medio del campione nella sottoscala “Benessere soggettivo” risulta essere di 19,7, rientrando in un range moderato, che si avvicina alla soglia moderato/grave. La deviazione standard è di 8,19.

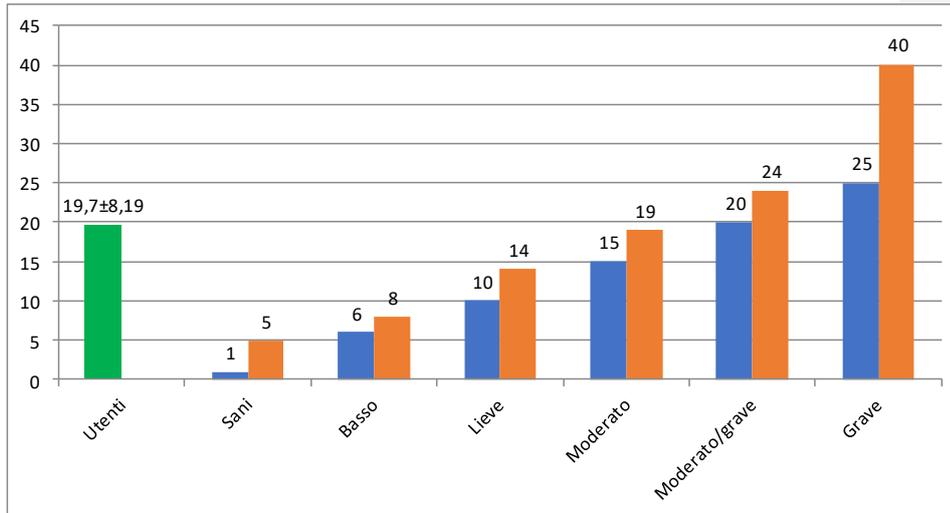


Grafico Risultati 22 : Punteggio del campione delle utenti rispetto alla sottoscala “Benessere soggettivo” del questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Il punteggio medio del campione nella sottoscala “Sintomi e problemi “ risulta essere di 15,66, rientrando in un range moderato. La deviazione standard è di 8,38.

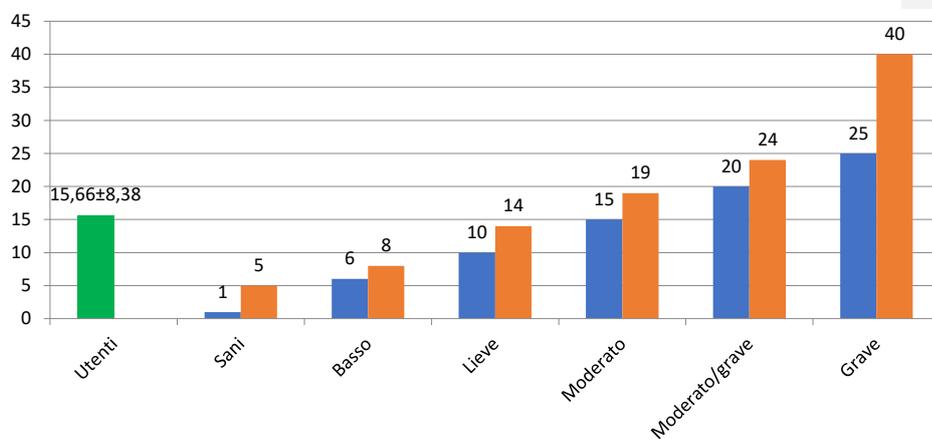


Grafico Risultati 23: Punteggio del campione delle utenti rispetto alla sottoscala “Sintomi e problemi ” del questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Il punteggio medio del campione nella sottoscala “Funzionamento” risulta essere di 16,19, rientrando in un range moderato. La deviazione standard è di 5,56.

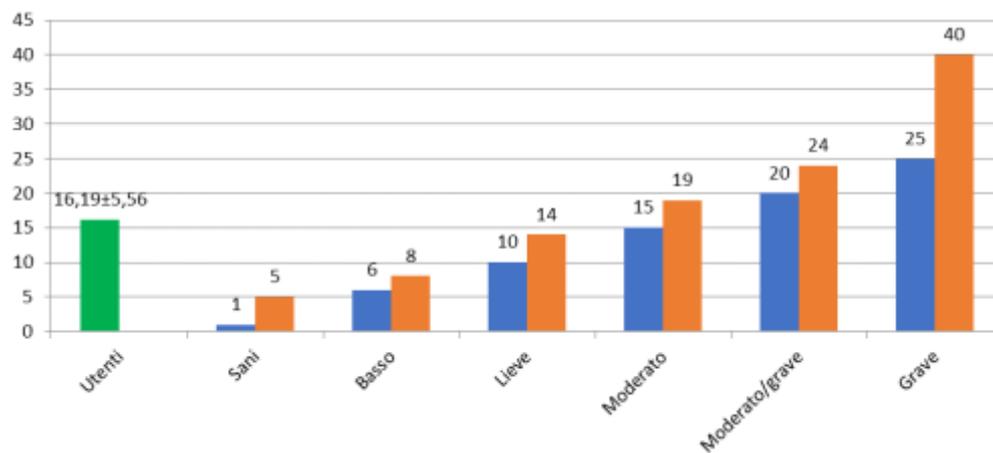


Grafico Risultati 24: Punteggio del campione delle utenti rispetto alla sottoscala “Funzionamento” del questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Il punteggio medio del campione nella sottoscala “Rischio” (aspetti auto ed eterolesivi)” risulta essere di 5,68, rientrando in un range basso. La deviazione standard è di 7,44.

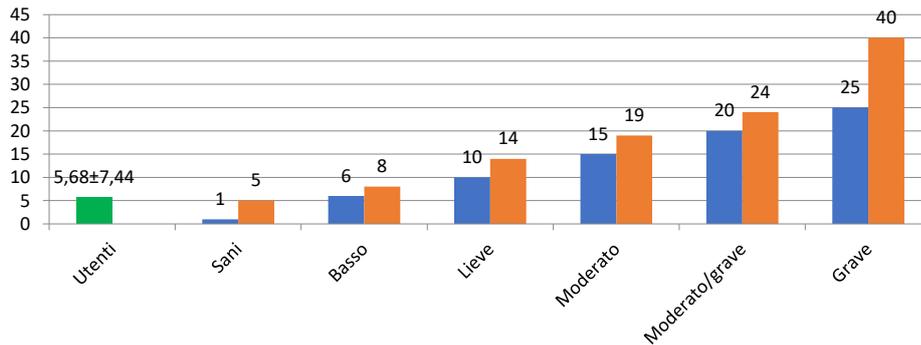


Grafico Risultati 25: Punteggio del campione delle utenti rispetto alla sottoscala “Rischio” (aspetti auto ed eterolesivi) del questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Infine, il seguente grafico mostra il punteggio medio totale del campione al questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, che risulta essere di 13,98, rientrando in un range lieve. La deviazione standard è di 6,08.

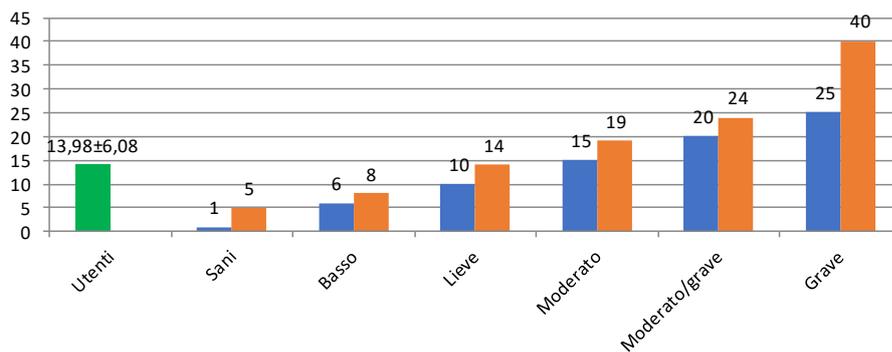


Grafico Risultati 26: Punteggio medio Totale del campione delle utenti rispetto al questionario CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measurement

### 5.2.15. QUALITA' DI VITA

Si è somministrato all'interno della batteria costruita ad hoc il questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire che consente di indagare la qualità di vita autopercepita, fornendo un unico punteggio totale, che viene letto in maniera inversamente proporzionale. Il cut-off di significatività è relativo ai punteggi > di 14. Il seguente grafico mette in luce il punteggio medio del campione delle utenti di 17,67 (d.s.=5,385) che si situa sopra la soglia, mettendo in luce una compromissione significativa della percezione della propria qualità di vita.

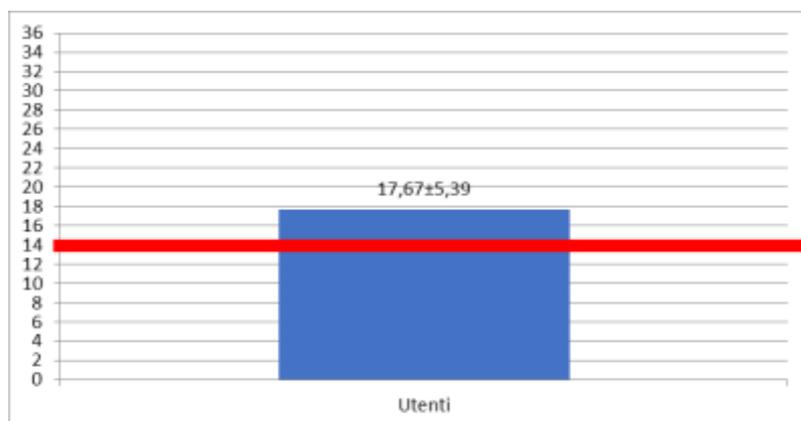


Grafico Risultati 27: Punteggio medio Totale del campione delle utenti rispetto al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire

### 5.2.16 PARENTING

Infine, alle utenti che hanno dichiarato di avere figli, con un'età compresa tra un mese e 11 anni, è stato somministrato il **PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form**, questionario centrato sul parenting, ovvero l'insieme di comportamenti che attiene alla capacità di proteggere il bambino e sostenerne lo sviluppo. Lo strumento indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici. I punteggi sono stati calcolati in relazione all'età media dell'ultimo figlio delle donne del campione che hanno bambini nel range d'età d'indagine. Questa risulta essere di 58 mesi (d.s.=42,98). Il seguente grafico riporta i punteggi medi delle tre dimensioni dello strumento:

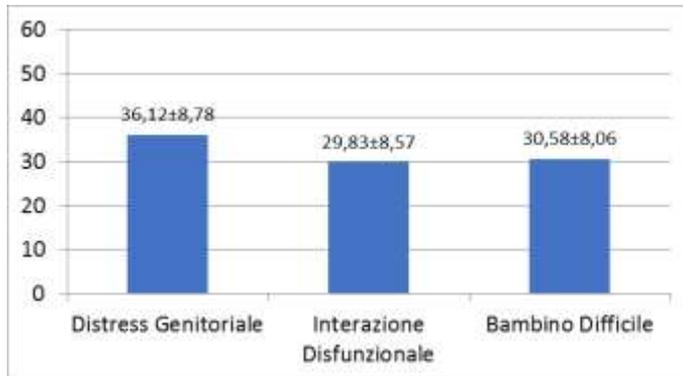


Grafico Risultati 28: Punteggio medio del campione delle utenti rispetto alle tre dimensioni del questionario SI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

I dati vengono letti in riferimento ai valori del manuale di validazione, che fornisce indicazioni rispetto ai percentili e alle significatività specifiche per ciascuna differente dimensione.

Per quanto riguarda il “Distress genitoriale” il punteggio medio risulta essere di 36,12 con d.s. pari a 8,68. Questo dato si colloca all’interno del 90° percentile, ma non assume rilevanza significativa dal momento che il manuale di validazione fornisce come indicazione punteggi superiori a tale percentile (>90° percentile); tuttavia il dato risulta significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 9,174; p < ,0001$ ). Il punteggio relativo all’ “Interazione genitore-bambino disfunzionale” risulta essere di 29,83 con d.s.=±8,57, collocandosi nel 95° percentile. Si tratta di un punteggio elevato: che nel manuale di validazione viene indicato come indice del fatto che il legame genitore-bambino è minacciato, non è stato adeguatamente stabilito. Tuttavia non rientra nella soglia di gravità >95° percentile, seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 11,653; p < ,0001$ ).

Il punteggio relativo alla dimensione “Bambino difficile” è di 30,58 con d.s.=±8,06, rientrando nel 85° percentile. Risulta elevato ma non significativo (>=90° percentile), seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 7,353; p < ,0001$ ).

Inoltre lo strumento fornisce un punteggio relativo alla risposta difensiva, sottoscala di controllo che monitora il fatto che non stiano mentendo o desiderando in maniera eccessiva apparire in maniera differente da ciò che realmente sono. Il punteggio medio risulta essere di 26,73 (d.s.=±5,3), collocandosi al 95° percentile, senza però essere significativo (la

soglia indicata  $\leq 10$ ), seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 17,891; p < ,0001$ )

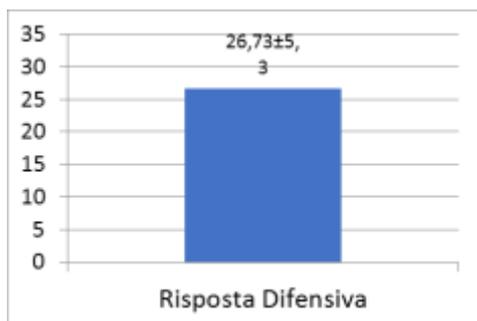


Grafico Risultati 29: Punteggio medio del campione delle utenti rispetto alla Risposta Difensiva del questionario SI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

Infine lo strumento fornisce anche un punteggio totale, la cui media per il campione delle utenti risulta essere di 96,52 (d.s.=±21,56), collocandosi nel 95° percentile, mostrando dunque un livello significativo ( $\geq 90^\circ$  percentile) e anche significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 11,26,43222; p < ,0001$ ).

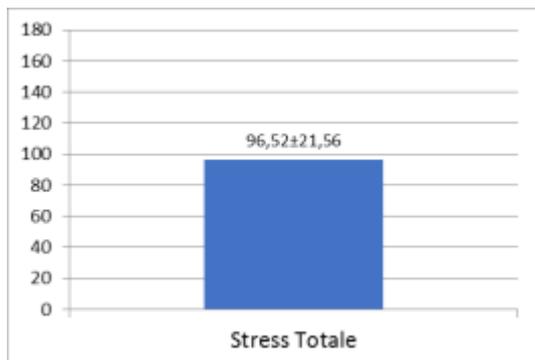


Grafico Risultati 30: Punteggio medio allo stress Totale del campione delle utenti rispetto al questionario SI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

### 5.2.17.CAMPIONE DI CONTROLLO

La batteria di test costruita ad hoc per il campione delle utenti è stata somministrata anche a un campione di donne per consentire confronti successivi in relazione alle principali variabili. Il campione di donne è stato raccolto sul territorio di Milano e Hinterland in differenti contesti, tra cui centri di aggregazione con connotazione femminile (iniziative allattamento, centri salute donne). Il campione di controllo è costituito da 169 donne.

Il range di età è prossimo a quello del campione delle utenti e va dai 15 ai 75 anni. L'età media risulta essere di 41,27 con d.s.14,73.

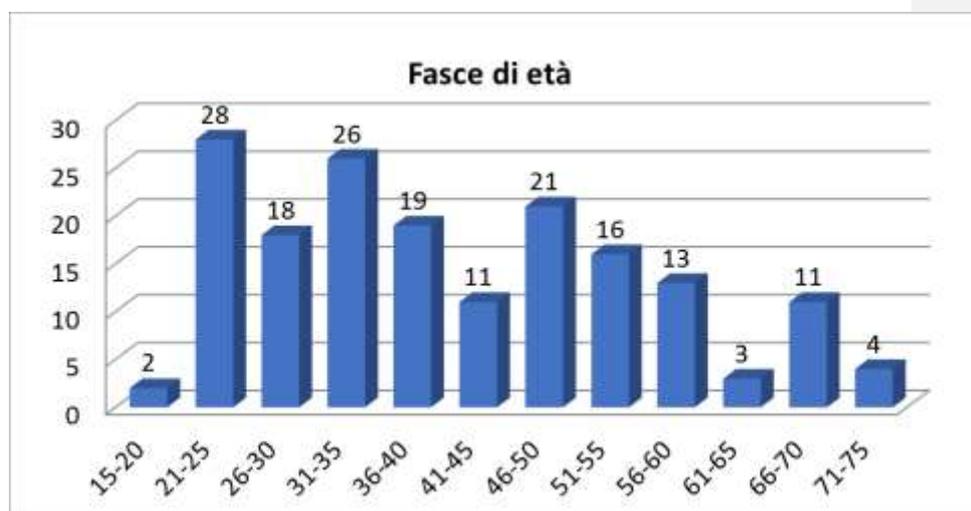


Grafico Risultati 31: Frequenze relative alle differenti fasce d'età del campione

Le donne del campione sembrano ricoprire tutte le fasce d'età. Come si evince dal grafico le fasce più rappresentate presentano frequenze simili alle utenti in relazione alle fasce di età adulta tra i 36 anni e i 40 anni (19 soggetti), e i 46 e 50 anni (21 soggetti), con una frequenza elevata anche nella fascia tra i 21-25 (28 soggetti). Le code della distribuzione risultano anche in questo campione le meno rappresentate (2 e 4 soggetti).

Per quanto riguarda la nazionalità di provenienza si riscontra la maggior differenza dal campione delle utenti dal momento che molte nazionalità non sono presenti e il campione di controllo presenta le seguenti frequenze (con indicate le relative percentuali):

- Italiana = 143; 84,62%

- Russa = 1; 0,59%
- Venezuela = 3; 1,78%
- Brasiliana = 5; 2,96%
- Rumena = 7; 4,14%
- Svizzera = 1; 0,59%
- Inglese = 4; 2,37%
- Ucraina = 2; 1,18%
- Cinese = 4; 2,37%
- Missing = 2; 1,18%

La gran parte del campione di controllo ( 155 soggetti) è dunque di nazionalità europea. Di seguito sono riassunte frequenze e percentuali delle differenti lingue parlate:

- Francese = 19; 11,24%
- Inglese = 89; 52,66%
- Cinese = 7; 4,14%
- Srilankese = 1; 0,59%
- Russo = 5; 2,96%
- Tedesco = 11; 6,51%
- Spagnolo = 12; 7,10%
- Portoghese = 2; 1,18%
- Rumeno = 4; 2,37%
- Brasiliano = 2; 1,18%
- Ucraino = 3; 1,78%

Per quanto riguarda l'occupazione 118 donne svolgono attività lavorativa (69,8% del campione), mentre 51 non (30,2% del campione).

Per quanto riguarda il livello di istruzione , si riscontra un livello medio alto. Non sono presenti soggetti analfabeti, 3 donne hanno licenza elementare, 26 donne licenza media, 99 soggetti diploma superiore, 40 laurea e 9 titoli post lauream. Frequenze e percentuali rispetto al titolo di studio possono essere così sintetizzate:

- Elementari = 3; 1,78%
- Medie = 26; 15,38%
- Superiori = 73; 43,20%

- Diploma = 16; 9,47%
- Laurea = 40; 23,67%
- Post-lauream = 9; 5,33%
- Missing = 2; 1,18%

Per quanto riguarda lo stato civile la percentuale del campione più elevata è relativa alle donne sposate ( 73 soggetti per una percentuale del 43,20%). 46 donne sono nubili, senza avere una relazione (27,22%), mentre 26 sono nubili ma fidanzate (15,38% )e sono conviventi (4,14%).Infine13 donne sono separata (7,69%) e 1 vedova(0,59%). 3 donne non hanno indicato il proprio stato civile (1,78%).

La durata media delle relazioni con il proprio partner quantificata in mesi presenta una media di  $185,02 \pm 167,73$  ( le risposte coprono un range 0-570).

Il campione è composto al 50,30% da donne che hanno figli (85) e al 49,70% da donne che non (83).

L'età media dei figli piccoli (in riferimento al PSI con età inferiore a 11 anni) delle donne del campione copre un range che va dai 3 ai 132 mesi e presenta una media di  $46,55 \pm 35,60$  . Di seguito sono riassunte frequenze e percentuali a partire da chi non ha figli, sino a chi ne ha 5:

- 0 = 83; 49,11%
- 1 = 48; 28,40%
- 2 = 28; 16,57%
- 3 = 6; 3,55%
- 4 = 1; 0,59%
- 5 = 2; 1,18%

Per quanto riguarda il tema della violenza il 21,30% del campione ( 36 donne) ha vissuto tale esperienza mentre il 76,92% non (130 donne). 3 donne (1,78%) non ha risposto in merito. Di seguito sono riassunte frequenze e percentuali relative nello specifico a violenza fisica, psicologica e economica:

- **Violenza fisica**
- Si = 8; 4,73%

- No = 158; 93,49%
- Missing = 3; 1,78%
- **Violenza psicologica**
  - Si = 34; 20,12%
  - No = 132; 78,11%
  - Missing = 3; 1,78%
- **Violenza economica**
  - Si = 6; 3,55%
  - No = 160; 94,67%
  - Missing = 3; 1,78%

Per quanto riguarda i risultati relativi al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire che consente di indagare la qualità di vita autopercepita il punteggio medio del campione di controllo risulta essere di 15,47 (d.s.=3,61) situandosi sopra la soglia di significatività, relativa ai punteggi > di 14 e mettendo dunque in luce una compromissione significativa della percezione della propria qualità di vita.

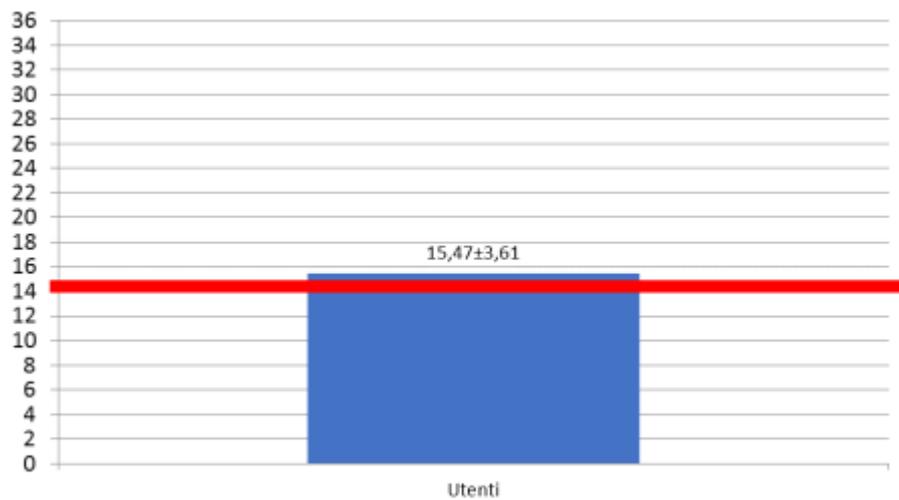


Grafico Risultati 32: Grafico relativo al punteggio medio delle donne del campione di controllo al GHQ-12 – General Health Questionnaire, rispetto alla soglia di significatività

Per quanto riguarda il CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure che misura il grado di distress psicologico, identificabile in 4 sottoscale: Benessere soggettivo, Sintomi e problemi (sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma), Rischio (aspetti auto ed etero lesivi), Funzionamento (relazioni significative, funzionamento generale e sociale), il campione di controllo presenta i seguenti punteggi medi:

Benessere =  $17,01 \pm 6,22$  collocandosi nel range moderato

Sintomi e Problemi =  $11,37 \pm 6,87$  collocandosi nel range moderato

Funzionamento =  $18,78 \pm 11,71$  collocandosi nel range moderato

Rischio =  $11,71 \pm 13,10$  collocandosi nel range lieve

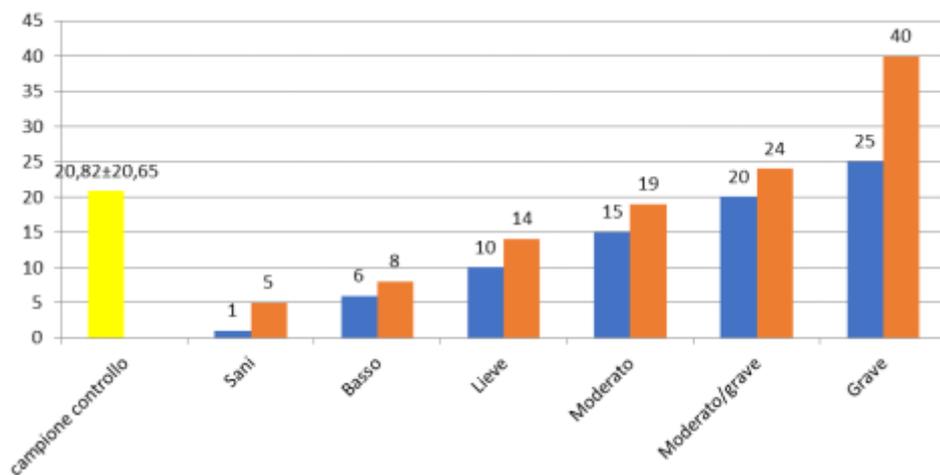


Grafico Risultati 33: Grafico relativo al punteggio medio delle donne del campione di controllo al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, in relazione alla soglie di significatività

La media del punteggio totale del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure risulta essere  $20,82 \pm 20,65$  collocandosi nel range moderato grave.

Per quanto riguarda il **PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form** i seguenti grafici rappresentano i punteggi medi relativi ai tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili al distress genitoriale (fattori personali, stress associato ad altri ruoli sociali, conflitto con l'altro genitore, mancanza di supporto sociale, presenza di depressione), interazione genitore-bambino disfunzionale (percezione del figlio come non rispondente alle proprie aspettative; punteggi elevati indicano che il legame genitore-bambino è minacciato o non è mai stato adeguatamente stabilito), bambino difficile (caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di difficile gestione, problemi nei processi di autoregolazione), alla risposta difensiva e al punteggio totale.

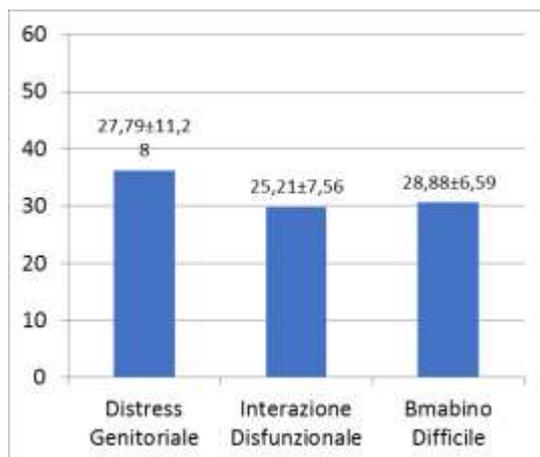


Grafico Risultati 34: Grafico relativo al punteggio medio delle donne del campione di controllo in relazione alle differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

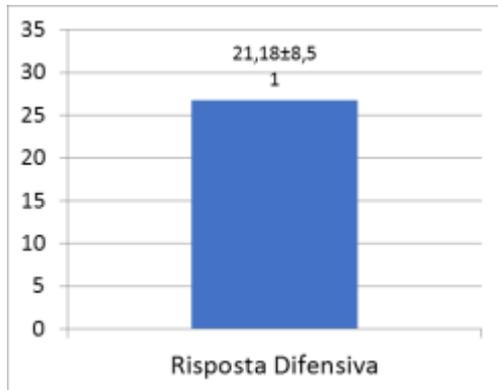


Grafico Risultati 35: Grafico relativo al punteggio medio delle donne del campione di controllo in relazione alla risposta difensiva del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

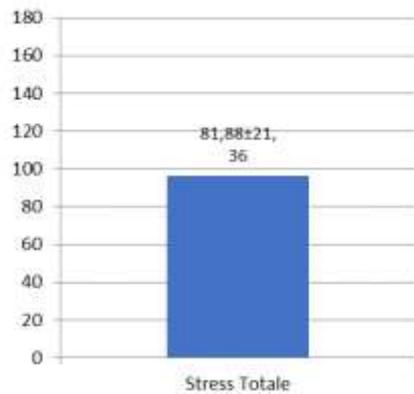


Grafico Risultati 35: Grafico relativo al punteggio medio delle donne del campione di controllo in relazione al punteggio totale di parenting stress del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

### 5.3. ANALISI DESCRITTIVE DEL CAMPIONE DEGLI OPERATORI

Il campione della ricerca è composto dagli operatori che prestano il proprio operato in relazione agli utenti del Centro San Fedele, presso cui si è svolta la ricerca, e che hanno dato il proprio consenso alla partecipazione al progetto. Si tratta di **22 soggetti**. In questo caso si è deciso di coinvolgere sia uomini che donne dal momento che il campione totale, di 50 operatori impegnati presso il Centro a vario titolo, è equamente distribuito e vede attiva sia la presenza femminile che quella maschile nelle diverse mansioni. La specificità del campione è legata al fatto che presta il servizio in maniera gratuita volontaria, ma che è chiamata a svolgere nei confronti dell'utenza una prestazione professionale. Tutti gli operatori sono risultati essere di nazionalità italiana.

#### 5.3.1. GENERE SESSUALE

Il campione della ricerca è costituito in prevalenza da donne, che hanno aderito in misura maggiore alla ricerca : 16 soggetti di genere femminile (72,7%) di contro a 6 di genere maschile (27,3%) , come messo in luce dal seguente grafico

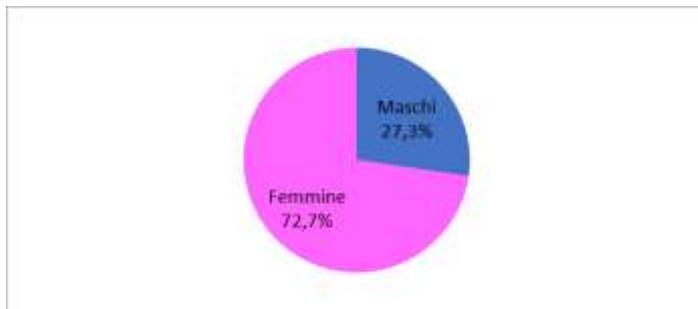


Grafico Risultati 36: Percentuali relative al genere sessuale del campione degli operatori

#### 5.3.2. ETÀ

L'età del campione si distribuisce in un range molto ampio, che va dai 24 agli 84 anni.

L'età media risulta essere di 55,32 con una d.s.=±16,65.

Il seguente grafico mostra le frequenze e le percentuali delle differenti fasce d'età all'interno del campione degli operatori.

La percentuale più elevata 27,4% per una numerosità di 6 soggetti si colloca nella fascia tra 61 e 65 anni.

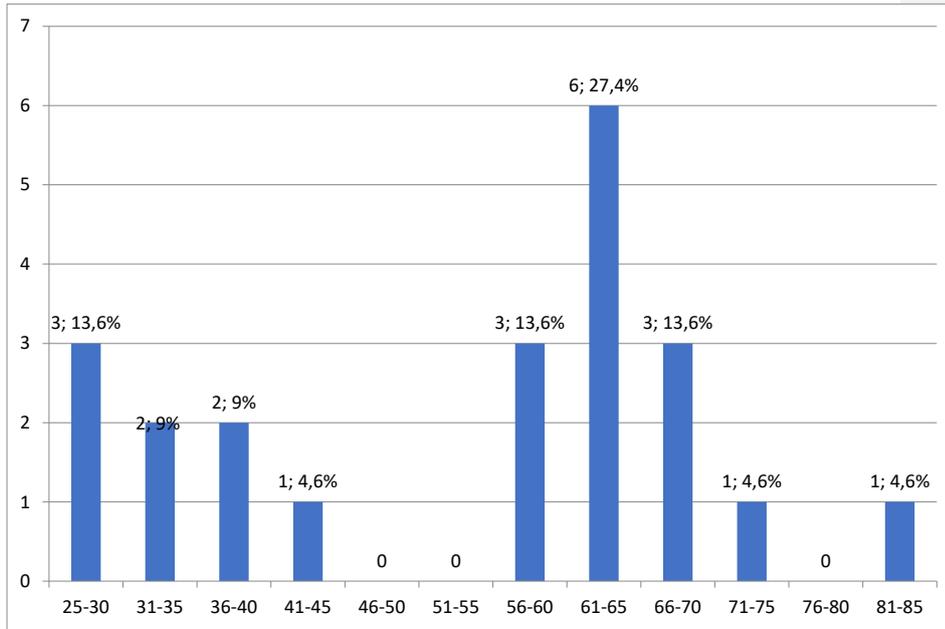


Grafico Risultati 37: Frequenze e Percentuali relative alle differenti fasce d'età del campione degli operatori

### 5.3.3.STATO CIVILE

Nella scheda anagrafica che gli operatori compilavano prima di dedicarsi alla batteria di questionari costruita ad hoc, è stato richiesto di indicare il proprio stato civile. Le frequenze con le relative percentuali sono riportate nel seguente grafico:

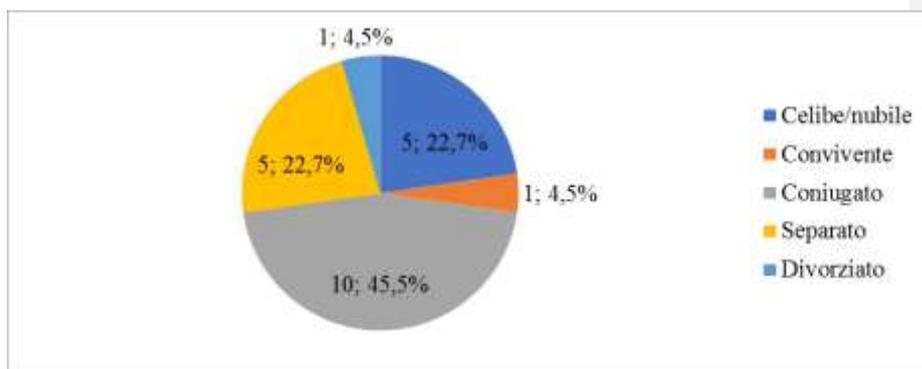


Grafico Risultati 38: Frequenze e Percentuali relative allo stato civile del campione degli operatori

La percentuale maggiore è relativa agli utenti coniugati (10 soggetti con una percentuale del 45,5%), a seguire gli utenti con stato celibe/nubile e separati, ciascuno con la stessa frequenza ( 5 soggetti per il 22,7%), infine conviventi e divorziati, ciascuno con un singolo soggetto e la stessa percentuale (4,5%).

### 5.3.4. PROVENIENZA

Dal momento che tutti i soggetti risultavano di nazionalità italiana, si è indagato più nel dettaglio la Regione di provenienza, per valutare eventuale eterogeneità. Tuttavia la grande maggioranza condivide la stessa provenienza, nella Regione Lombardia, in cui la totalità del campione attualmente risiede. Il grafico seguente illustra le percentuali di cui vengono riportate le percentuali qui riassunte con le frequenze:

- Lombardia= 18 (81,8%)
- Sicilia= 1 (4,5%)
- Emilia Romagna=1 (4,5%)
- Liguria=1 (4,5%)
- Veneto=1 (4,5%)

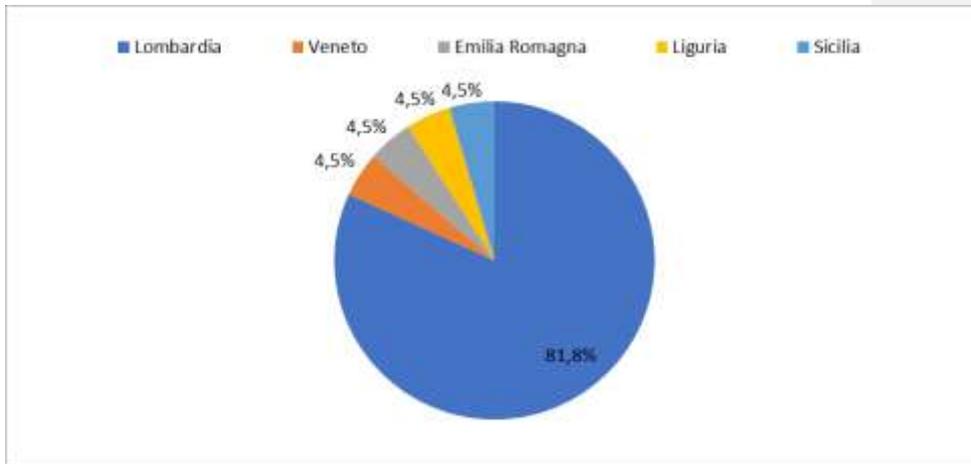


Grafico Risultati 39: Percentuali relative alla Regione di Provenienza del campione degli operatori

### 5.3.5. FIGLI

Si è chiesto agli operatori di indicare se sono genitori, e quindi oltre alla vita professionale sono a tutti gli effetti impegnati e coinvolti in quella familiare. La grande maggioranza del campione ha almeno un figlio (17 utenti per una percentuale del 77%). I grafici successivi mostrano frequenze e percentuali relative alla presenza o meno di figli, e nello specifico al numero di figli.

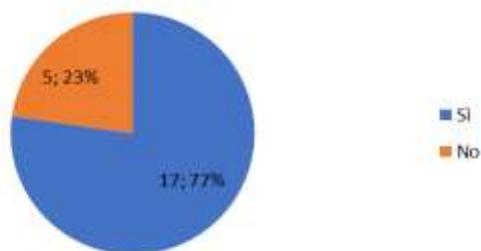


Grafico Risultati 40: Frequenze e Percentuali relative alla presenza di figli degli utenti del campione degli operatori

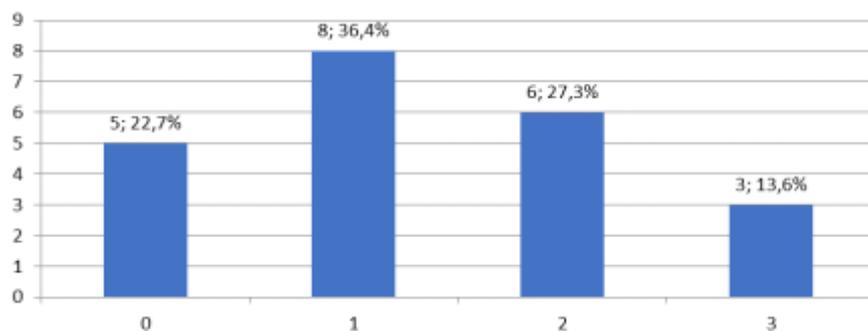


Grafico Risultati 41: Frequenze e Percentuali relative al numero di figli del campione degli operatori

#### 5.3.6. LIVELLO DI ISTRUZIONE

Gli operatori del Centro San Fedele spesso prestano Servizio volontariamente, ma fornendo una prestazione professionale: fra essi vi sono figure e mestieri differenti chiamati al lavoro in un'ottica integrata. Per questo motivo si è ritenuto importante indagare nello specifico il livello di istruzione e di formazione.

Il titolo di studio posseduto con maggior frequenza risulta essere la Laurea (15 soggetti con una percentuale del 68,2%), seguono la Licenza media e il Diploma di scuola superiore (entrambi con la stessa frequenza di 3 soggetti per una percentuale del 13,6%). I risultati sono riportati nel seguente grafico:

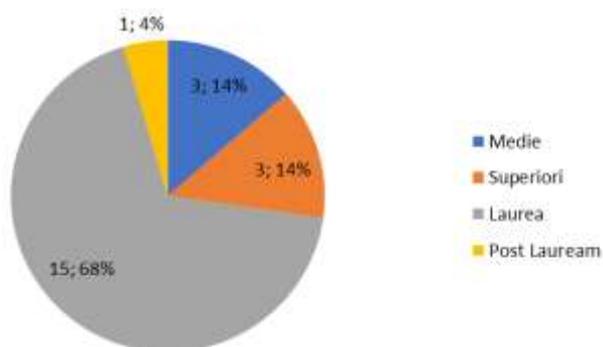


Grafico Risultati 42: Frequenze e Percentuali relative al Titolo di studio del campione degli operatori

Per quanto riguarda il titolo di Laurea , il seguente grafico mette in luce le differenti Facoltà che permettono di individuare anche le differenti professionalità che entrano in gioco presso il Centro. Di seguito sono riassunte frequenze e percentuali:

- Scienze politiche 1 - 4,5
- Giurisprudenza 4 - 18,2
- Farmacia 4 - 18,2
- Medicina 3 - 13,6
- Psicologia 2 - 9,1
- Economia 1 - 4,5
- Scienze della formazione 1 - 4,5

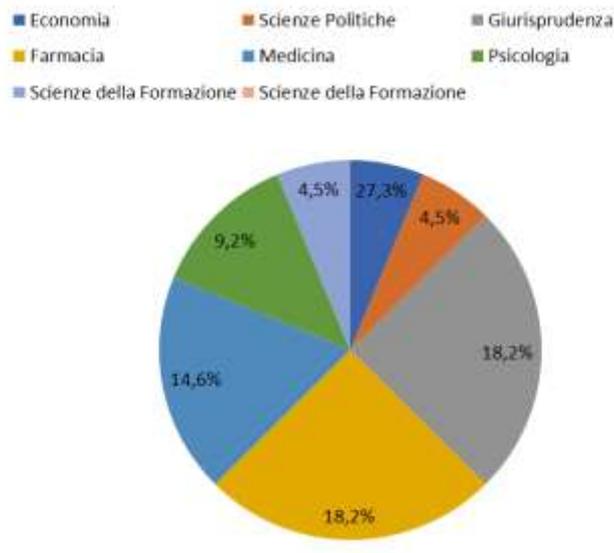


Grafico Risultati 43: Percentuali relative alla Facoltà della Laurea di ciascuno degli operatori del campione

Le differenti tipologie di Laurea, alla luce della differente natura della professionalità a cui sono legate sono state suddivise, in due categorie, ambito sanitario e altro ambito in cui rientrano tutte le facoltà che non prevedono una forma di assistenza e cura che si faccia carico di aspetti legati alla salute dell'utente. Come si può evincere dal seguente grafico, la percentuale più significativa è legata all'ambito sanitario (10 soggetti per il 62%).

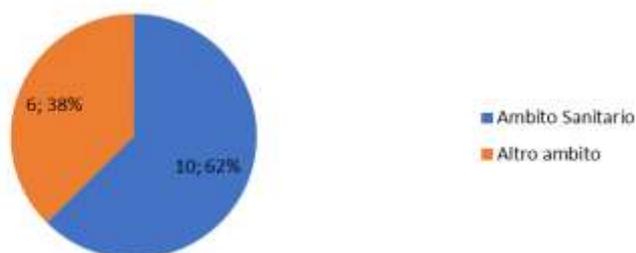


Grafico Risultati 44: Frequenze e Percentuali relative all'ambito della Laurea e professione del campione degli operatori

### 5.3.7. RUOLO

E' stato indagato il ruolo che ciascun operatore riveste all'interno del Centro, indicativo della tipologia di interventi e della relazione che instaura con gli Utenti. Come si può evincere dal seguente grafico le figure professionali sono molto eterogenee. Vi sono nel campione 5 farmacisti, 2 magazzinieri, 3 medici, 2 psicologi e 3 avvocati. 6 volontari non svolgono prestazione strettamente professionale ma si occupano del Servizio di Accoglienza che vede il primo contatto degli utenti con il Centro. Inoltre 2 figure sono dedicate al coordinamento e alla gestione della comunicazione delle iniziative promosse dal Centro.

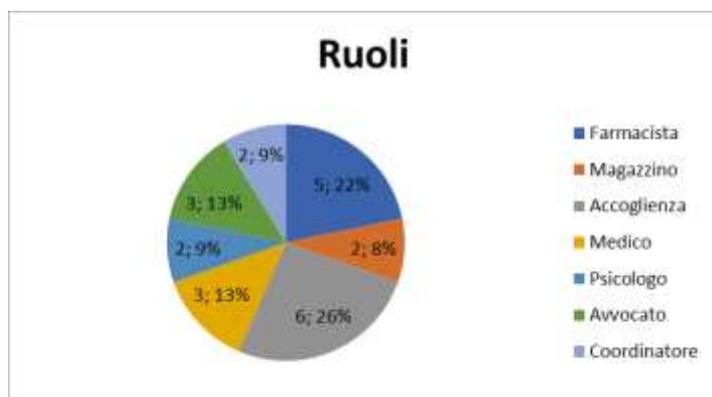


Grafico Risultati 45: Frequenze e Percentuali relative al ruolo di ciascun soggetto del campione degli operatori nel proprio intervento nei confronti dell'utenza.

A seconda della tipologia di ruolo, è stata fatta una suddivisione tra coloro che hanno un contatto prolungato e diretto con gli utenti, che implica a vario titolo momenti di condivisione anche rispetto alle problematiche vissute, e coloro che non; il seguente grafico riassume frequenze e percentuale mostrando come la maggior parte del campione sperimenta questa dimensione relazionale

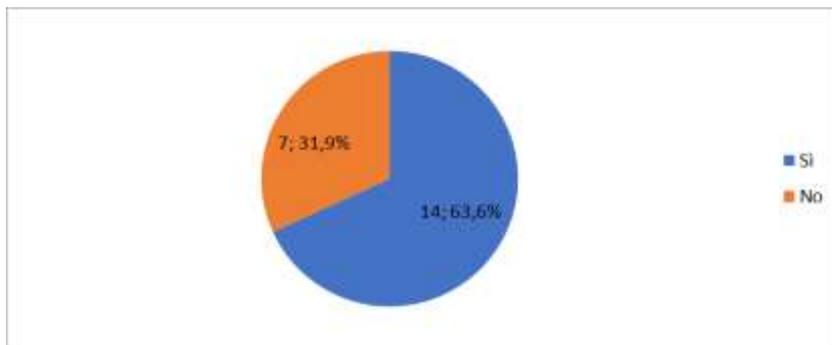


Grafico Risultati 46: Frequenze e Percentuali relative alla tipologia di contatto degli operatori nel proprio intervento nei confronti dell'utenza.

#### 5.3.8. SERVIZI

Nel dettaglio sono ora riportati i differenti Servizi offerti dai vari operatori, dal momento che alcuni di loro sono impegnati in più di una delle attività promosse dal Centro. Il grafico seguente sintetizza i Servizi cui possono far riferimento gli utenti e gli operatori del campione di ricerca coinvolti in ciascuna di esse.

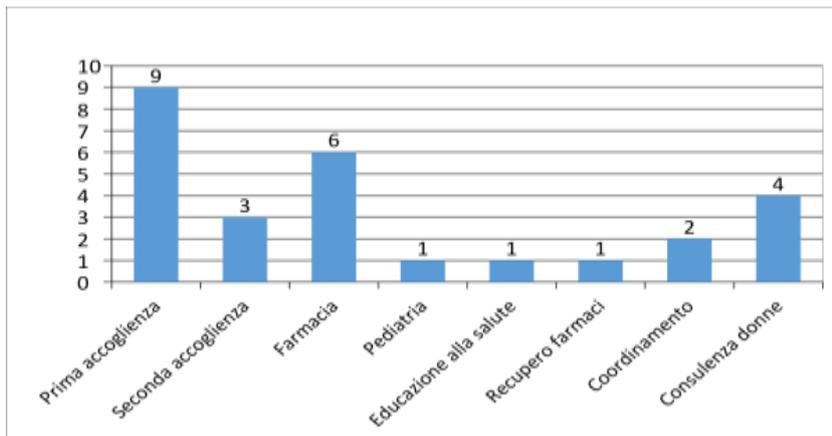


Grafico Risultati 47: Frequenze relative alla tipologia di Servizi offerti agli utenti e al numero di operatori coinvolti in ciascuno

La prima accoglienza fornisce un Servizio di presa in carico di situazioni di emergenza che possono riguardare sia la sfera della salute organica che del disagio legato a condizioni di povertà e marginalità. Data la numerosità delle richieste, spesso in questa circostanza all'operatore è chiamato sia a raccogliere più dettagli possibili per valutare al meglio la situazione sia a contattare le figure più idonee per farsi carico della richiesta. In essa risultano impegnati, in un sistema di turni che vede la copertura settimanale, 9 degli operatori del campione di ricerca.

La seconda accoglienza ha a che vedere con richieste che non hanno il connotato di urgenze o provengono da utenti che hanno già una frequentazione costante del Centro. 3 degli operatori del campione sono coinvolti in questo Servizio.

La Farmacia è il Servizio che fornisce farmaci, parafarmaci, prodotti per l'igiene personale e la puericultura, che vengono forniti direttamente all'utente. Nel campione di ricerca 6 operatori collaborano a questo Servizio.

La Pediatria vede la consulenza diretta di medici specializzati e uno degli operatori del campione si occupa di ciò. L'Educazione alla Salute è un Servizio offerto dai medici del centro e che vede il rapporto con gli utenti sia in maniera diretta e individuale, che attraverso l'attivazione di gruppi tematici (es. allattamento, gestione principali malanni in neonati e bambini). Uno degli operatori del campione si occupa di questo Servizio.

Il recupero farmaci consiste nell'attivazione di iniziative e nella progettazione di proposte per bandi che prevedano la possibilità di ottenere medicine e prodotti per igiene e puericultura. Questo Servizio non prevede contatto diretto con l'utenza e uno degli operatori del campione di ricerca se ne occupa.

La consulenza con le donne fa riferimento a tutte le attività di consultazione, cui le utenti possono richiedere parere professionale e supporto mirato alle proprie esigenze. 4 operatori del campione sono impegnati in questa attività.

Infine il coordinamento è svolto da operatori del campione della ricerca e prevede il relazionarsi sia con operatori che utenti, così come il dialogo con gli enti e le strutture esterne che collaborano in sinergia con le iniziative del Centro.

### 5.3.9. ASPETTO STRESSANTE

E' stato chiesto a ciascuno dei volontari di indicare quello che ritengono essere l'aspetto più stressante relativo al proprio lavoro con gli utenti. Le risposte libere date dagli utenti sono state categorizzate come sintetizzato dal seguente grafico:

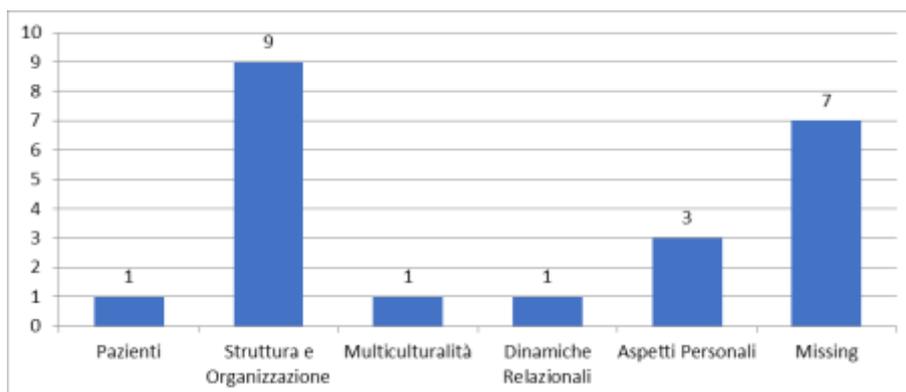


Grafico Risultati 48: Frequenze relative agli aspetti ritenuti maggiormente stressanti dagli operatori

Un operatore ha riferito che l'aspetto più stressante è relativo alla relazioni con quelli che ritiene a tutti gli effetti propri "pazienti" (4,5%), 9 operatori citano aspetti più organizzativi (40,9%), 1 operatore ha fatto riferimento agli aspetti legati alla multiculturalità dell'utenza (4,5%), 1 operatore alla difficoltà di gestione delle dinamiche relazionali (4,5%), 3 operatori ad aspetti personali che entrano in gioco nel proprio operato (13,6%), 7 operatori (31,8%) non hanno risposto a questa richiesta.

### 5.3.10. ASPETTO PIACEVOLE

Oltre all'aspetto più stressante, è stato chiesto a ciascuno dei volontari di indicare quello che ritengono essere l'aspetto più piacevole nel lavoro con gli utenti. Le risposte libere date dagli utenti sono state categorizzate come sintetizzato dal seguente grafico:

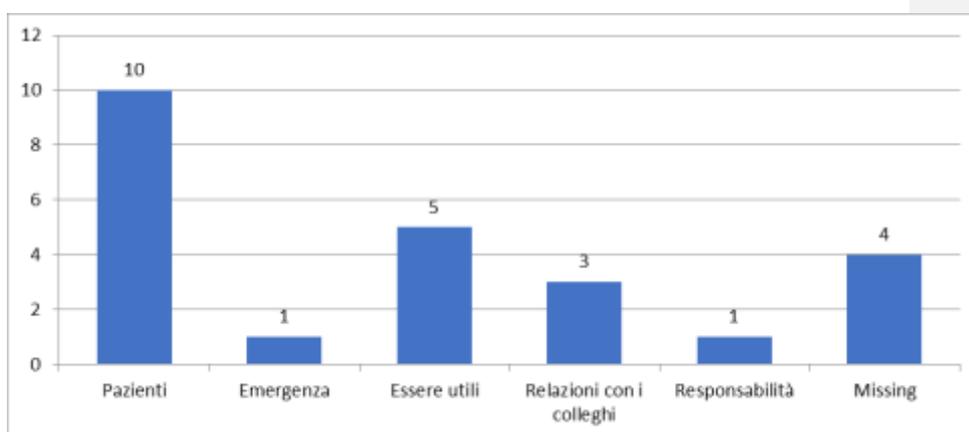


Grafico Risultati 49: Frequenze relative agli aspetti ritenuti maggiormente piacevoli dagli operatori

10 operatori hanno riferito che l'aspetto più piacevole è relativo alla relazioni con quelli che ritiene a tutti gli effetti propri "pazienti", 5 operatori hanno fatto riferimento alla sensazione di sentirsi utile, 1 operatore ha fatto riferimento alla soddisfazione di risolvere situazioni legate all'emergenza, 1 operatore alla difficoltà di gestione delle responsabilità, 3 operatori al rapporto con quelli che vengono definiti "colleghi", 4 operatori non hanno risposto a questa richiesta.

### 5.3.11. BURNOUT

Per la valutazione del burnout è stato utilizzato MBI – Maslach Burnout Inventory ,test autosomministrato finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi socio-sanitari e nelle istituzioni educative. Come messo in luce si tratta di uno strumento psicometrico composto da 22 item che misurano le tre dimensioni indipendenti caratterizzanti la sindrome del burnout :Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione e Realizzazione Personale. Il seguente grafico mette in luce i punteggi medi ottenuti dagli operatori del campione di ricerca in ciascuna dimensione:

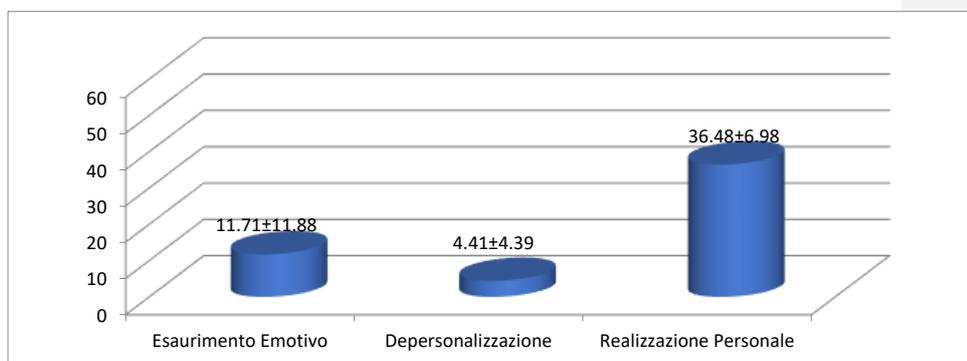


Grafico Risultati 50: Punteggi medi relative alle dimensioni del burnout nel campione degli operatori

Il punteggio medio relativo alla dimensione “Esaurimento emotivo” risulta di 11,71 con d.s.  $\pm$  11,88, situandosi, come verrà messo in luce più nello specifico, in una soglia bassa di burnout.

Per quanto riguarda la “Depersonalizzazione” il punteggio medio risulta essere di 4,41 con d.s.  $\pm$  4,39 che corrisponde a un valore medio.

La dimensione relativa alla “Realizzazione personale” ha un valore medio di 36,48 con ds  $\pm$  6,98 che corrisponde anche in questo caso a un valore medio.

Osservando le varie dimensioni nello specifico, con i range di riferimento, il punteggio medio del campione nella sottoscala “Esaurimento emotivo” risulta essere di 11,71, rientrando in un range basso. La deviazione standard è di 11,88.

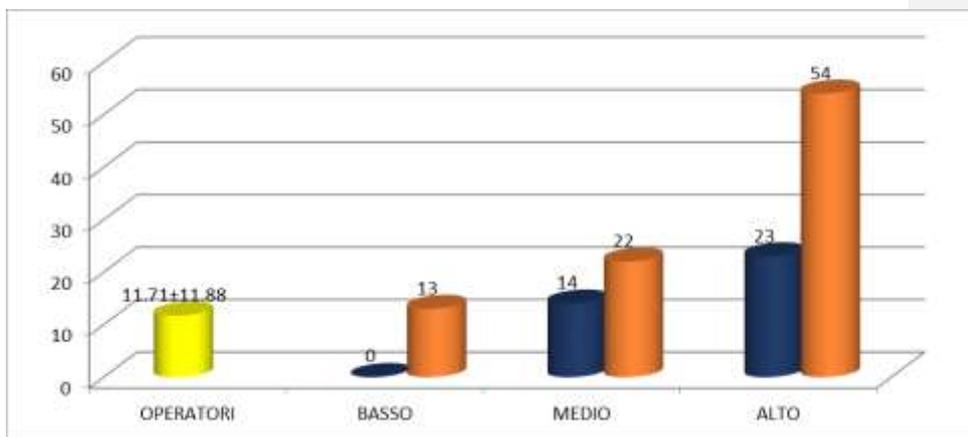


Grafico Risultati 51: Punteggi medi relative alle dimensione “Esaurimento emotivo” del burnout nel campione degli operatori

Per quanto riguarda la “depersonalizzazione” il punteggio medio del campione risulta essere di 4,41, rientrando in un range medio. La deviazione standard è di 4,39.

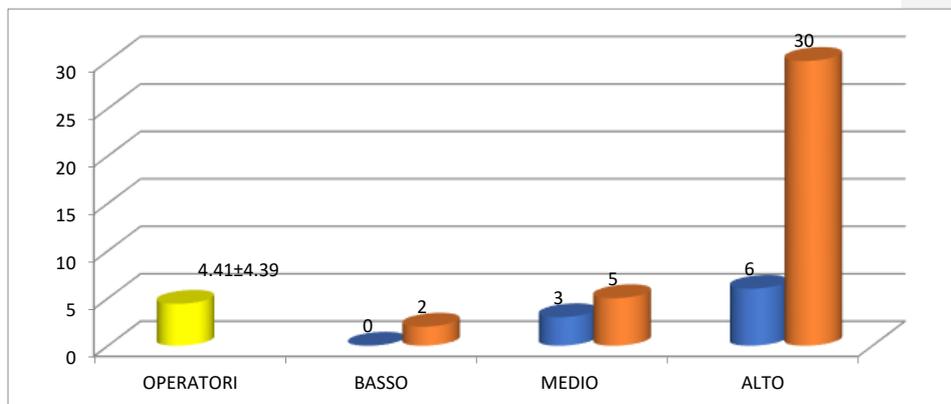


Grafico Risultati 52: Punteggi medi relative alle dimensione “Depersonalizzazione” del burnout nel campione degli operatori

Il punteggio medio del campione per la “Realizzazione personale” risulta essere di 36,48 rientrando in un range medio. La deviazione standard è di 6.98.

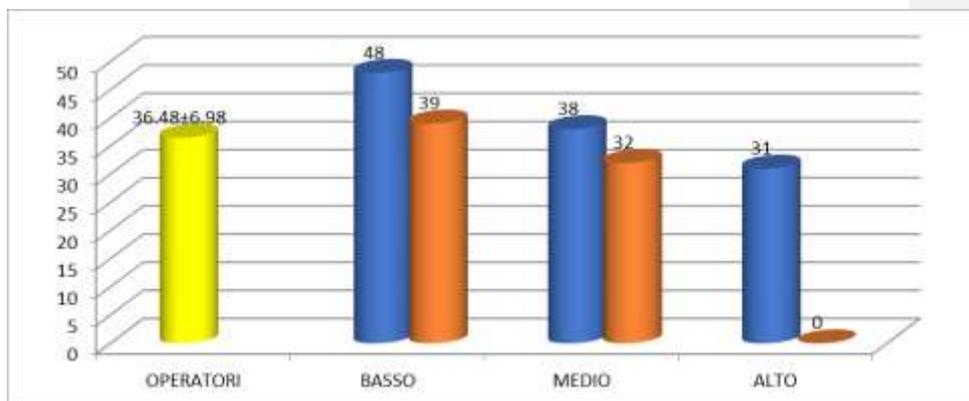


Grafico Risultati 53: Punteggi medi relative alle dimensione “Realizzazione personale” del burnout nel campione degli operatori

### 5.3.12. STILI DI COPING

Per la valutazione degli stili di coping è stato somministrato agli operatori il CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations composto da 21 item volti a valutare le modalità di reazione a situazioni stressanti, difficili e/o di disagio. Lo strumento si articola in tre dimensioni: coping orientato al compito, all'emozione, all'evitamento.

Il seguente grafico mostra i valori medi, che risultano più elevati per la dimensione orientata al compito, caratterizzata alla tendenza ad affrontare il problema in maniera concreta e cercando di porvi fine su un piano pragmatico. Il coping orientato al compito vede un punteggio medio di 25,05 con una d.s.  $\pm 3,27$ , quello orientato all'emozione un punteggio medio di 11,73 con d.s.  $\pm 3,69$ , quello orientato all'evitamento un punteggio medio di 13,64 con d.s.  $\pm 3,51$ .

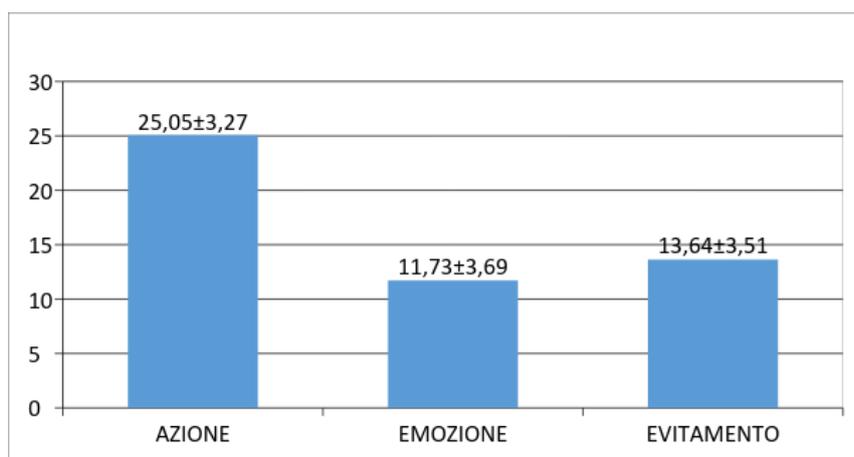


Grafico Risultati 54: Punteggi medi relativi agli stili di coping nel campione degli operatori

### 5.3.13. EMPATIA

Per effettuare le misurazioni legate all' empatia è stato somministrata BEES – Balanced Emotional Empathy Scale, strumento ideato per rilevare il grado di tendenza empatica, cioè il grado di propensione del rispondente a farsi coinvolgere e a vivere vicariamente le emozioni altrui. Si compone di 30 item, che restituiscono un punteggio totale e 5 punteggi in altrettante specifiche aree (*facet*): Impermeabilità al contagio da stati emotivi interni; Suscettibilità al contagio da stati emotivi interni; Responsività emotiva diffusa; Suscettibilità al contagio da situazioni-stimolo con contatto del soggetto; Tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili. I risultati sono raggruppabili in due dimensioni principali (Sintomi positivi; Sintomi Negativi).

Per quanto riguarda la Facet 1, impermeabilità al contagio da stati emotivi interni, legata ad una generale difficoltà ad empatizzare, il punteggio medio risulta essere di 5,27 con una d.s. di 5,582 . La Facet 2, suscettibilità al contagio da stati emotivi interni, che indica una partecipazione nei confronti di chi soffre o è in condizioni di forte disagio presenta un punteggio medio di -7,41 con d.s. 6,162 . La Facet 3, responsività emotiva diffusa, si riferisce alla tendenza a rispondere emotivamente , oltre che a situazioni sociali anche a situazioni di fantasia, il campione degli operatori mostra un punteggio medio di -4,55 con d.s. 7,775. La Facet 4, suscettibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto, indica nello specifico la tendenza ad empatizzare in presenza dell'altro:il campione presenta un punteggio medio di -8,09 con d.s. 5,588 . Infine la Facet 5, tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili, fa riferimento alla difficoltà a farsi coinvolgere nei vissuti di soggetti fragili come anziani e bambini e vede nel campione un punteggio medio di 3,18 con d.s. 5,279. Il grafico sintetizza inoltre i sintomi positivi, che presentano un punteggio medio di 14,55 con ds 11,943 e i sintomi negativi , il cui punteggio medio è di -4,86 con d.s.12,124. Il punteggio totale medio è in conclusione di 19,41 con d.s. 21,63. I dati sono sintetizzati nel seguente grafico:

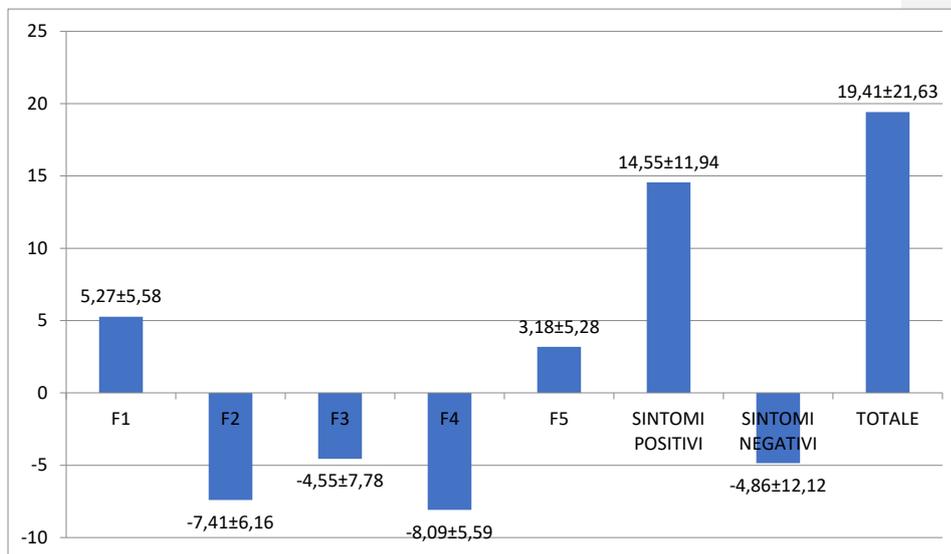


Grafico Risultati 55: Punteggi medi relativi all'empatia nel campione degli operatori

Dal momento che come si è mostrato alcuni degli operatori hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, il 63,65 del campione, si è pensato di calcolare anche i punteggi medi specifici di questo gruppo di operatori, sintetizzati nel seguente grafico:

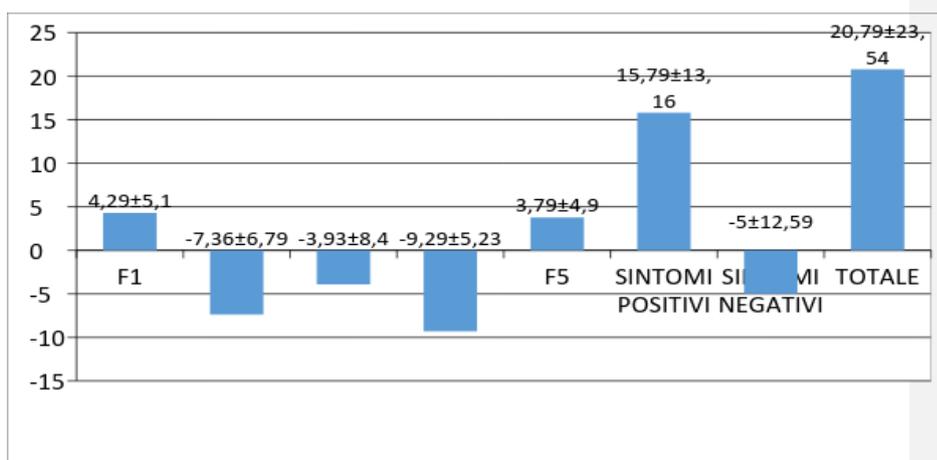


Grafico Risultati 56: Punteggi medi relativi all'empatia nel campione degli operatori che vivono contatto diretto e prolungato con l'utenza

Per quanto riguarda la facet 1, impermeabilità al contagio da stati emotivi interni, il punteggio medio risulta essere di 4,29 con una d.s. di 5,1 . La Facet 2, suscettibilità al contagio da stati emotivi interni, presenta un punteggio medio di -7,36 con d.s. 6,79 . La Facet 3, responsività emotiva diffusa mostra un punteggio medio di -3,93 con d.s. 8,4. La Facet 4, suscettibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto presenta un punteggio medio di -9,29 con d.s. 5,23 . Infine la Facet 5, tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili vede nel campione un punteggio medio di 3,79 con d.s. 4,9. Il grafico sintetizza inoltre i sintomi positivi, che presentano un punteggio medio di 15,79 con ds 13,16 e i sintomi negativi , il cui punteggio medio è di -5 con d.s.12,59. Il punteggio totale medio è in conclusione di 20,79 con d.s. 23,54.

Infine , l'ultimo grafico relativo all'empatia riporta i dati relativi ai punteggi medi degli operatori che non vivono un contatto prolungato con l'utenza:

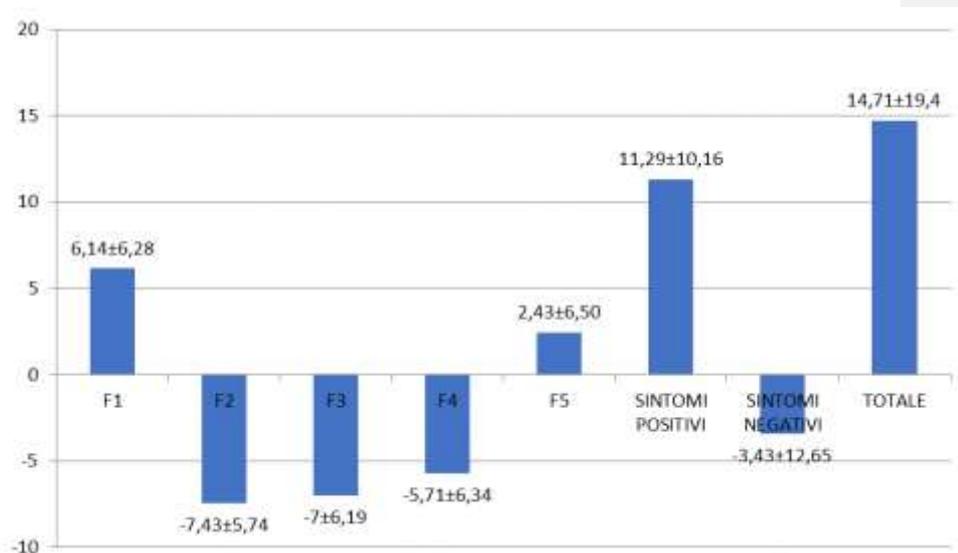


Grafico Risultati 57: Punteggi medi relativi all'empatia nel campione degli operatori che non vivono contatto diretto e prolungato con l'utenza

La Facet 1, impermeabilità al contagio da stati emotivi interni, ha un punteggio medio di 6,14 con una d.s. di 6,28 . La Facet 2, suscettibilità al contagio da stati emotivi interni, presenta un punteggio medio di -7,43 con d.s. 5,74 . La Facet 3, responsività emotiva diffusa mostra un punteggio medio di -7 con d.s. 6,19. La Facet 4, suscettibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto presenta un punteggio medio di -5,71 con d.s. 6,34 . Infine la Facet 5, tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili vede nel campione un punteggio medio di 2,43 con d.s. 6,50. Il grafico sintetizza inoltre i sintomi positivi, che presentano un punteggio medio di 11,29 con ds 10,16 e i sintomi negativi , il cui punteggio medio è di -3,43 con d.s.12,65. Il punteggio totale medio è in conclusione di 14,71 con d.s. 19,4.

### 5.3. ANALISI ESPLORATIVE

#### 5.4.1. DIFFERENZE NELLA PERCEZIONE DELLA QUALITA' DI VITA

Sono stati effettuati t-test confrontando il gruppo della ricerca composto dalle utenti del Centro San Fedele e il gruppo di controllo. Si sono riscontrate differenze per età e istruzione mediante analisi di t- test ( $t(172)=2,407$ ;  $p=,017$  e chi-square( $25,426$ ;  $p=,0001$ ).

E' stata dunque effettuata analisi ANCOVA, per indagare differenze rispetto alla percezione della propria qualità di vita, controllando per le variabili Istruzione e Età, inserendole come covariate. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro ( $20,94 \pm 1,09$ ) e quello del campione di controllo ( $15,72 \pm 0,48$ ) rispetto al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire si è rilevata una differenza significativa  $F(1;161)=19,861$ ;  $p=,000$ .

Ricordando che maggiore è il punteggio emerso, peggiore è il grado di salute autopercepita, è possibile evidenziare come il campione delle utenti italiane valuti la propria qualità di vita significativamente più inficiata rispetto a quella delle donne del campione di controllo.

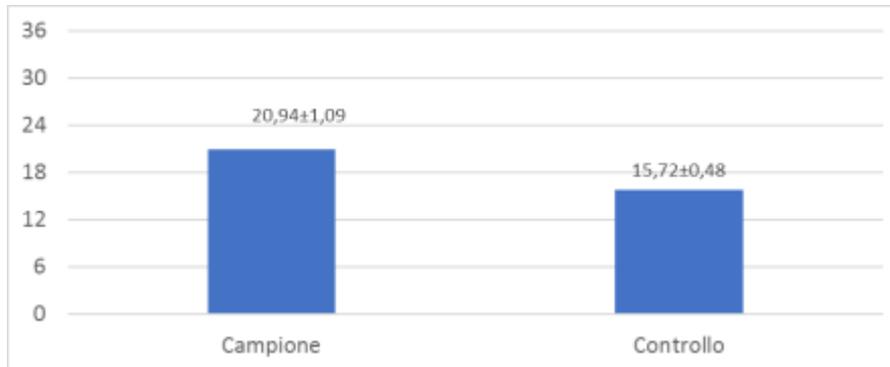


Grafico Risultati 58: Analisi ANCOVA relativa alle differenze tra utenti del Centro San Fedele e del campione di controllo in relazione ai punteggi GHQ-12 – General Health Questionnaire

#### 5.4.2. DIFFERENZE NELLA PERCEZIONE DEL DISTRESS

E' stata successivamente effettuata analisi ANCOVA, per indagare differenze rispetto alla percezione del distress. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro e quello del campione di controllo rispetto al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure), controllando istruzione ed età inserendole come covariate. Si è rilevata una differenza significativa per la sottoscala “Sintomi e problemi” ( in cui rientra la presenza di sintomi depressivi, ansiosi, fisici e quelli che vengono considerati effetti del trauma), del  $F(1;161)=19,558$ ;  $p=,000$

Dal momento che maggiore è il punteggio emerso, peggiore è la condizione sperimentata dal soggetto, è possibile evidenziare come il campione delle utenti italiane che si rivolgono al Centro valuti le proprie problematiche relative a sintomi e problemi in maniera significativa ( $22,19 \pm 2,19$ ) rispetto alle donne del campione di controllo ( $10,85 \pm 0,98$ ).  $F(1;16)=27,101$ ;  $p=,000$

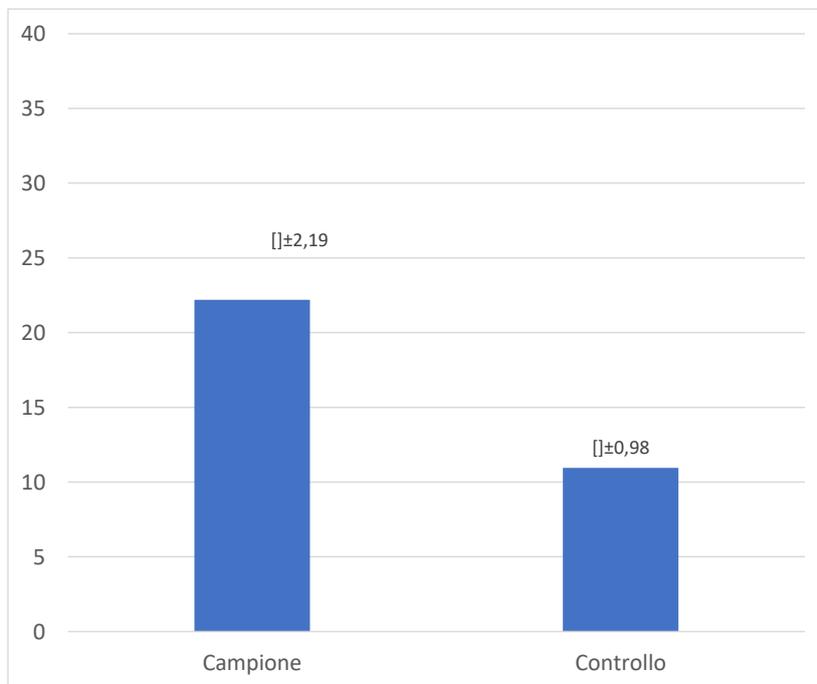


Grafico Risultati 59: Analisi ANCOVA relativa alle differenze tra utenti del Centro San Fedele e del campione di controllo in relazione ai punteggi al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure)

Per quel che riguarda le altre sottoscale, Benessere soggettivo, Rischio (aspetti auto ed etero lesivi) Funzionamento (relazioni significative, funzionamento generale e sociale) non si riscontrano invece differenze significative.

### 5.4.3. DIFFERENZE RELATIVE AL PARENTING

#### 5.4.3.1. DISTRESS GENITORIALE

L'analisi ANCOVA è stata successivamente utilizzata per indagare differenze rispetto al parenting e alla percezione del distress genitoriale. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro e quello del campione di controllo rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form, controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa per la dimensione “distress genitoriale :  $F(1;16)=27,101$ ;  $p=,000$ . Anche in questo caso si osserva una situazione maggior inficiata per le utenti italiane del campione di ricerca ( $30,06 \pm 3,3$ ), rispetto alle donne italiane del campione di controllo ( $24,2 \pm 2,22$ ).

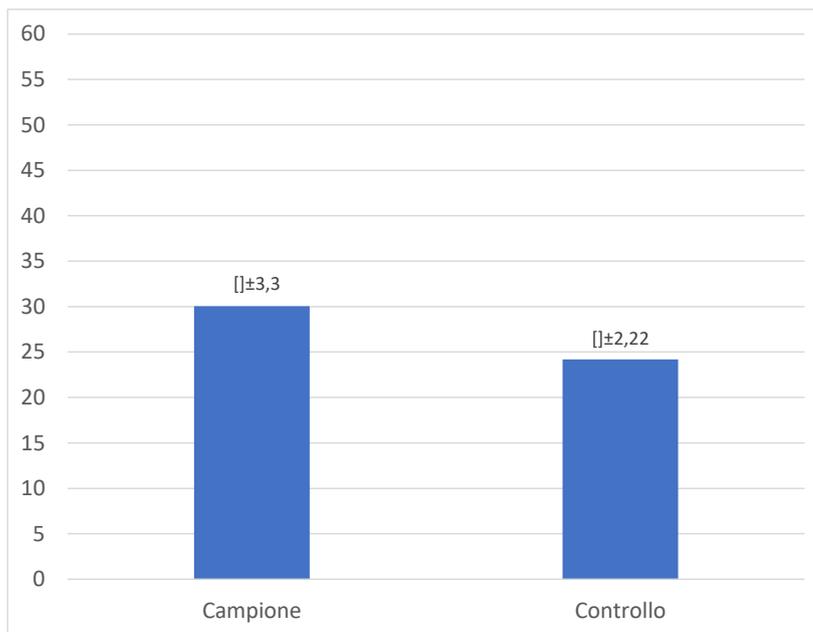


Grafico Risultati 59: Analisi ANCOVA relativa alle differenze tra utenti italiane del Centro San Fedele e donne del campione di controllo in relazione ai punteggi alla dimensione relativa al distress genitoriale del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

#### 5.4.3.2. INTERAZIONE DISFUNZIONALE

L'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare ulteriori differenze rispetto al parenting anche in relazione all'interazione disfunzionale del genitore col proprio figlio. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro e quello del campione di controllo rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form, controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa per la dimensione “interazione disfunzionale”  $F(1;16)=19,772$ ;  $p=,000$ .

Anche in questo caso questa dimensione appare maggiormente compromessa per le utenti italiane del campione di ricerca ( $37,88 \pm 3,56$ ), rispetto alle donne italiane del campione di controllo ( $22,88 \pm 2,4$ ).

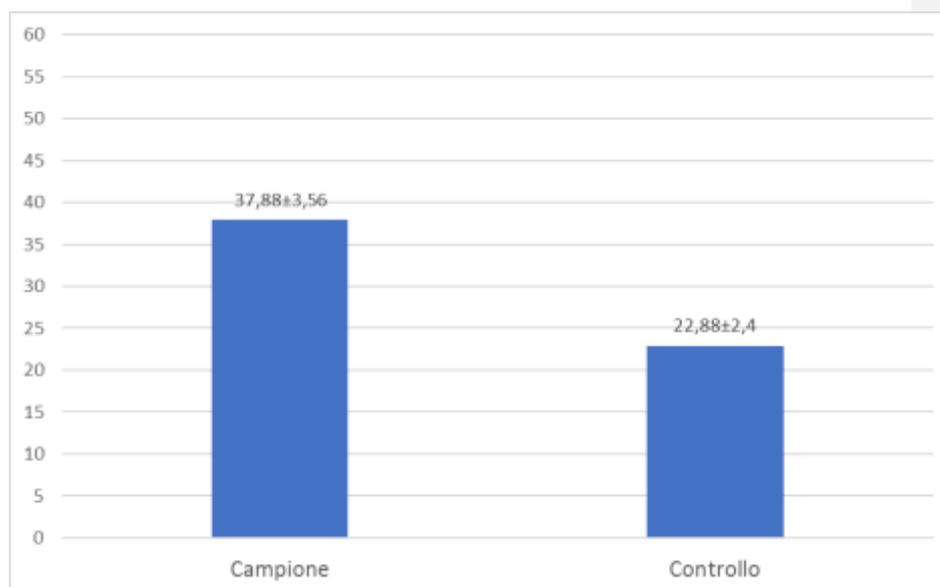


Grafico Risultati 60: Analisi ANCOVA delle differenze tra utenti italiane del Centro San Fedele e donne del campione di controllo in relazione ai punteggi della dimensione relativa all'interazione disfunzionale tra genitore e figlio del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

#### 5.4.3.3. BAMBINO DIFFICILE

L'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare ulteriori differenze relative nello specifico alla dimensione del bambino difficile (caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di complessa gestione, problemi nei processi di autoregolazione). Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro (40,69± 3,21) e quello delle donne italiane del campione di controllo (27,05± 2,16) rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form, controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa  $F(1;16)=19,967$ ;  $p=,000$ .

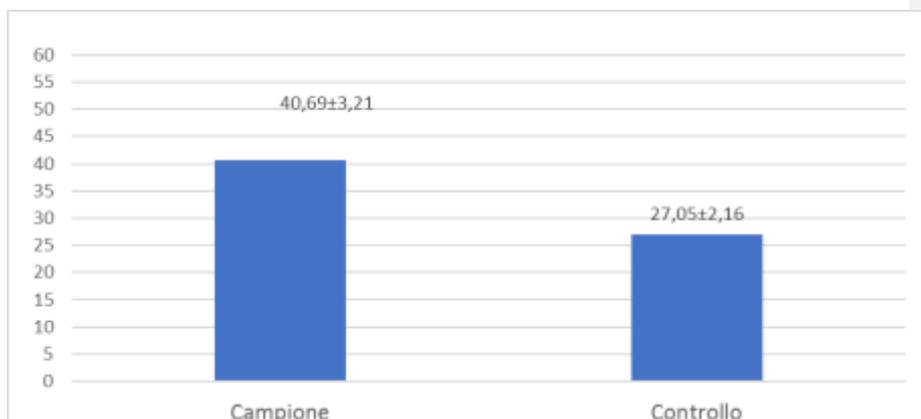


Grafico Risultati 61: Analisi ANCOVA delle differenze tra utenti italiane del Centro San Fedele e donne del campione di controllo in relazione ai punteggi della dimensione “bambino difficile” del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

#### 5.4.3.4. RISPOSTA DIFENSIVA

Viste le differenze significative nelle diverse dimensioni, l'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare ulteriori differenze relative alla risposta difensiva. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro (30,43± 2,15) e quello delle donne italiane del campione di controllo (20,47± 1,45) rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form, controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa,  $F(1;16)=24,618$ ;  $p=,000$ . Le donne del campione delle utenti del Centro presentano punteggi significativamente più elevati, e tuttavia anche il loro valore non supera la soglia di significatività ( $<10$ ), non inficiando validità e affidabilità dei risultati.



Grafico Risultati 62: Analisi ANCOVA delle differenze tra utenti italiane del Centro San Fedele e donne del campione di controllo in relazione ai punteggi della dimensione "risposta difensiva" del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

#### 5.4.3.5. PARENTING- STRESS TOTALE

L'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare infine differenze rispetto al punteggio parenting stress totale. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro (116,62± 8,53) e quello del campione di controllo(71,95± 5,75) rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form ,controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa per la dimensione “interazione disfunzionale”,  $F(1,16)=30,76$ ;  $p=,000$ .

Anche in questo caso, come per le differenti dimensioni, questo aspetto rivela una maggior compromissione per le utenti italiane del campione di ricerca che afferiscono al Centro, rispetto alle donne italiane del campione di controllo.

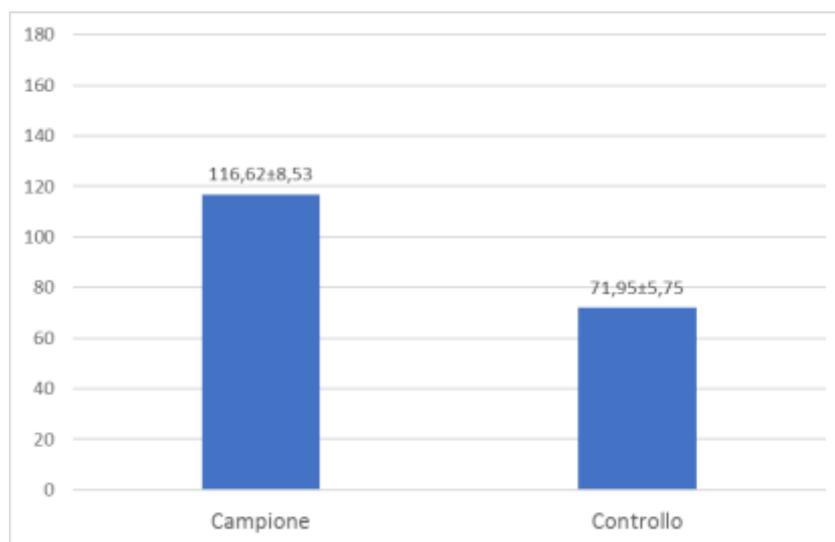


Grafico Risultati 63: Analisi ANCOVA delle differenze tra utenti italiane del Centro San Fedele e donne del campione di controllo in relazione al punteggio parenting stress totale dell' del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form

#### 5.4. ESPERIENZE DI VIOLENZA

Una delle tematiche centrali della ricerca è relativa all' esperienza di violenza, con il desiderio di indagare quanto questa possa determinare un impatto sul benessere psicofisico e la qualità di vita e quanto queste dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza, che hanno mostrato risultati significativi in relazione alla tematica del distress. Come mostra il seguente grafico, che fa riferimento al punteggio totale del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, si riscontra una differenza significativa nella percezione del proprio distress tra le donne che hanno vissuto esperienze di violenza ( $15,1 \pm 6,56$ ), rispetto a quelle che non ( $13,15 \pm 5,12$ );  $t(138) = -2,257$ ;  $p = .032$ .

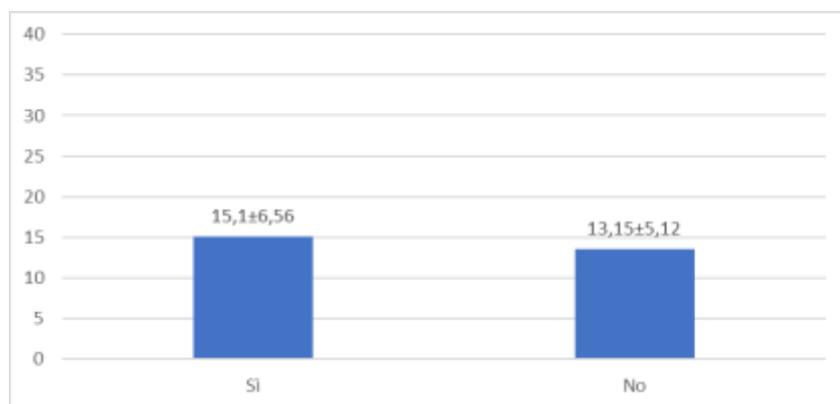


Grafico Risultati 64: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno vissuto esperienze di violenza e quelle che non, in relazione al punteggio totale del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure,

Sempre in riferimento ai risultati relativi al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, si riscontra una differenza significativa nei punteggi relativi alla dimensione del “Funzionamento” (che fa riferimento alla valutazione delle relazioni significative, funzionamento generale e sociale) tra le donne che hanno vissuto

esperienza di violenza ( $17,22 \pm 5,82$ ), rispetto a quelle che non ( $15,83 \pm 5$ );  $t(138)=-2,37$ ;  $p=,019$ .

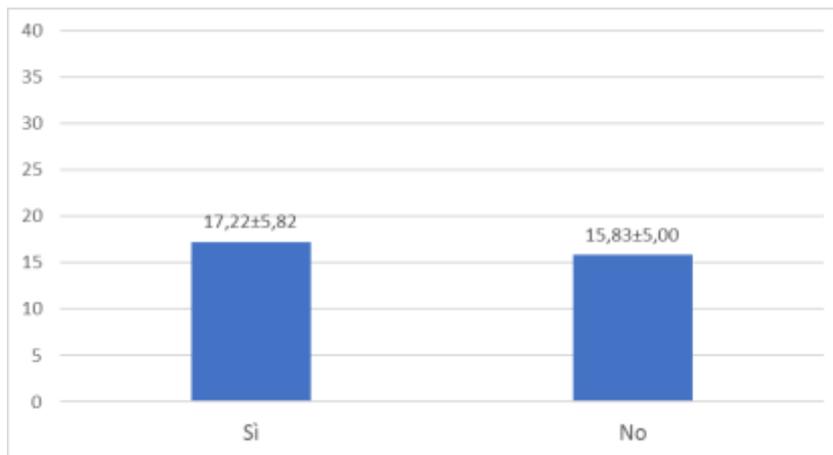


Grafico Risultati 65: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno vissuto esperienze di violenza e quelle che non, in relazione alla dimensione del “Funzionamento” del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Sempre rispetto al “Funzionamento” si è riscontrata una significativa interazione, come mostra il seguente grafico che rappresenta i punteggi relativi a questa dimensione del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, controllando l’interazione di chi ha figli bambini (età >11 anni) e chi grandi, con l’aver vissuto o meno esperienza di violenza. Le donne che hanno subito episodi di violenza e hanno figli grandi (età maggiore di 11 anni) presentano punteggi maggiori, che indicano questa dimensione come maggiormente inficiata. Secondo i post hoc test, le differenze sono staticamente significative tra:

- chi ha figli grandi e non ha vissuto violenza rispetto a chi ha figli grandi ma ha subito almeno un episodio di violenza (livello più alto in questo ultimo, quindi peggiore)
- chi ha figli bambini, con età inferiore agli 11 anni, e non ha subito violenza rispetto a chi ha figli grandi e ha sperimentato violenza (livello più alto in questo ultimo che quindi

indica maggior compromissione);  $F(1, 136)=4,4193, p=.03738$ .

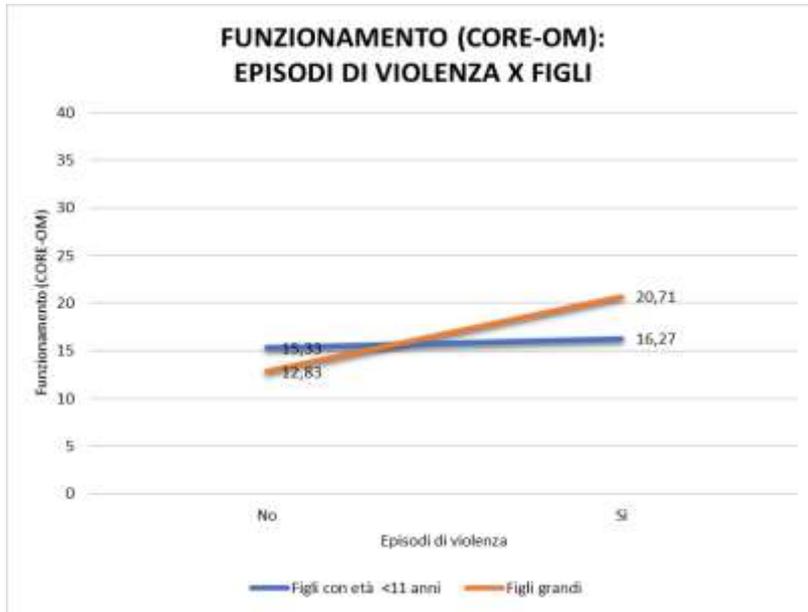


Grafico Risultati 66: Interazione relativa al campione delle utenti, rispetto all' avere figli bambini o figli con età maggiore di 11 anni, e l' avere o meno vissuto esperienze di violenza

### 5.5. DINAMICHE LEGATE ALLA VIOLENZA CHE INVESTONO LA COMPONENTE ECONOMICA

Uno dei quesiti che ha mosso la ricerca è relativo alla comprensione di quanto dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza che investe questa dimensione.

In particolare, ci si è interrogati sulla relazione di questo aspetto al parenting, e alla propria dimensione genitoriale. Sono dunque stati effettuati t test con le differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form. Per unica dimensione emerge un risultato

statisticamente significativo, quella legata al bambino difficile. Di seguito sono riassunti i risultati per ciascuna delle dimensioni dello strumento

- DISTRESS GENITORIALE  $t(50)=-,893;p>,05$
- INTERAZIONE DISFUNZIONALE  $t(50)=-,823;p>,05$
- BAMBINO DIFFICILE  $t(50)=-2,136;p=,038$  si 32,88 ds 7,93; no 28,27 ds 7,65
- RISPOSTA DIFESA  $t(50)=-,677;p>,05$
- PARENTING STRESS TOTALE  $t(50)=-1,477;p>,05$

I risultati relativi alla dimensione bambino difficile (che fa riferimento a caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di complessa gestione, problemi nei processi di autoregolazione) sono riassunti nel seguente grafico:

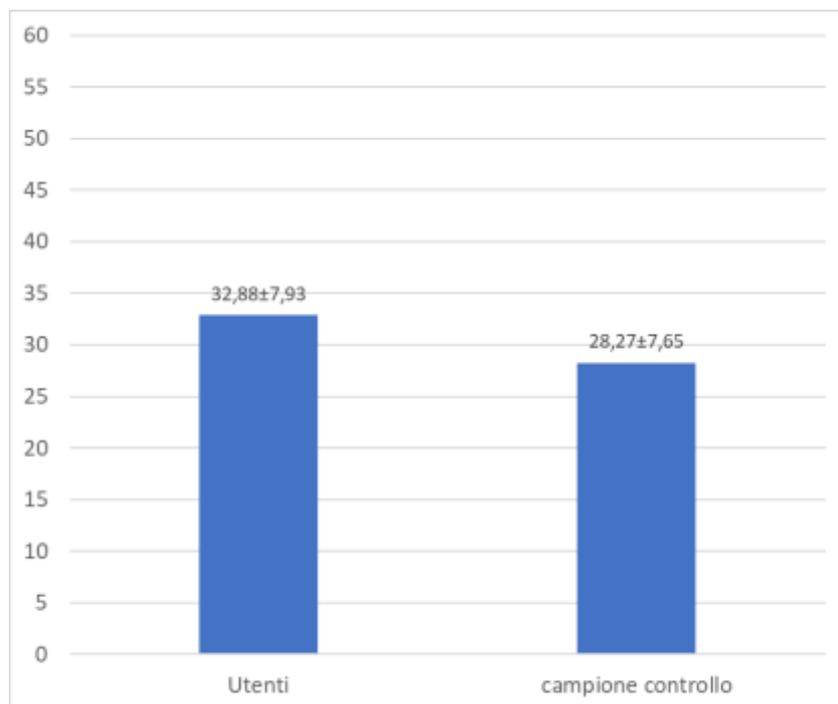


Grafico Risultati 67: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno vissuto esperienze di violenza che investono la dimensione economica e donne del campione di controllo, in relazione alla dimensione “bambino difficile” del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form.

Le utenti del campione che hanno vissuto esperienza di violenza che investe la dimensione economica presentano un livello maggiormente inficiato nella dimensione del parenting relativa al bambino difficile ( $32,88 \pm 7,93$ ), rispetto alle utenti del campione di controllo che hanno a loro volta vissuto questa esperienza. ( $28,27 \pm 7,65$ );  $t(50) = -2,136$ ;  $p = ,038$

### 5.7. INFLUENZA DELLA QUALITÀ DI VITA SUL DISTRESS GENITORIALE : IL RUOLO DELLA RELAZIONE CON IL PARTNER

Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all'influenza del benessere personale sulla genitorialità si è effettuata un'analisi di moderazione che consentisse di tenere conto di un'altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. I risultati delle analisi di moderazione indicano che il livello di Qualità di Vita Autopercepita dalle donne (GHQ) predice il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell'avere o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.  $F(3; 47) = 4,1986$ ;  $p = ,0103$ .

I risultati sono riportati nella seguente tabella e grafico:

	B	SE B	t	P
Costante	31,235	1,1076	28,2000	,0000
Relazione	1,7620	3,3123	0,5320	,5973
GHQ	0,5934	0,2473	2,4001	,0204
Relazione x GHQ	1,1216	0,5073	2,2083	,0321

$R^2 = ,2102$

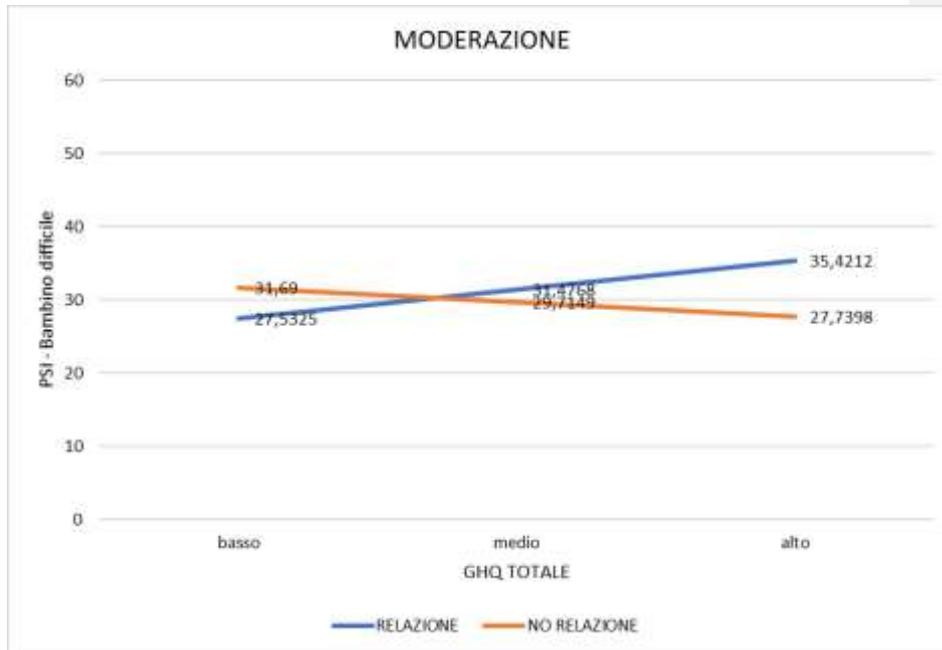


Grafico Risultati 68: Moderazione relativa al livello di Qualità di Vita Autopercepita dalle donne del campione della ricerca, misurata tramite GHQ-12 – General Health Questionnaire , come predittore del livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile ( valutato dalla dimensione Bambino difficile del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form ) con effetto dell’ avere o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.

## 5.8. CORRELAZIONI TRA LE VARIABILI OGGETTO DI STUDIO

Le seguenti tabelle riportano i risultati emersi dall’ analisi delle correlazioni tra le differenti variabili oggetto di studio della ricerca. Le significatività sono state esaminate alla luce della correzione per confronti multipli di Bonferroni, che pondera i risultati alla luce della numerosità delle analisi effettuate. Risulta degno di nota evidenziare la correlazione significativa tra la percezione della propria qualità di vita ( misurata tramite GHQ-12 – General Health Questionnaire ) con il distress genitoriale ( $r = .536$ ;  $p = .000$ ) misurato dal PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form.

	PSI – Distress genitoriale	PSI – Interazione disfunzionale	PSI – Bambino Difficile	PSI – Risposta difensiva	PSI – Stress totale
GHQ_totale	r=.536** p=.000	r=.281 p=.046	r=.324 P=.020	r=.455* p=.001	r=.444* p=.001

\*p<.05

\*\*correzione per confronti multipli di Bonferroni (p<.0004)

Un' altra correlazione significativa, questa volta relativa al distress e in particolare alla dimensione del funzionamento del questionario CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, vede una relazione significativa con distress genitoriale (r=.638; p=.000), risposta difensiva (r=.659; p=.000) e punteggio totale misurato dal PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form (r=.502; p=.000). Anche in questo caso i risultati vengono letti alla luce della correzione per confronti multipli di Bonferroni, che pondera i risultati alla luce della numerosità delle analisi effettuate.

	PSI – Distress Genitoriale	PSI – Interazione disfunzionale	PSI – Bambino difficile	PSI – Risposta difensiva	PSI – Stress totale
CORE – FUNZIONAMENTO	r=.638** p=.000	r=.263 p=.068	r=.416* p=.003	r=.659** p=.000	r=.502** p=.000
CORE - TOTALE	r=.483** p=.000	r=.222 p=.125	r=.437* p=.002	r=.510** p=.000	r=.434* p=.002

\*p<.05

\*\*correzione per confronti multipli di Bonferroni (p<.0004)

## 5.9. COLLOQUI PSICOLOGICI

Un aspetto significativo che si è scelto di indagare è relativo alla differenza tra le utenti che richiedono ed hanno accesso a colloquio psicologico, che consente uno spazio di pensiero per l'elaborazione dei vissuti legati alle difficoltà personali e alle esperienze di violenza, e quelle che non richiedono e non usufruiscono di questa opportunità.

E' stato dunque effettuato T-Test in relazione alla percezione della propria qualità di vita, con riferimento ai punteggi al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire. Ricordando che maggiore è il punteggio emerso, peggiore è il grado di salute autopercepita, il seguente grafico mostra una differenza statisticamente significativa. Le donne che richiedono supporto psicologico sono coloro che percepiscono la propria qualità di vita come maggiormente inficiata ( $20,15 \pm 4,37$ ) rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità ( $17,09 \pm 5,44$ );  $t(147) = -2,731$ ;  $p = .007$ .

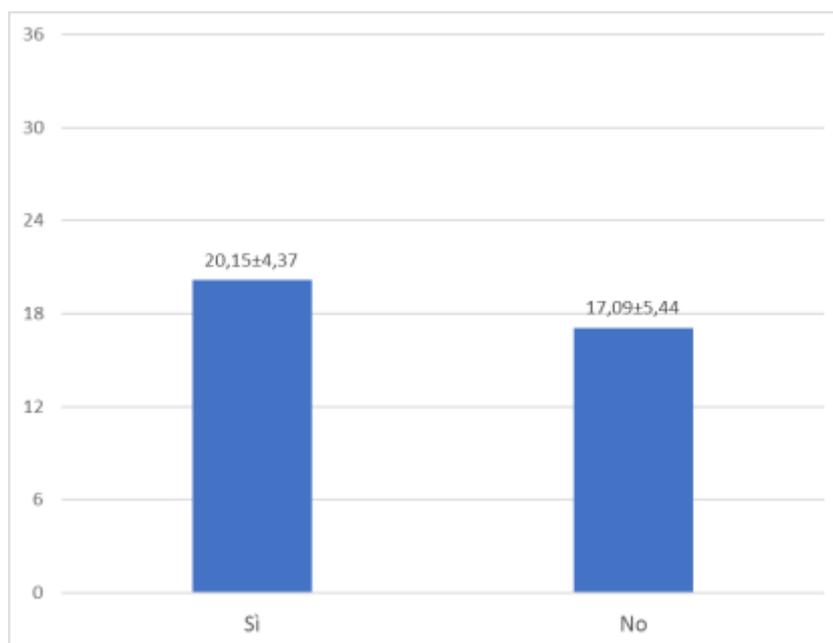


Grafico Risultati 69: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno usufruito di colloqui psicologici rispetto a quelle che non, in relazione alla percezione della propria qualità di vita, rilevata attraverso i punteggi al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire

Si sono poi osservate differenze statisticamente significative, sempre mantenendo la distinzione tra chi avesse avuto accesso ai colloqui psicologici e chi non, in relazione al distress, con riferimento ai punteggi CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. In particolare, in relazione alla dimensione relativa a sintomi e problemi emerge una differenza statisticamente significativa. Nella dimensione “Sintomi e problemi” rientrano sintomi depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma, ed essa appare maggiormente inficiata nelle donne che arrivano a richiedere colloquio ( $18,83 \pm 10,36$ ) rispetto a chi non usufruisce e non richiede tale opportunità ( $15,15 \pm 7,76$ );  $t(141) = -2,025$ ;  $p = ,044$ .

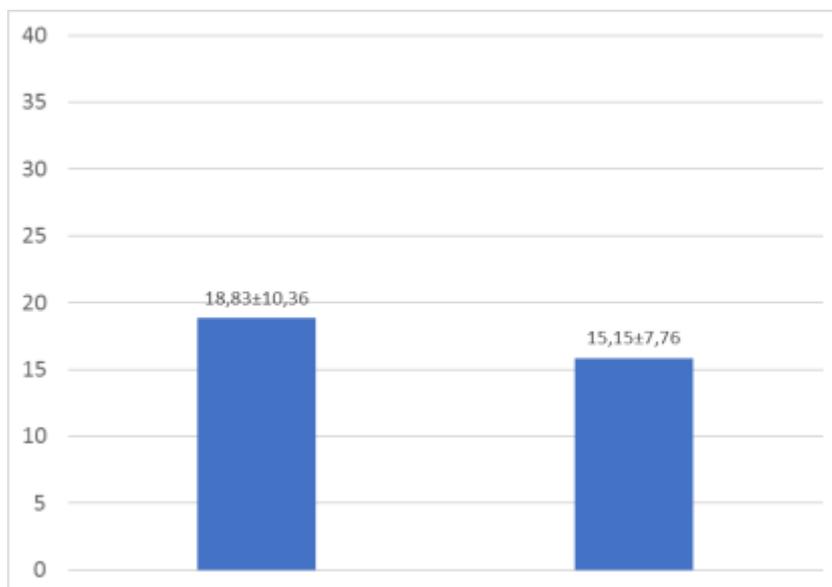


Grafico Risultati 70: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno usufruito di colloqui psicologici rispetto a quelle che non, in relazione al distress e alla dimensione legata a sintomi e problemi psicologici, rilevata attraverso i punteggi al questionario CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Inoltre sempre utilizzando t-test, in relazione al distress e ai punteggi rilevati attraverso il CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure si riscontra una differenza significativa per la dimensione relativa al funzionamento, che fa riferimento alle relazioni significative al funzionamento generale e sociale del soggetto. Le donne che

richiedono supporto psicologico presentano un funzionamento maggiormente inficiato ( $18,27 \pm 5,93$ ) rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità ( $15,83 \pm 5,42$ ),  $t(141) = -2,010$ ;  $p = ,04$ , come sintetizzato nel seguente grafico:

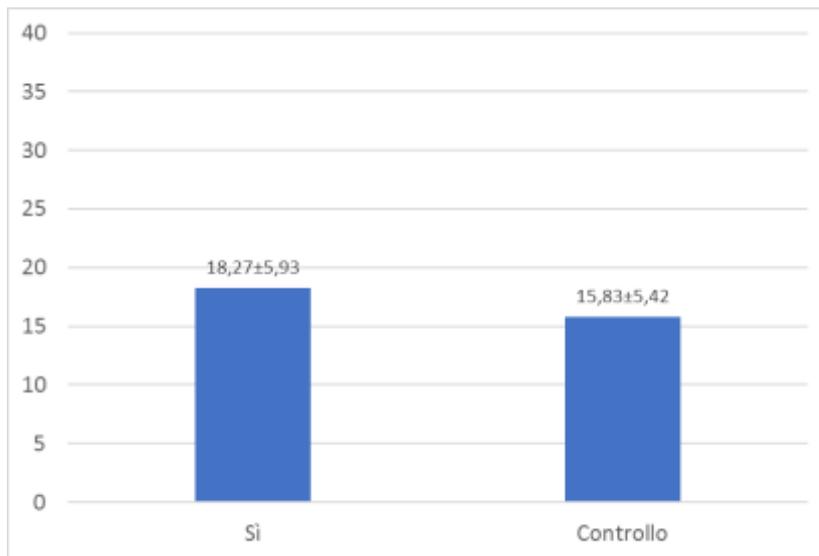


Grafico 71: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno usufruito di colloqui psicologici rispetto a quelle che non, in relazione al distress e alla dimensione legata al funzionamento, rilevata attraverso i punteggi al questionario CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

In ultimo, sempre con utilizzo di t-test, in relazione al distress e ai punteggi rilevati attraverso il CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure si riscontra una differenza significativa anche nel punteggio totale. Le donne che richiedono supporto psicologico presentano una situazione maggiormente compromessa ( $16,64 \pm 6,85$ ) rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità ( $15,15 \pm 5,76$ ),  $t(141) = -2,352$ ;  $p = ,020$ .

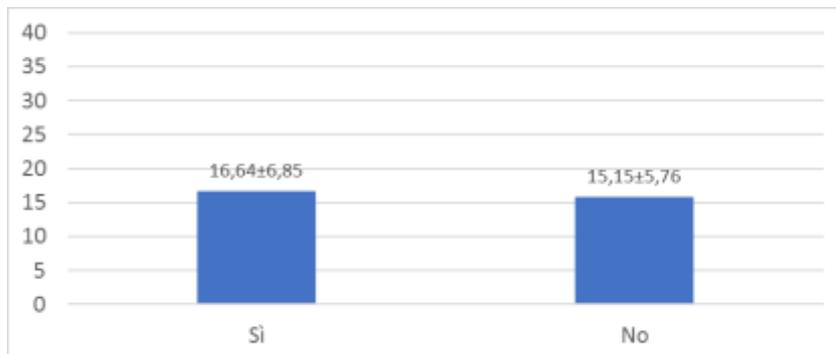


Grafico Risultati 72: T-test relativo alle differenze tra utenti del Centro San Fedele che hanno usufruito di colloqui psicologici rispetto a quelle che non, in relazione al distress punteggio totale, rilevato attraverso il questionario CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

#### 5.10. OPERATORI A CONTATTO CON UTENTI CHE VIVONO FORME DI DISAGIO SOCIOECONOMICO E VIOLENZA

Sono stati effettuati dei confronti rispetto al genere sessuale, dal momento che a differenza del campione delle utenti, quello degli operatori impegnati nel Centro è costituito sia da donne che da uomini. Tuttavia si è riscontrato che uomini e donne non differiscono in maniera statisticamente significativa in nessuna delle scale o dimensioni dei questionari della batteria costruita ad hoc.

Anche in relazione alle differenti variabili socio-anagrafiche che sono state indagate e presentate nel dettaglio non si riscontrano differenze statisticamente significative. Questo dato mostra a fronte di un'eterogeneità del campione rispetto ad età, stato civile, istruzione e formazione, un'omogeneità in relazione alle variabili oggetto di indagine.

Le differenze più significative sembrano essere legate soprattutto alla tipologia di contatto con l'utenza, come dimostrato dai seguenti grafici:



Grafico Risultati 73: T-test relativo alle differenze tra operatori del Centro San Fedele che presentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza rispetto a quelli che non, in relazione alla dimensione "Esaurimento Emotivo" del MBI – Maslach Burnout Inventory

E' stato effettuato T-test per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, e si è riscontrata una differenza statisticamente significativa rispetto al burnout. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $14,54 \pm 12,41$ ) presentano livelli più elevati in relazioni ai punteggi relative all' esaurimento emotivo rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $4,57 \pm 7,5$ ); ( $t=2.235$ ,  $p<.05$ ). Per quanto riguarda le altre dimensioni del burnout, ovvero depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale non si riscontrano differenze significative.

Rispetto al costrutto dell'empatia un risultato che sembra importante sottolineare è relativo alla differenza riscontrata anche in questo caso, tramite T-test, tra gli operatori che sperimentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, come mostrato dal seguente grafico:

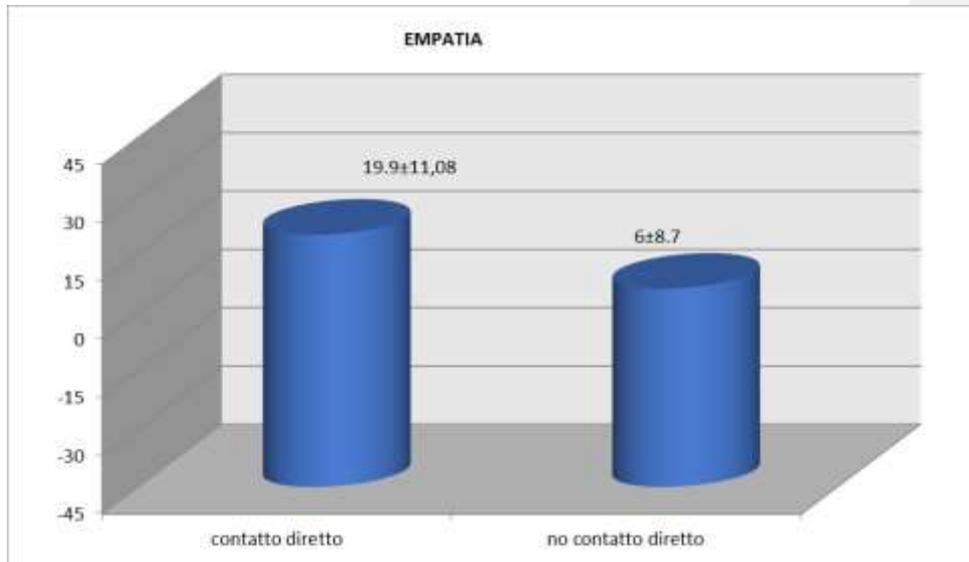


Grafico Risultati 74: T-test relativo alle differenze tra operatori del Centro San Fedele che presentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza rispetto a quelli che non, in relazione all'Empatia, misurata tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale

Il T-test per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, ha mostrato una differenza statisticamente significativa rispetto alla capacità di empatia, misurata tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $19,9 \pm 11,08$ ) presentano livelli più elevati in relazione ai punteggi relativi all'empatia rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $6 \pm 8,7$ ); ( $t=2.615$ ,  $p<.05$ ).

Sempre in relazione all'empatia, è stato effettuato tramite t-test confronto tra gli operatori del centro con il campione normativo. Esaminando le differenti dimensioni si osserva:

- F1(impermeabilità al contagio da stati emotivi interni): Gli operatori riportano un livello superiore ma non in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)=1,1833$ ;  $p>.05$ )

- F2 (susceptibilità al contagio da stati emotivi interni): Gli operatori riportano un livello inferiore ma non in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)=1,3501$ ;  $p>,05$ )
- F3 (responsività emotiva diffusa): Gli operatori riportano un livello superiore in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)= 3,2433$ ;  $p=,0012$ )
- F4 (susceptibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto): Gli operatori riportano un livello inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)=2,4728$ ;  $p=,0135$ )
- F5 (tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili): Gli operatori riportano un livello superiore in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)=1,3694$ ;  $p>,05$ )
- BEES totale: Gli operatori riportano un livello inferiore in maniera statisticamente significativa rispetto al livello del campione di riferimento ( $t(3180)=1,9761$ ;  $p=,0482$ )

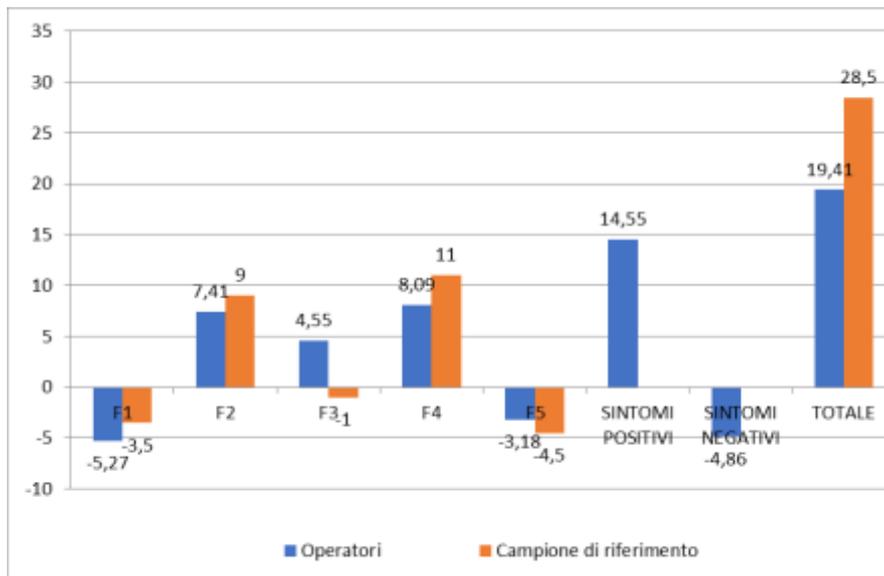


Grafico Risultati 75: T-test relativo alle differenze tra operatori del Centro San Fedele che presentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza rispetto a quelli che non, in relazione all'Empatia, misurata in diverse sottoscale tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale

Si è voluta infine indagare la relazione tra le dimensioni legate alla variabile psicologica dell'empatia e il burnout. A seguito è riportata la tabella che sintetizza le analisi effettuate, e tuttavia nessuna correlazione risulta statisticamente significativa a seguito della correzione per confronti multi di Bonferroni  $p < .0004$

	<b>MBI – Esaurimento Emotivo</b>	<b>MBI – Depersonalizzazione</b>	<b>MBI – Realizzazione Personale</b>
BEES - F1	r= ,0241 p= ,917	r= ,2667 p= ,243	r= -,2773 p= ,224
BEES – F2	r= -,4052 p= ,068	r= -,5318 p= ,013	r= -,5994 p= ,004
BEES – F3	r= -,3964 p= ,075	r= -,0578 p= ,803	r= ,0875 p= ,706
BEES – F4	r= -,2771 p= ,224	r= -,3051 p= ,179	r= ,4155 p= ,061
BEES – F5	r= ,2115 p= ,357	r= ,3234 p= ,153	r= -,3632 p= ,106
BEES – SINTOMI POSITIVI	r= -,252 p= ,27	r= -,4418 p= ,045	r= -,4966 p= ,022

BEES – SINTOMI NEGATIVI	r= ,0679 p= ,77	r= ,1953 p= ,396	r= -,2280 p= ,32
----------------------------	--------------------	---------------------	---------------------

## CAPITOLO SESTO

### DISCUSSIONE DEI RISULTATI

#### 6.1. INTRODUZIONE

In questo capitolo saranno analizzati e discussi i risultati emersi dall'analisi dei dati, a partire dal campione delle utenti, per poi focalizzarsi su quello degli operatori con cui le donne che vivono esperienze di disagio socioeconomico e violenza entrano in contatto nel contesto di Assistenza Sanitaria. Per quanto riguarda il campione delle utenti, si approfondirà la lettura di quanto emerso a partire dalle elaborazioni dei dati rilevati dai questionari GHQ-12 – General Health Questionnaire (Goldberg D., 1978; Piccinelli et al., 1993), CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Evans C. et al., 2000; Palmieri et al., 2009) e PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form (Abidin, 1995; Guarino et al., 2008), analizzando nel dettaglio i risultati rilevanti relativi alle differenti dimensioni di ciascuno degli strumenti. Verranno poi riprese nel dettaglio le variabili socioanagrafiche oggetto di indagine, che permettono considerazioni sulla natura del campione e confronti con la realtà multiculturale di oggi, il cui panorama italiano e lombardo è stato tracciato nel dettaglio nel primo capitolo. Si approfondiranno i punteggi medi relative alle principali variabili di studio, in particolare la percezione della propria qualità di vita con riferimento all'incapacità di eseguire le funzioni normali sane e la comparsa di nuove di fenomeni di natura stressante. Verrà riservata inoltre un'attenzione specifica alla percezione del distress con riferimento alle differenti dimensioni che vanno dal benessere soggettivo, ai sintomi e problemi (depressivi, ansiosi, fisici ed effetti del trauma), il rischio legato ad aspetti auto ed eterolesivi, il funzionamento (sia delle relazioni significative, che generale e sociale).

Infine verrà approfondita la dimensione della genitorialità, indagando differenti dimensioni che vanno dal distress genitoriale (fattori personali, stress associato ad altri ruoli sociali, conflitto con l'altro genitore, mancanza di supporto sociale, presenza di

depressione), all'interazione genitore-bambino disfunzionale (percezione del figlio come non rispondente alle proprie aspettative; punteggi elevati indicano che il legame genitore-bambino è minacciato o non è mai stato adeguatamente stabilito) e alle caratteristiche del proprio figlio (caratteristiche del comportamento del bambino che lo rendono di difficile gestione, problemi nei processi di autoregolazione).

I punteggi medi del campione in relazione a queste variabili verranno poi messi a confronto con quelli del campione di controllo, che proviene da popolazione generale e presunta sana, ovvero senza conoscere a priori aspetti di particolare problematicità rispetto alle variabili oggetto di indagine, per analizzare per quali aspetti si riscontra una significatività. Partecipare a una ricerca su queste variabili ha spinto le donne che hanno dato il loro contributo alla ricerca a confrontarsi, consentendo la possibilità di pensare e interrogarsi sul proprio stato di salute e benessere, ma anche sulle tematiche, costituendo già di per sé un primo intervento preventivo in ottica di action research. *"Secondo Lewin, la ricerca-azione è un metodo di ricerca sull'efficacia relativa di diverse forme d'azione, una ricerca per preparare una strategia di intervento, un'occasione per diffondere, promuovere o democratizzare il processo scientifico"* (Dubost, Levy, 2002). Volendo considerare le ricerche lewiniane finalizzate a "produrre il cambiamento", tramite un intervento in situazioni sociali reali e il coinvolgimento con un ruolo attivo dei soggetti, si è riservato per gran parte del Progetto un ruolo centrale proprio alla dimensione di scambio e confronto che veniva a crearsi nel corso dell'intervista semistrutturata.

I dati raccolti hanno poi reso possibile lo svolgimento di numerose elaborazioni: verranno qui illustrati gli aspetti più interessanti e rilevanti emersi dal lavoro svolto. Come già esplicitato in precedenza, questo studio nasce dal desiderio di indagare, nella complessità della società attuale, quanto situazioni di malessere e vissuti problematici legati all'esperienza di violenza possano influire non soltanto sul proprio benessere ma inficiando altre dimensioni, come quella relazionale e genitoriale.

Si riserverà all'interno del Capitolo uno spazio specifico per la discussione in particolare in relazione agli obiettivi che ci si era preposti nella fase di progettazione della Ricerca. Tra i principali rientrano la possibilità di indagare l'impatto delle differenti forme di disagio socio-economico e violenza sulla qualità di vita e sulla salute psicofisica di chi vive queste esperienze; di valutare le ricadute su variabili psicologiche relazionali e legate alla percezione della propria identità, quali la salute, il disagio emotivo e i vissuti legati alla genitorialità; di identificare in termini di screening segnali di malessere significativo, così come potenzialità e capacità di attivazione delle risorse personali.

Verranno riprese le ipotesi, alla luce dei quali è stato ideato, lo studio e per ciascuna si discuteranno i risultati raggiunti, anche la luce della letteratura di riferimento. Infine si approfondirà la possibile relazione tra costrutti oggetto di indagine e ci si focalizzerà anche in ottica di prospettive future di intervento sulle analisi volte a esplorare la dimensione del colloquio psicologico, in un'ottica di proseguimento dell'azione di screening, volta a prendersi carico delle situazioni di disagio emerse dalla ricerca.

Lo studio ha infatti come obiettivo quello di giungere a risultati che possono essere fruibili sia per l'intervento con le utenti stesse ma anche per chi a vario titolo si confronta con l'emergenza del lavoro in stazione di criticità. Alla luce di queste considerazioni una parte della ricerca è specificatamente riservata agli operatori e alla dimensione relazionale del contatto con l'utenza. Anche in questo caso verranno riportati i risultati principali emersi in relazione a i dati rilevati dei questionari MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981; Sirigatti & Stefanile, 1993, CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations (Endler & Parker, 1990; Pisanti, Lucidi e Bertini, 2001), BEES – Balanced Emotional Empathy Scale (Mehraibian, 1996; Meneghini A.M. et al., 2012).

Saranno ripresentati i principali dati che descrivono il campione degli operatori a partire dagli aspetti legati alla propria professionalità e formazione e verranno inoltre effettuati dei confronti tra quegli operatori che hanno un contatto prolungato diretto con l'utenza e quelli che non, focalizzandosi sulla lettura dei dati per giungere a considerazioni sull'importanza degli interventi preventivi, volti a sviluppare competenze non solo strettamente professionali, che sappiano valorizzare l'importanza e la centralità della relazione.

Alla luce delle considerazioni, che esamineranno nel dettaglio sia le differenti dimensioni del burnout ( dall'esaurimento emotivo, alla depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale), che le dimensioni del costrutto dell'empatia, la discussione si aprirà alle possibili declinazioni degli interventi di prevenzione, che possano tenere conto dei risultati emersi fornendo indicazioni per la pianificazione degli interventi, da attuare in maniera diversificata anche rispetto al proprio ruolo all'interno della relazione di natura socio-assistenziale.

## 6.2. CAMPIONE DELLE UTENTI

Prima di discutere i dati emersi dall'analisi statistiche, è interessante fare alcune considerazioni sulle caratteristiche descrittive dei soggetti del campione.

Il campione della ricerca è costituito da 150 utenti, donne che condividono il vissuto di una situazione di disagio socio economico e una situazione problematica che le porta a rivolgersi in qualità di utenti presso il Centro San Fedele di Milano che, come più volte già espresso all'interno dei precedenti capitoli, costituisce una realtà presente sul territorio e da circa settant'anni con un'ottica prevalentemente rivolta all'assistenza e all'educazione sanitaria. Nella fase di ideazione, progettazione e stesura del Progetto, il Centro è stato scelto come luogo in cui poter realizzare l'indagine anche per la sua collocazione all'interno del Territorio Lombardo. Come è stato messo in luce nei capitoli iniziali in cui il tema dell'immigrazione è stato analizzato e discusso anche a partire dai dati Istat, che hanno delineato prima i riferimenti sull'immigrazione in Italia e poi più nel dettaglio in Lombardia, quest'ultima risulta essere una regione che presenta un'ampia integrazione sugli aspetti del multiculturalismo e tra tutte le città, Milano presenta indubbiamente la più elevata presenza di immigrati. Le molteplici forme di disagio socio-economico e il loro legame con le esperienze di violenza, assumono oggi una sempre maggior complessità, se contestualizzate nella realtà attuale, che vede la multiculturalità come un aspetto sempre più distintivo.

Una Società sempre più caratterizzata dalla coesistenza di storie, culture, religioni diverse, pone interrogativi e urgenze con cui le differenti discipline umanistiche e sociali sono chiamate a confrontarsi, in un rapporto a loro volta di scambio e integrazione. Nella contemporaneità, l'individualizzazione apre ambiti di libertà nuovi per i soggetti determinando una situazione per cui l'appartenenza si configura sempre più come una scelta e, quindi, soggetta alla temporaneità e alla reversibilità. In questo quadro si inserisce anche una crescente mobilità che favorisce la "lacerazione" dei confini, ma anche la possibilità di organizzare in una cornice multi-etnica la propria vita (Beck, 2003). Si moltiplicano i luoghi dei sentimenti e delle esperienze e, pertanto, l'appartenenza si manifesta in una pluralità di situazioni. La collocazione del San Fedele proprio nel centro della Città di Milano, tra Piazza della Scala e la Galleria Vittorio Emanuele, consente un accesso più a donne che risiedono e afferiscono sia dall'area metropolitana che da altre

Province o dall'hinterland. L'eterogeneità è indubbiamente uno gli aspetti che questa ricerca ha voluto su più fronti sottolineare e valorizzare.

Dall'indagine preliminare del contesto che ha preceduto l'avvio del Progetto si era rilevato che non tutte le utenti che denunciavano una situazione di emergenza e aspetti di gravità tendevano poi ad utilizzare le risorse presenti nel Centro, soprattutto quelle che andavano oltre la dimensione concreta, aprendosi a quella relazionale. Si è scelto di coinvolgere il più largo numero di utenti ( non soltanto ad esempio quelle che richiedevano con differenti motivazioni il consulto psicologico) in modo da identificare quelli che possono essere dei fattori di screening su ampia scala, coinvolgendo in prima persona chi si rivolge al Centro dichiarando una situazione di disagio socio economico e violenza, indipendentemente dai Servizi o Consultazioni di cui si è usufruito. Si è scelto di focalizzarsi sulle donne perché in realtà l'utenza del centro è prevalentemente , quasi esclusivamente, da esse costituita ma anche per poter analizzare la specificità dei vissuti della migrazione e del disagio socioeconomico al femminile. La quasi totalità dei soggetti utenti a cui è stata presentata la ricerca ha deciso di parteciparvi (soltanto due donne danno rifiutato) e questo dato forse può mostrarci quanto questi aspetti vengono sentiti anche della popolazione che vive queste esperienze come di estremo interesse e di grande urgenza. Seppure la natura della rilevazione ha indubbiamente privilegiato la dimensione quantitativa, con l'utilizzo di strumenti con caratteristiche di affidabilità e validità che garantiscono la possibilità di condivisione dei risultati, si è sempre posto pensiero e attenzione agli aspetti relazionali che rivestono centralità in questo progetto. In quest'ottica l' accompagnamento alla compilazione dei questionari è volto di per sé a una possibilità di condivisione e scambio. E proprio per favorire questi aspetti si è scelto di effettuare il contatto e la presentazione del progetto alle utenti, sempre nello stesso spazio, quello chiamato del "corridoio", dove le utenti, di nazionalità così diverse condividono il tempo, nell' attesa dell'accesso ai Servizi. La scelta del corridoio come luogo in cui presentare e condividere la ricerca nasce dalla convinzione che questo possa esser vissuto dalle donne come "luogo" in cui portare alle altre la propria storia, diventando esso stesso parte di quella attuale, in "antidoto" ai "non luoghi"(Augè, 1995) che spesso caratterizzano le esperienze di chi vive disagio socio-economico nella realtà metropolitana.

Il luogo, termine "geografico" per eccellenza, è un concetto in apparenza semplice , di cui nel primo capitolo si sono analizzate le tuttavia diverse e complesse accezioni. E' un dato fisico, concreto, una precisa dimensione dello spazio che contiene qualche cosa

(Relph, 1996) ed allo stesso tempo “il locale , cioè lo scenario dove si svolgono le relazioni sociali, e la localizzazione, cioè l’area geografica comprendente lo scenario dell’interazione sociale dei processi sociali ed economici che operano su una scala più ampia.” Nel luogo si intrecciano le relazioni sociali, e dal luogo inneschiamo processi relazionali di portata più ampia. Non si tratta solo di uno spazio contenitore, ad esso sono legati sentimenti soggettivi. Ecco perché anche la scelta della presentazione del progetto, in un luogo i cui connotati rimandano alla condivisione, richiama ancora una volta l’importanza del modello di riferimento dell’action research che vede la ricerca uno strumento per preparare una strategia di intervento, un ‘occasione per diffondere, promuovere il processo scientifico e produrre il cambiamento, tramite un intervento in situazioni sociali reali e il coinvolgimento con un ruolo attivo dei soggetti.(Lewin, 1946) . I soggetti del campione presentare un'età compresa tra i 15 e 75 anni. L'età media risulta essere di 44,9 anni (con sd = 13,93). Si tratta quindi di donne adulte e la grande eterogeneità di età mostra come queste tematiche siano davvero trasversali. A fronte di un aumento della numerosità campionaria in Progetti e Ricerche future, potrebbe indubbiamente rivestire un interesse il poter indagare quanto, anche in un'ottica evolutiva, alcune fasce d'età rappresentino dei nodi di particolare criticità, nel momento in cui la donna si trova vivere una situazione di disagio. Le fasce di età appaiono ben distribuite, secondo distribuzione normale, anche se si riscontra (come mostra il Grafico Risultati 1) una prevalenza di donne nell'età tra i 36e i 40 anni: si tratta quindi di un campione prevalentemente in età adulta , in una fase di vita in cui è spesso possibile avere già avuto accesso alla dimensione genitoriale, uno degli aspetti che lo studio si propone di indagare. Un altro dei punti di forza rispetto alla rilevazione dell'età è legato al fatto che sia il range della media si pongono in linea, sia con i dati Istat, relativi a migrazioni e violenza, che con i principali studi in letteratura in riferimento a queste variabili.

Rispetto alle provenienza delle pazienti si rileva una forte eterogeneità, sono presenti differenti nazionalità del panorama mondiale, ma anche una presenza significativa di utenti europee e italiane ( come mostrano i Grafici Risultati 2 e 3). Le percentuali del campione della ricerca si pongono in linea con le percentuali riportate dalle statistiche interne al Centro San Fedele per quanto riguarda la totalità degli accessi annuali (ottenute conteggiando anche che frequentazioni per prestazioni legate a esigenze socio sanitarie, come ad esempio l’accesso alla farmacia, a fronte di una situazione di significativo disagio socioeconomico).

La percentuale più elevata è relativa alla nazionalità italiana, e tuttavia seppur la ricerca si svolge in Italia, appare evidente il multiculturalismo delle persone che accedono al Servizio e che vivono dunque esperienze di marginalità sociale. Questo dato, le cui implicazioni e contesto sono stati messi in luce nel capitolo iniziale, appare significativo sia per le utenti che vivono l'esperienza di confronto nel Centro, sia per gli operatori che sono chiamati ad entrare in relazione non solo con situazioni di emergenza e sofferenza, ma anche con culture spesso profondamente diverse.

Le percentuali più elevate relative alle differenti nazionalità mettono in luce la presenza di utenti che provengono da Marocco (26 utenti per una percentuale del 17,3%), Egitto (17 utenti per una percentuale del 11,9%), Perù (14 utenti per una percentuale del 9,3%) e Ucraina (10 utenti per una percentuale del 6,7%). Queste percentuali del campione di controllo trovano un accordo con la maggior prevalenza di provenienza da Marocco ed Egitto, segnalata anche dalle rilevazioni ISTAT (2016) e ORIM (2017) con riferimento specifico alla Regione Lombardia (come esplicitato nel dettaglio nel Grafico 8 del primo capitolo sul tema delle migrazioni). Riguardo alle provenienze per singola nazionalità, le stime ORIM e ISTAT confermano ai vertici tra i Paesi con oltre 100 mila presenti: la Romania, con 197 mila unità, il Marocco, con 116 mila e l'Albania con 115 mila. Tuttavia mentre la componente romena prosegue nel suo rapporto di crescita (più 4 mila unità negli ultimi dodici mesi), il Marocco continua il leggero regresso avviato nel 2011, quando aveva toccato la punta massima di 132 mila presenti e l'Albania subisce una consistente riduzione (ben 7 mila unità negli ultimi dodici mesi) scendendo a 116 mila unità.

Nella graduatoria delle nazionalità più presenti in Lombardia trovano in seguito spazio sei Paesi con almeno 50 mila unità, in testa ai quali troviamo l'Egitto con 91 mila, seguito dalla Cina con 76 mila, quindi dalle Filippine con 68 mila, dall'Ucraina con 63 mila, dall'India con 57 mila e infine dal Perù con 53 mila. Vanno inoltre segnalati sette Paesi con un numero di presenze compreso tra 20 mila e 50 mila unità, nell'Ordine: Ecuador (47 mila), Pakistan (46 mila), Senegal (42 mila), Sri Lanka (37 mila), Moldova (27 mila), Bangladesh (24 mila) e Tunisia (21 mila). Le donne immigrate portano in sé stesse rappresentazioni, valori e credenze appartenenti sia alla modernità che alla tradizione che determinano comportamenti, scelte di percorsi e di negoziazione nel loro processo di inserimento nella società italiana. Il processo di immigrazione fa oscillare fra due poli (modernità e tradizione) arrivando a costruire situazioni di compromesso o di conflitto secondo le esperienze maturate. La questione aperta è arrivare a capire fino a che punto esse producano una vera e propria trasformazione oppure se si tratti di un cambiamento

strumentale o se, come sostengono alcuni, la differenza culturale sia in realtà solo un alibi difensivo da opporre all'angoscia che produce affrontare il cambiamento. (Mottana P., 1996). Uno dei difficili compiti degli operatori dei Servizi a cui queste donne si rivolgono dovrebbe essere quello di riconoscerle nelle loro diversità di vissuto, di valori e di rappresentazioni.

Come sostiene Graziella Favaro le donne immigrate hanno dimostrato di non costituire "l'anello debole" della catena migratoria e "di essere portavoce e protagoniste ora della continuità, ora del cambiamento". Sono dunque proprio le donne i soggetti privilegiati da coinvolgere per progettare insieme iniziative e interventi che mirino a trasformarle in protagoniste dell'integrazione. (Favaro G., 1995).

Una lettura di genere dei fenomeni migratori apre a nuove e più ampie prospettive, in quanto consente di vedere le donne non solo nel loro protagonismo, ma anche di cogliere le differenze dei vissuti, delle strategie, delle mediazioni fra uomini e donne. Gli studi evidenziano motivazioni altruistiche maggiori rispetto agli uomini (Starke Bloom, 1985), affermando che le donne sarebbero più propense ad assumersi un maggior carico di responsabilità familiare. Così come appare chiaro il ruolo di agency delle donne (Vianello, 2009), esse sembrano altresì fondare maggiormente le loro strategie migratorie sulle reti (Hondagnen-Sotelo, 2011).

Per quanto riguarda la residenza, la maggior parte delle donne del campione risiede nella città metropolitana di Milano (120 soggetti per una percentuale del 80%) . Tuttavia rientrano nel campione anche donne che provengono dall'hinterland milanese (21 donne per una percentuale del 14%), da piccoli comuni ( 5 donne ) e da altra Provincia ( 2 donne). Si è ritenuto importante rilevare questo dato, proprio perché l'Assistenza Sanitaria del San Fedele unisce donne che non solo hanno differenti provenienze, ma che giungono da diverse realtà di appartenenza. Anche rispetto a questa variabile il campione si mostra rappresentativo rispetto alla realtà di studio, confermando la prevalenza nella città metropolitana ( che nel primo capitolo era stata esaminata nel dettaglio a partire dal Grafico 6). Rispetto alla distribuzione del fenomeno migratorio nei territori che fanno capo alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) i dati del 2016 mostrano una netta concentrazione nella Città metropolitana di Milano (42,2%) cui fanno seguito Brescia (13,6%) e Bergamo (11,2%).

Per verificare la possibilità di accesso all'intervista semistrutturata e alla sua comprensione sono state indagate le lingue parlate dal campione. La grande totalità del campione, pur nella grande eterogeneità di provenienza, si è mostrata in grado di parlare e di comprendere

la lingua italiana. Solo in tre casi l'intervista semistrutturata e il questionario sono stati somministrati grazie alla presenza di una mediatrice culturale eritrea. Emerge una forte eterogeneità anche in relazione a questa dimensione e rispetto alle frequenze prevalgono arabo, francese, spagnolo ed inglese ( le ultime tre spesso parlate in aggiunta alla propria lingua madre).

E' stato inoltre indagato il livello d'istruzione delle donne del campione, che risulta essere medio. La maggior parte del campione ha infatti conseguito un diploma di scuola superiore (55 utenti per una percentuale del 36,7%) o la licenza media ( 44 utenti con una percentuale del 29,3%).4 donne dl campione sono analfabete e non hanno avuto alcun accesso all'Istruzione (2,7%) mentre 15 hanno conseguito esclusivamente la licenza elementare (10%). Infine 12 utenti hanno conseguito diploma universitario (8%),10 utenti la Laurea (6,7%) e 10 hanno preferito non dichiarare il proprio livello istruzione (missing 6,7%). Questo dato è rilevante sia in riferimento al contesto di appartenenza, che per la valutazione del possibile divario tra formazione e occupazione lavorativa.

Un aspetto particolarmente rilevante dell'indagine è stato infatti relativo all'occupazione lavorativa, dal momento che tutte le donne del campione, nella sua totalità, riferiscono una significativa situazione di disagio economico (rientrando a tutti gli effetti nelle soglie di povertà Istat). Tuttavia una buona parte del campione svolge un'attività lavorativa (ben 66 utenti riferiscono di lavorare al momento dell'intervista semistrutturata per una percentuale del 44%), seppure la maggioranza non ha almeno un impiego (84 donne, di cui 30 riferiscono la disoccupazione, per un totale del 56% sul campione della ricerca).

Per analizzare più nello specifico, è stato chiesto a ciascuna utente di indagare il tipo di occupazione attuale (o la situazione cui era legata la mancata occupazione lavorativa (disoccupazione, invalidità, pensione): molte donne nel riferire la propria professione hanno inoltre specificato la situazione di assoluta precarietà o saltuarietà del proprio lavoro. Le professioni con maggior frequenza sono quella di badante (16 utenti), domestica (12 utenti) , operaia (9 utenti) o mestieri legati all' area sanitaria, in particolare OSS (8 utenti). Le donne migranti sono, nella maggior parte dei casi, inserite nel lavoro domestico e di cura e quindi questo settore disciplinare riceve una crescente attenzione (Favaro, Tognetti Bordogna, 1991; Ambrosini, 1995; Vicarelli, 1994; Miranda, 2001; Zontini, 2002).

I dati in relazione all' occupazione lavorativa rivestono un'importante considerazione in relazione al fatto che una delle variabili oggetto di indagine è legata alla violenza che investe la dimensione economica. Si è più volte sottolineato il tema del disagio

socioeconomico, interrogandosi sulla sua possibile influenza sul benessere psicofisico di chi vive situazioni di marginalità e povertà. In un'ottica di attivazione delle risorse personali, l'aver accesso a un ruolo lavorativo consente la possibilità di investire nei confronti della propria indipendenza economica, che può sostenere quella relazionale. A questo proposito, dal momento che la ricerca si focalizza su dinamiche ed esperienze che hanno a che vedere con la sfera relazionale, si è deciso di indagare lo stato civile, per poi approfondire in maniera più diretta la presenza o meno di una relazione attuale, con quesiti più specifici relativi al rapporto con il partner. Come più volte messo in luce sia nei capitoli teorici che nella presentazione della ricerca, uno dei temi particolarmente delicati per chi vive condizioni di disagio socioeconomico, marginalità e violenza è legato alle possibili ripercussioni sulla genitorialità. Ecco dunque che uno strumento della batteria si è focalizzato sul rapporto con i figli piccoli. Prima di giungere alla compilazione del questionario, si è indagata la presenza di figli e qualora vi fossero, è stato chiesto di specificare quanti e pe ciascuno indicare sesso ed età (anno di nascita).

La maggior parte del campione, il 76% delle donne, ha almeno un figlio( 108 utenti, mentre 36 non hanno figli). Questo sostiene la scelta, effettuata al momento della costruzione dello strumento di indagine rispetto all'inserimento di un questionario specifico. In letteratura sempre più ricerche si concentrano su una precoce identificazione dei bambini a rischio di successive difficoltà evolutive del dominio cognitivo mentre un'attenzione considerevolmente minore è stata dedicata all'area dello sviluppo emozionale. La ricerca sullo sviluppo dei disturbi del comportamento in età evolutiva (Antshel e Josep, 2006; Breen e Barkley, 1988; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler e Levison, 1990; Goodman e Cameron, 1978; Haskett, Scott, Grant, Ward e Robinson, 2003; Webster-Stratton, 1988) ha suggerito la presenza di caratteristiche eccessivamente stressanti del bambino come uno dei maggiori fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi del comportamento. Le caratteristiche del bambino, quelle del genitore, del contesto familiare e gli eventi di vita particolarmente stressanti sono alcuni degli elementi del sistema genitore-bambino, identificati come importanti sia in ottica di interventi che preventiva (Abidin, 1990; Martin, Olejnik e Gaddis, 1994; Sheber e Johnson, 1992). Le ricerche relative alla maternità tematizzano le trasformazioni determinate nei figli dal distacco prolungato (Parrenas, 2005) e come la relazione madre-figli possa riposizionarsi e riadattarsi. Ci si interroga inoltre sul tipo di contributo che possa essere dato dai genitori migranti al benessere sociale, affettivo e materiale dei figli (Isaksen, 2008) attraverso l'accudimento. Le ricerche evidenziano differenze nella genitorialità legate alla distanza

dal Paese d'origine, all'età dei figli rimasti a casa, alla possibilità di circolazione dei migranti (Sorensen, 2007; Piperno, Tognetti Bordogna, 2012).

In maniera specifica si è scelto di indagare la relazione con il partner. A ciascuna utente è stata chiesta la durata della relazione attuale e la media, quantificata in mesi di 144,24 (d.s.=± 145,73) indica una durata media di vari anni, seppure come si può notare con una deviazione standard molto elevata, con ogni probabilità legata anche all'eterogeneità anagrafica del campione. Il 41% del campione vive una relazione con il proprio partner della durata di più di 10 anni. È stato poi chiesto di indicare il genere sessuale del partner e tutte le donne hanno dato risposta al maschile, dunque la totale interezza delle donne che ha dichiarato di avere una relazione, vive un rapporto eterosessuale. Si è indagata la nazionalità, che permetteva di poter considerare se l'utente vivesse relazione con persona di provenienza differente dalla propria, all'interno di una "coppia mista" o "coppia mista-mista". Delle 108 donne che hanno figli, 75 vivono attualmente una relazione con un partner (il 79,45 ha un rapporto, mentre 33 donne, ovvero il 30,6% non attualmente). Di queste 75 donne, con figli e con una relazione attuale, per il 61% il partner attuale è anche il genitore dei propri figli, per il 10,2% si tratta di una relazione nata successivamente a quella con il padre dei propri figli (questo dato si lega anche alla percentuale presente nel campione di soggetti che hanno dichiarato avere vissuto, più o meno recentemente, l'esperienza della separazione) mentre il 33,3% non ha esplicitato questo aspetto. Questo dato è stato rilevato dal momento che per alcune donne la separazione dal partner è risultata legata a precedenti esperienze segnate a vario titolo da episodi di violenza. Questa tematica verrà approfondita a seguito in dettaglio, ma alla luce delle statistiche Istat (che dedicano ampio spazio all'analisi delle tematiche legate alla violenza, osservando nello specifico come questi aspetti varino in relazione alla nazionalità), così come alle considerazioni del capitolo precedente sulla complessità dell'esperienza migratoria, appare significativo interrogarsi sulla situazione delle donne immigrate e sui fattori che possono renderle maggiormente a rischio. Con l'immigrazione le relazioni tra moglie e marito si modificano. Vi sono aspetti positivi di questi cambiamenti, quale il coinvolgimento dei padri e dei mariti nella cura sia dei figli sia della casa, coinvolgimento che in precedenza non era possibile nel paese di origine in quanto i modelli e i riferimenti culturali non lo permettevano. Infatti, *"col venire meno della rete familiare soprattutto femminile, muta la divisione del lavoro familiare e i mariti e padri sono quasi costretti ad occuparsi della cura dei figli e a fare cose che nel paese di origine non avrebbero mai fatto"* (Balsamo F., 1991). Gli aspetti negativi del cambiamento sono spesso quelli che possono scatenare le

violenze all'interno della famiglia. I fattori di rischio che possono determinare una situazione potenziale di violenza in generale sono legati comunque a mutazioni sia nel rapporto di coppia sia nelle modificazioni della soggettività degli interessati. L'immigrazione e quindi lo sradicamento genera una fragilità fisico-psichica che può permanere nel tempo. Questa situazione di fragilità può essere peggiorata da un insieme di condizioni di vita non favorevoli che incidono negativamente nel rapporto di coppia.

Alla luce delle considerazioni sulle tematiche relative all'esperienza di violenza e dei bisogni maggiormente riportati all'interno dello Sportello di Consultazione, questo aspetto è stato indagato in maniera specifica, prima di procedere con la somministrazione dei test.

88 donne (per una percentuale del 58,7%) hanno dichiarato di aver vissuto esperienze di violenza. 62 donne invece non hanno mai provato questa esperienza e vivono nell'attualità forme di disagio legate esclusivamente a marginalità e difficoltà economiche (41,3%).

Nello specifico, data la natura differente delle molteplici connotazioni che queste esperienze possono assumere, veniva chiesto a ciascuna utente nello specifico, di indicare se avesse esperito forme di violenza legate al versante fisico (violenza sessuale, aggressività, percosse, maltrattamenti), a dinamiche psicologiche (umiliazioni, manipolazione, plagio, dipendenza) o che pertengono la sfera economica, utilizzata per legare a se o impedire l'autonomia e la possibilità di scelta o di libertà dal legame.

Le forme più frequenti presenti nel campione della ricerca appaiono legate alla violenza che assume una connotazione che riguarda la sfera economica, dato probabilmente legato alla condizione di povertà che vive la totalità del campione. Tuttavia la diffusione di queste esperienze di violenza si rileva in tutte le dimensioni: 39 donne hanno vissuto esperienza di violenza fisica (26% di contro a 111 donne che non l'hanno vissuta per il 74%); 47 donne hanno sperimentato forme di violenza psicologica (31,3% di contro alle 78 donne che non, per il 68,7%); e infine 72 vivono forme legate alla componente economica (48%, di contro a 78 che pur vivendo in condizione di povertà e disagio socioeconomico non hanno vissuto tale esperienza per il 52%)

I dati del campione delle utenti si pongono in linea con le indagini su popolazione generale, approfondite nel capitolo dedicato a queste tematiche. La violenza contro le donne costituisce infatti un rilevante problema a livello mondiale: 1 donna su 3, in tutto il mondo, subisce violenza fisica e/o sessuale da parte del partner (WHO, 2013). Secondi i dati WHO e ISTAT più recenti, si stima infatti che 1/3 delle donne nel mondo riferisca di subire violenza che pertiene la sfera fisica e oltre 6 milioni in Italia (WHO, 2013).

Nel 2014 oltre 4 milioni sono state vittime di violenza psicologica dal partner attuale. Secondo lo studio Istat, "La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia" (Istat, 2015) le donne straniere subiscono, proporzionalmente, le stesse tipologie di violenze delle donne italiane, con la differenza che più spesso il responsabile della violenza, nel caso delle straniere è un familiare ( il proprio partner o ex partner). Proprio alla luce di questi elementi verranno effettuati elaborazioni specifiche in relazione a quanto rilevato rispetto a questa variabile.

Le utenti che afferiscono al Centro San Fedele, tra i vari Servizi, possono avere accesso a uno Sportello, che offre consulenza legale e psicologica, con una specifica attenzione alle tematiche legate ad esperienze di violenza. Questa iniziativa, presente con frequenza settimanale, vede impegnate una psicoterapeuta e un'avvocata che su diversi fronti interagiscono con l'utente, in un'ottica integrata. Al momento dell'intervista semistrutturata il 18% delle utenti (27 donne) aveva richiesto e avuto un colloquio psicologico. La grande maggioranza, l'82% (123 donne) non ha richiesto questa possibilità (pur in alcuni casi avendo dichiarato nel corso dell'intervista di subire o aver subito esperienze di violenza). Il processo di emigrazione comporta necessariamente un periodo di "disagio psicologico" poiché emigrare e ha una potenzialità (limitata) di cambiamento e di compromesso tra la cultura originale e quella del paese di arrivo. Lo stress agisce richiedendo una grande quantità di energia fondamentale per il confronto con l'ambiente. In questa prospettiva possiamo capire come gli eventi di natura anche legati alla quotidianità possano modificare in maniera significativa le difese naturali fisiche e psichiche dell'individuo. I differenti stadi di questa crisi sono segnati da disagi fisici e psicologici più o meno intensi che non dipendono dal tempo di residenza nel nuovo Paese, anche se sono più vistosamente percettibili al soggetto stesso nei primi tempi.

Fra le donne immigrate è frequente la tendenza a portare nella consultazione stati di ansia ( ansia, insonnia, palpitazioni, sudorazione), stati depressivi ( mancanza di appetito, disturbi del sonno, sensazioni diffuse di malessere corporale, stanchezza, senza una causa organica che lo giustifichi, somatizzazioni), stati confusionali ( giramenti di testa, perdita dell'orientamento, confusioni spazio-temporali) fino a veri e propri deliri persecutori. In quest'ottica lo studio della variabile dell'accesso a una dimensione supportiva e a vario titolo terapeutica, costituisce una valida opportunità anche nel fornire indicazioni relative alla presa in carico delle situazioni di significativo disagio e sofferenza.

### 6.3. QUALITA' DI VITA, DISTRESS PSICOLOGICO, PARENTING

Si è riservato uno specifico spazio per la valutazione del distress, all'interno della batteria costruita ad hoc per il questionario, utilizzando il questionario **CORE-OM, Clinical Outcomes in routine Elevation-Outcome Measure**. Il punteggio medio del campione nella sottoscala "Benessere soggettivo" risulta essere di 19,7, rientrando in un range moderato, che si avvicina alla soglia moderato/grave. La deviazione standard è di 8,19.

Il punteggio medio del campione nella sottoscala "Sintomi e problemi" risulta essere di 15,66, rientrando in un range moderato. La deviazione standard è di 8,38.

Il punteggio medio del campione nella sottoscala "Funzionamento" risulta essere di 16,19, rientrando in un range moderato. La deviazione standard è di 5,56.

Il punteggio medio del campione nella sottoscala "Rischio" (aspetti auto ed eterolesivi) risulta essere di 5,68, rientrando in un range basso. La deviazione standard è di 7,44.

La valutazione della qualità di vita riveste un'importanza centrale, grazie all'attenzione sempre maggiore posta dall'OMS nel valorizzare una visione di benessere, che ben oltre la stretta organicità include le dimensioni soggettive, relazionali e sociali. Si è somministrato all'interno della batteria costruita ad hoc il questionario **GHQ-12 – General Health Questionnaire** che consente di indagare la qualità di vita autopercepita, fornendo un unico punteggio totale, che viene letto in maniera inversamente proporzionale. Il cut-off di significatività è relativo ai punteggi > di 14. Il seguente grafico mette in luce il punteggio medio del campione delle utenti di 17,67 (d.s.=5,385) che si situa sopra la soglia, mettendo in luce una compromissione significativa della percezione della propria qualità di vita.

L'impatto con una società distratta e inospitale distrugge le attese e le speranze del migrante che sperimenta un profondo disagio interiore che può degenerare nell'insorgenza di quadri psicopatologici. Pertanto se l'individuo ha una buona capacità di elaborazione supererà la crisi e il trauma, altrimenti avrà smarrimento, sofferenza e malattia. Sono stati descritti dai coniugi Grinberg (1984) nelle esperienze migratorie, sintomi fobici, ansia, insonnia, incubi, come forme dosate e controllate di utilizzazione dell'angoscia segnale, per evitare di essere invasi dall'angoscia catastrofica. Circa l'epoca di insorgenza, Almeida (1972) ha osservato due periodi di maggiore incidenza di comparsa dei disturbi psichici. L'uno durante i primi semestri di soggiorno, l'altro dopo tre-cinque anni oppure tra il quindicesimo-sedicesimo anno di residenza. Anche Nathan (2003) ha osservato nevrosi traumatiche dopo circa quindici anni di permanenza in paese straniero. Cuzzolaro e Frighi (1989) in soggetti emigrati in Italia per cause economiche, hanno rilevato notevole disagio nei primissimi mesi, e una successiva ricaduta dopo due anni, definita depressione rinviata", dovuta all'esaurirsi delle difese maniacali utilizzate nel primo periodo per raggiungere e mantenere l'adattamento forzato. In alcuni casi questa depressione rinviata può essere sostituita da disturbi psicosomatici di varia natura, sintomi digestivi, circolatori e respiratori. I disturbi somatici sarebbero espressione di un "pensiero operativo" che manca di simbolismo e creatività e si esprime attraverso il disagio del corpo. I dati presentati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità mettono in evidenza un diretto collegamento tra le migrazioni forzate e la presenza di un'eredità traumatica, incluse torture e violenze. Queste esperienze spesso vengono vissute dai migranti prima e durante il viaggio e possono lasciare profondi disturbi come ansia, panico, insonnia, depressione se non curati adeguatamente. Non si tratta di problematiche facili da identificare: non sempre i bisogni emergono al primo contatto con gli operatori sanitari, ma, al contrario, possono essere latenti e colti solo attraverso un attento approfondimento della storia del migrante e comprensione dei sintomi (Aragona, 2016).

Sono numerosi gli studi e le ricerche-azione che confermano la vulnerabilità psichica dei migranti in transito per ragioni legate sia alle precarie condizioni di vita che a volte caratterizzano le storie dei migranti nei loro Paesi d'origine, sia alle pressioni e ai traumi subiti nel viaggio (Affronti, Bonciani, Forcella, Geraci, Marceca, Russo, 2016). La sofferenza si può manifestare attraverso sintomatologie dolorose espresse sia fisicamente che somatizzate, ma non solo: possono anche rivelarsi attraverso sensazione di smarrimento e incapacità di comprensione (Santone, Madonia, Spina, Benedetti, Nayereh, Tekeste, 2016).

Alle utenti con figli, con un'età compresa tra un mese e 11 anni, è stato somministrato il **PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form**, questionario centrato sul parenting, ovvero l'insieme di comportamenti che attiene alla capacità di proteggere il bambino e sostenerne lo sviluppo. Lo strumento indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici. I punteggi sono stati calcolati in relazione all'età media dell'ultimo figlio delle donne del campione che hanno bambini nel range d'età d'indagine. Per quanto riguarda il "Distress genitoriale" il punteggio medio risulta essere di 36,12 con d.s. pari a 8,68. Questo dato si colloca all'interno del 90° percentile, ma non assume rilevanza significativa dal momento che il manuale di validazione fornisce come indicazione punteggi superiori a tale percentile (>90° percentile); tuttavia il dato risulta significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 9,174; p < ,0001$ ). Il punteggio relativo all' "Interazione genitore-bambino disfunzionale" risulta essere di 29,83 con d.s.  $\pm 8,57$ , collocandosi nel 95° percentile. Si tratta di un punteggio elevato: che nel manuale di validazione viene indicato come indice del fatto che il legame genitore-bambino è minacciato, non è stato adeguatamente stabilito. Tuttavia non rientra nella soglia di gravità >95° percentile, seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 11,653; p < ,0001$ ).

Il punteggio relativo alla dimensione "Bambino difficile" è di 30,58 con d.s.  $\pm 8,06$ , rientrando nel 85° percentile. Risulta elevato ma non significativo (>=90° percentile), seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 7,353; p < ,0001$ ).

Inoltre lo strumento fornisce un punteggio relativo alla risposta difensiva, sottoscala di controllo che monitora il fatto che non stiano mentendo o desiderando in maniera eccessiva apparire in maniera differente da ciò che realmente sono. Il punteggio medio risulta essere di 26,73 (d.s.  $\pm 5,3$ ), collocandosi al 95° percentile, senza però essere significativo (la soglia indicata  $\leq 10$ ), seppur significativamente superiore alla media di popolazione generale ( $t(1268) = 17,891; p < ,0001$ ).

L'attenzione all'ambito familiare ha portato il desiderio di investigare il tema delle genitorialità nell'ambito del Progetto di Ricerca alla luce della convenzione che l'identificazione precoce di sistemi "bambino-genitore" stressanti e gli interventi mirati alla riduzione dello stress hanno la potenzialità di diminuire la frequenza e l'intensità dei disturbi emozionali e comportamentali tra i bambini nella nostra società. In letteratura sempre più ricerche si concentrano su una precoce identificazione dei bambini a rischio di

successive difficoltà evolutive del dominio cognitivo mentre un' attenzione considerevolmente minore è stata dedicata all'area dello sviluppo emozionale. La ricerca sullo sviluppo dei disturbi del comportamento in età evolutiva (Antshel e Josep, 2006; Breen e Barkley, 1988; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler e Levison, 1990; Goodman e Cameron, 1978; Haskett, Scott, Grant, Ward e Robinson, 2003; Webster-Stratton, 1988) ha suggerito la presenza di caratteristiche eccessivamente stressanti del bambino come uno dei maggiori fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi del comportamento. Le caratteristiche del bambino, quelle del genitore, del contesto familiare e gli eventi di vita particolarmente stressanti sono alcuni degli elementi del sistema genitore-bambino, identificati come importanti sia in ottica di interventi che preventiva (Abidin, 1990; Martin, Olejnik e Gaddis, 1994; Sheber e Johnson, 1992).

#### 6.5. ESPERIENZE DI VIOLENZA, DISAGIO SOCIOECONOMICO, GENITORIALITÀ

Una delle tematiche centrali della ricerca è relativa all'esperienza di violenza, con il desiderio di indagare quanto questa possa determinare un impatto sul benessere psicofisico e la qualità di vita e quanto queste dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza, che hanno mostrato risultati significativi in relazione alla tematica del distress. Si riscontra una differenza significativa nella percezione del proprio distress tra le donne che hanno vissuto esperienza di violenza ( $15,1 \pm 6,56$ ), rispetto a quelle che non ( $13,15 \pm 5,12$ );  $t(138) = -2,257$ ;  $p = ,032$ . L'analisi ANCOVA è stata utilizzata per indagare ulteriori differenze rispetto al parenting anche in relazione all'interazione disfunzionale del genitore col proprio figlio. Confrontando i punteggi tra il campione delle utenti italiane che afferiscono al Centro e quello del campione di controllo rispetto al PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form, controllando anche in questo caso istruzione ed età inserendole come covariate, si è rilevata una differenza significativa per la dimensione “interazione disfunzionale”  $F(1;16) = 19,772$ ;  $p = ,000$ . Anche in questo caso questa dimensione appare maggiormente compromessa per le utenti italiane del campione di ricerca ( $37,88 \pm 3,56$ ), rispetto alle donne italiane del campione di controllo ( $22,88 \pm 2,4$ ). Sempre in riferimento ai risultati relativi al CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, si riscontra una differenza significativa nei punteggi relativi alla dimensione del “Funzionamento” (che fa riferimento alla valutazione delle

relazioni significative, funzionamento generale e sociale) tra le donne che hanno vissuto esperienza di violenza ( $17,22 \pm 5,82$ ), rispetto a quelle che non ( $15,83 \pm 5$ );  $t(138) = -2,37$ ;  $p = ,019$ . Sempre rispetto al “Funzionamento” si è riscontrata una significativa interazione, rispetto ai punteggi relativi a questa dimensione del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, controllando l’interazione di chi ha figli bambini (età >11 anni) e chi grandi, con l’aver vissuto o meno esperienza di violenza. Le donne che hanno subito episodi di violenza e hanno figli grandi (età maggiore di 11 anni) presentano punteggi maggiori, che indicano questa dimensione come maggiormente inficiata. Secondo i post hoc test, le differenze sono staticamente significative tra:

- chi ha figli grandi e non ha vissuto violenza rispetto a chi ha figli grandi ma ha subito almeno un episodio di violenza (livello più alto in questo ultimo, quindi peggiore)
- chi ha figli bambini, con età inferiore agli 11 anni, e non ha subito violenza rispetto a chi ha figli grandi e ha sperimentato violenza (livello più alto in questo ultimo che quindi indica maggior compromissione);  $F(1, 136) = 4,4193$ ,  $p = ,03738$ .

Uno dei quesiti che ha mosso la ricerca è relativo alla comprensione di quanto dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza che investe questa dimensione. In particolare, ci si è interrogati sulla relazione di questo aspetto al parenting, e alla propria dimensione genitoriale. Sono dunque stati effettuati t test con le differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form. Per unica dimensione emerge un risultato statisticamente significativo, quella legata al bambino difficile.

Risulta confermata una delle principali ipotesi della ricerca, le utenti del campione che hanno vissuto esperienza di violenza che investe la dimensione economica presentano un livello maggiormente inficiato nella dimensione del parenting relativa al bambino difficile ( $32,88 \pm 7,93$ ), rispetto alle utenti del campione di controllo che hanno a loro volta vissuto questa esperienza ( $28,27 \pm 7,65$ );  $t(50) = -2,136$ ;  $p = ,038$ .

Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all’influenza del benessere personale sulla genitorialità si è effettuata un’analisi di moderazione che consentisse di tenere conto di un’altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. I risultati delle analisi di moderazione indicano che il livello di Qualità di Vita Autopercepita dalle donne (GHQ) predice il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell’avere o meno un partner

(Relazione) come variabile moderatrice.  $F(3; 47) = 4,1986; p=,0103$ . Diversi studi mostrano come specifiche caratteristiche delle esperienze di violenza siano associate a conseguenze psicologiche e come la gravità e la cronicità degli atti di violenza subiti mostrino un legame con distress psicologico, vissuti di ansia, depressione, PTSD e altri sintomi (Dutton, 1992; Friedrich M.J., 2007; Ranner L., Boel-Studt,2013; Drevies K.M., 2013; East J.F., 2015; Bohara N., 2015; Satyanarayana V.A., 2015; Ziaei S.,2016; Ahlfs-Dunn S.M.,2016).

È stato riscontrato come nelle donne l'abuso eserciti un forte impatto sui livelli di stress che risultano strettamente associati a problemi di salute (Sutherland C.A., 2002) e agli effetti a livello affettivo, comportamentale e cognitivo della vittimizzazione.

Tra i disturbi e le conseguenze emotive che più frequentemente ricorrono nelle donne vittime di violenza, vi sono la depressione, il disturbo post-traumatico da stress, l'ansia, ideazioni suicidarie, disturbi del sonno e dell'alimentazione (Romito P., 2005) In letteratura sempre più ricerche si concentrano su una precoce identificazione dei bambini a rischio di successive difficoltà evolutive del dominio cognitivo mentre un'attenzione considerevolmente minore è stata dedicata all'area dello sviluppo emozionale. La ricerca sullo sviluppo dei disturbi del comportamento in età evolutiva (Antshel e Josep, 2006; Breen e Barkley, 1988; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler e Levison, 1990; Goodman e Cameron,1978; Haskett, Scott, Grant, Ward e Robinson, 2003; Webster-Stratton,1988) ha suggerito la presenza di caratteristiche eccessivamente stressanti del bambino come uno dei maggiori fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi del comportamento.

Rabain e Worhnam (1990) hanno notato come nella migrazione le madri si trovino in una situazione di difficoltà perché da una parte impegnate in un processo di integrazione e di acquisizione delle modalità locali di crescere i bambini e dall'altra continuano ad appoggiarsi sulle modalità da loro interiorizzate nella cultura del Paese d'origine. In questo filone di ricerca si inseriscono gli studi di Moro M.R. sulla vulnerabilità dei bambini delle famiglie migranti. Dalle sue ricerche emerge che questi bambini presentano sintomi depressivi, si ammalano e vengono ricoverati con una frequenza maggiore, in misura statisticamente significativa, rispetto a quelli delle famiglie autoctone di pari condizioni socio-economiche. Secondo Moro (1998) la vulnerabilità è da considerarsi una nozione dinamica, non una caratteristica intrinseca di alcuni bambini, ma una fragilità nel processo di sviluppo.: *“ il funzionamento psichico del bambino vulnerabile è tale che una variazione minima, interna o esterna, comporta un disfunzionamento importante, una sofferenza spesso tragica, un arresto, un'inibizione o uno sviluppo a livello minimo del suo*

*potenziale.*” ( Moro, 2004) Alla luce di queste considerazioni appare rilevante la valenza preventiva di studi che esplorino queste tematiche.

## 6.6. CAMPIONE DEGLI OPERATORI

Il campione della ricerca è composto dagli operatori che prestano il proprio operato in relazione agli utenti del Centro San Fedele, presso cui si è svolta la ricerca, e che hanno dato il proprio consenso alla partecipazione al progetto. Si tratta di 22 soggetti. Si è deciso di coinvolgere sia uomini che donne dal momento che il campione totale, di 50 operatori impegnati presso il Centro a vario titolo, è equamente distribuito e vede attiva sia la presenza femminile che quella maschile nelle diverse mansioni. La specificità del campione è legata al fatto che presta il servizio in maniera gratuita volontaria, ma che è chiamata a svolgere nei confronti dell'utenza una prestazione professionale. Tutti gli operatori sono risultati essere di nazionalità italiana. Il campione della ricerca è costituito in prevalenza da donne, che hanno aderito in misura maggiore alla ricerca : 16 soggetti di genere femminile (72,7%) di contro a 6 di genere maschile (27,3%), come messo in luce dal seguente grafico. L'età del campione si distribuisce in un range molto ampio, che va dai 24 agli 84 anni. L'età media risulta essere di 55,32 con una d.s.=±16,65. Gli operatori del Centro San Fedele spesso prestano Servizio volontariamente, ma fornendo una prestazione professionale: fra essi vi sono figure e mestieri differenti chiamati al lavoro in un'ottica integrata. Per questo motivo si è ritenuto importante indagare nello specifico il livello di istruzione e di formazione. Il titolo di studio posseduto con maggior frequenza risulta essere la Laurea (15 soggetti con una percentuale del 68,2%) , seguono la Licenza media e il Diploma di scuola superiore ( entrambi con la stessa frequenza di 3 soggetti per una percentuale del 13,6%). Le differenti tipologie di Laurea, alla luce della differente natura della professionalità a cui sono legate sono state suddivise, in due categorie, ambito sanitario e altro ambito in cui rientrano tutte le facoltà che non prevedono una forma di assistenza e cura che si faccia carico di aspetti legati alla salute dell'utente. La percentuale più significativa è legata all'ambito sanitario (10 soggetti per il 62%).E' stato indagato il ruolo che ciascun operatore riveste all'interno del Centro, indicativo della tipologia di interventi e della relazione che instaura con gli Utenti. Come si

può evincere dal seguente grafico le figure professionali sono molto eterogenee. Vi sono nel campione 5 farmacisti, 2 magazzinieri, 3 medici, 2 psicologi e 3 avvocati. 6 volontari non svolgono prestazione strettamente professionale ma si occupano del Servizio di Accoglienza che vede il primo contatto degli utenti con il Centro. Inoltre 2 figure sono dedicate al coordinamento e alla gestione della comunicazione delle iniziative promosse dal Centro. A seconda della tipologia di ruolo, è stata fatta una suddivisione tra coloro che hanno un contatto prolungato e diretto con gli utenti, che implica a vario titolo momenti di condivisione anche rispetto alle problematiche vissute, e coloro che non; il seguente grafico riassume frequenze e percentuale mostrando come la maggior parte del campione sperimenta questa dimensione relazionale

Dal momento che questo Progetto di Ricerca si rivolge a operatori volontari, professionisti che svolgono il proprio operato in maniera gratuita e costante, si ritiene importante focalizzarsi su queste tematiche prima di entrare nel vivo delle variabili d'indagine, che vedono la centralità della prevenzione del rischio di burnout. Come si è messo in luce nei capitoli teorici, nella sua accezione più ampia, il volontariato è connaturato alla natura umana; rappresenta una "spinta vitale" che porta la persona ad affiancarsi e sostenere chi si ritiene più bisognoso (Fusco-Karmann, 2006). Definito come "il prestare, gratuitamente o quasi, la propria opera presso enti pubblici o privati, per acquisire la necessaria esperienza pratica o per conseguire un determinato titolo" (Vocabolario della Lingua Italiana Zingarelli), questo fenomeno ha subito una profonda trasformazione negli ultimi anni. Per molti secoli il volontariato ha risposto ad un "bisogno di carità", caratterizzato pertanto da un'impostazione religiosa (Fusco-Karmann; Gangeri, Tamburini, 1996). Attualmente l'impegno sociale fa fronte non tanto ad un "bisogno di carità" quanto a un'esigenza di solidarietà: il rispetto della diversità e la cooperazione rappresentano le linee guida per promuovere questo progetto di aiuto (Fusco-Karmann, Tamburini, Soprani, 1998). Il volontariato non si riduce più ad un'azione di assistenza individuale (do-it yourself): è divenuto un movimento strutturato che pretende dai suoi membri, oltre ad un'essenziale spinta motivazionale, anche una completa formazione, professionalità e rispetto delle regole (Legge quadro sul volontariato n. 266, Agosto 1991). La formazione del volontariato non si propone la mera acquisizione di un set di conoscenze ma piuttosto la comprensione di sé mediante il ruolo assunto: il risultato diviene una nuova consapevolezza del proprio essere con se stesso e con l'altro da sé (Fusco-Karmann, 2006). Partendo dall'analisi su se stessi si possono scoprire diverse ragioni che sottostanno alla spinta di fare volontariato, esse possono essere prosociali ma anche assumere connotazioni

egoistiche. È necessario contemplare bisogni, aspettative e scopi che possono essere significativamente diversi anche tra i volontari della stessa associazione e che possono convivere nella stessa persona.

#### 6.7. BURNOUT, STILI DI COPING E EMPATIA

Per la valutazione del burnout è stato utilizzato MBI – Maslach Burnout Inventory ,test autosomministrato finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative. Come messo in luce si tratta di uno strumento psicometrico composto da 22 item che misurano le tre dimensioni indipendenti caratterizzanti la sindrome del burnout: Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione e Realizzazione Personale.

Il punteggio medio relativo alla dimensione “Esaurimento emotivo” risulta di 11,71 con d.s.  $\pm$  11,88, situandosi, come verrà messo in luce più nello specifico, in una soglia bassa di burnout. Per quanto riguarda la “ Depersonalizzazione” il punteggio medio risulta essere di 4,41 con d.s.  $\pm$  4,39 che corrisponde a un valore medio. La dimensione relativa alla “Realizzazione personale” ha un valore medio di 36,48 con ds  $\pm$ 6,98 che corrisponde anche in questo caso a un valore medio.

Per la valutazione degli stili di coping è stato somministrato agli operatori il CISS-2 – Coping Inventory for Stressful Situations composto da 21 item volti a valutare le modalità di reazione a situazioni stressanti, difficili e/o di disagio. Lo strumento si articola in tre dimensioni: coping orientato al compito, all’emozione, all’evitamento. Il coping orientato al compito vede un punteggio medio di 25,05 con una d.s.  $\pm$  3,27 , quello orientato all’emozione un punteggio medio di 11,73 con d.s.  $\pm$  3,69, quello orientato all’evitamento un punteggio medio di 13,64 con d.s.  $\pm$  3,51.

Per effettuare le misurazioni legate all’ empatia è stato somministrata BEES – Balanced Emotional Empathy Scale, strumento ideato per rilevare il grado di tendenza empatica, cioè il grado di propensione del rispondente a farsi coinvolgere e a vivere vicariamente le emozioni altrui. Si compone di 30 item, che restituiscono un punteggio totale e 5 punteggi in altrettante specifiche aree (*facet*): Impermeabilità al contagio da stati emotivi interni; Suscettibilità al contagio da stati emotivi interni; Responsività emotiva diffusa; Suscettibilità al contagio da situazioni-stimolo con contatto del soggetto; Tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili. I risultati sono raggruppabili in due

dimensioni principali (Sintomi positivi; Sintomi Negativi).

Per quanto riguarda la Facet 1, impermeabilità al contagio da stati emotivi interni, legata ad una generale difficoltà ad empatizzare, il punteggio medio risulta essere di 5,27 con una d.s. di 5,582. La Facet 2, suscettibilità al contagio da stati emotivi interni, che indica una partecipazione nei confronti di chi soffre o è in condizioni di forte disagio presenta un punteggio medio di -7,41 con d.s. 6,162. La Facet 3, responsività emotiva diffusa, si riferisce alla tendenza a rispondere emotivamente, oltre che a situazioni sociali anche a situazioni di fantasia, il campione degli operatori mostra un punteggio medio di -4,55 con d.s. 7,775. La Facet 4, suscettibilità al contagio da situazioni/stimolo con contatto del soggetto, indica nello specifico la tendenza ad empatizzare in presenza dell'altro: il campione presenta un punteggio medio di -8,09 con d.s. 5,588. Infine la Facet 5, tendenza a non farsi coinvolgere da condizioni di soggetti fragili, fa riferimento alla difficoltà a farsi coinvolgere nei vissuti di soggetti fragili come anziani e bambini e vede nel campione un punteggio medio di 3,18 con d.s. 5,279. Il grafico sintetizza inoltre i sintomi positivi, che presentano un punteggio medio di 14,55 con ds 11,943 e i sintomi negativi, il cui punteggio medio è di -4,86 con d.s.12,124.

Il Burnout si rivela dannoso anche per gli utenti (che ricevono servizi carenti), come più volte messo in luce, per l'Istituzione e per alcuni versi anche per i familiari stessi dell'operatore ( che vedono un invasione delle tematiche e delle difficoltà anche nell'ambito privato). Secondo Maslach (1992) la fronte dell'insorgenza del burnout, l'effetto che va maggiormente monitorato ed evitato ha a che fare con la possibilità che l'assistenza diventi sistematica, di routine, causando un cambiamento non funzionale nel modo in cui l'operatore si prende cura degli altri.

Il coping, secondo Lazarus e Folkman (1984), è un processo che nasce da una transazione tra le richieste dell'ambiente e le risorse personali di un individuo. Lazarus, in particolare teorizza il coping come risposta a una specifica situazione stressante e non una componente stabile di personalità.

Si tratterebbe quindi *“dell'insieme degli sforzi della persona, sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, per gestire le richieste interne ed esterne poste da quelle interrelazioni tra persona e ambiente valutate come eccedenti le risorse possedute”* (Lazarus e Folkman, 1984). Il coping viene quindi considerato come un processo dinamico, che cambia nel tempo, in risposta al mutamento sia delle richieste ambientali sia della valutazione cognitiva dei soggetti nei confronti della situazione. La valutazione cognitiva, conscia e attiva, della potenziale minaccia, è punto di mediazione tra l'evento stressante e la risposta

individuale del soggetto all'evento. L'adattamento psicologico delle persone a nuove circostanze può essere facilitato od ostacolato da fattori contestuali specifici. Tali fattori includono tanto le risorse e le vulnerabilità individuali, quanto le risorse e i vincoli ambientali (Hobfoll, 1989).

*“Il termine empatia fa riferimento alla capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone, sulla base della comprensione dei loro segnali emozionali, dell'assunzione della loro prospettiva soggettiva e della condivisione dei loro sentimenti (Bonino S., 1994).”* *“L'empatia è risonare emotivamente con l'altro, il riprodursi in noi di uno stato affettivo simile a quello dell'altro”* (G.C. Reda, 1982). Il tema dell'empatia ha rivestito un ruolo importante nello studio dal momento che rientra tra i costrutti più centrali per la psicologia e le scienze sociali, dal momento che si tratta di una delle maggiori capacità di un professionista delle relazioni d'aiuto o di un membro del gruppo capace di aiutare gli altri (A.M. Freedman, 1984).

Sono stati effettuati dei confronti rispetto al genere sessuale, dal momento che a differenza del campione delle utenti, quello degli operatori impegnati nel Centro è costituito sia da donne che da uomini. Tuttavia si è riscontrato che uomini e donne non differiscono in maniera statisticamente significativa in nessuna delle scale o dimensioni dei questionari della batteria costruita ad hoc.

Anche in relazione alle differenti variabili socio-anagrafiche che sono state indagate e presentate nel dettaglio non si riscontrano differenze statisticamente significative. Questo dato mostra a fronte di un'eterogeneità del campione rispetto ad età, stato civile, istruzione e formazione, un'omogeneità in relazione alle variabili oggetto di indagine.

E' stato effettuato T-test, che ha confermato l'ipotesi di partenza, per valutare le differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, e si è riscontrata una differenza statisticamente significativa rispetto al burnout. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $14,54 \pm 12,41$ ) presentano livelli più elevati in relazioni ai punteggi relative all'esaurimento emotivo rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $4,57 \pm 7,5$ ); ( $t=2.235$ ,  $p<.05$ ). Per quanto riguarda le altre dimensioni del burnout, ovvero depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale non si riscontrano differenze significative. Rispetto al costrutto dell'empatia un risultato che sembra importante sottolineare è relativo alla differenza riscontrata anche in questo caso, tramite T-test, tra gli operatori che sperimentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non. Il T-test per valutare le

differenze tra gli operatori che hanno un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che non, ha mostrato una differenza statisticamente significativa rispetto alla capacità di empatia, misurata tramite BEES – Balanced Emotional Empathy Scale. In particolare, gli operatori con contatto diretto e prolungato ( $19,9 \pm 11,08$ ) presentano livelli più elevati in relazione ai punteggi relativi all'empatia rispetto a coloro che non entrano in questo tipo di relazione continuativa nel tempo ( $6 \pm 8,7$ ); ( $t=2.615$ ,  $p<.05$ ). Questi dati relativi agli operatori mettono in luce ancora una volta il valore della prevenzione. Come si è evidenziato, l'etimologia del termine prevenzione rimanda a una dimensione temporale che fa riferimento al "venire prima", ovvero anticipare l'insorgere e le conseguenze di una malattia fisica, di un disagio psichico, di un problema sociale. Tale termine, nato e largamente utilizzato in campo medico-sanitario, rimanda a significati differenti, come "anticipare", "evitare", "impedire", "ostacolare" un evento dannoso. Esso appare connotato dal punto di vista sanitario, richiamando spesso immagini di interventi legati a situazioni di emergenza, accompagnati a volte da intenti di contenimento e di controllo sociale (Regoliosi, 1994).

L'attività di prevenzione, implica la capacità di osservare in modo chiaro l'oggetto d'intervento, la possibilità di prevedere gli eventi che si vogliono evitare attraverso la rilevazione di indicatori, e quindi la capacità di individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per l'individuo. L'applicazione del concetto, che nasce in ambito sanitario, appare maggiormente problematica in campo psicologico e sociale: è ormai ampiamente condivisa una spiegazione dei fenomeni psicologici e sociali e dei comportamenti umani in termini probabilistici e multi-causali, che prende in considerazione la molteplicità delle variabili, la loro interazione lungo il tempo e il ruolo attivo della mente umana (Bonino, 2001). La definizione di prevenzione si è gradualmente modificata nel tempo: da attività tesa a impedire l'insorgenza del disagio a intervento atto a promuovere la salute e quindi a favorire il benessere. Interventi formativi sul personale che si relazionano con utenza che vive esperienze di significativo disagio possono avere una finalità preventiva in varie accezioni, e tutelando le capacità, il benessere e la salute dell'operatore, in maniera indiretta forniscono una tutela della presa in carico integra ed efficace delle utenti.

## CONCLUSIONI

*"Le donne spalancano porte dove non ce ne sono,  
e le spalancano e le varcano verso una vita nuova."  
Clarissa Pinkola Estés*

Questo Progetto di Ricerca si è posto come obiettivo lo studio di una realtà, che fa emergere sempre maggiori interrogativi rispetto alle possibilità di intervento, formazione e prevenzione, quale quella legata alle situazioni di emarginazione e di emergenza sociale. Nel corso dello studio, appare sempre più evidente che il disagio e la povertà assumono diversi significati, che passano dal versante più concreto a quello più simbolico che pertiene la sfera identitaria ed emotiva della persona. La mancanza di indipendenza economica è legata al tema dell'indipendenza individuale su più fronti, questo Progetto si è interrogato su quanto questo condizioni gli aspetti relazionali, in particolare quelli legati alla genitorialità. Il tema della violenza risulta a sua volta particolarmente connesso, dal momento che esso stesso presenta diverse sfaccettature, che non prendono forma solo nei casi in cui questa diventa fisica, ma anche in quelle dinamiche che tendono a persistere proprio per l'impossibilità ad uscirne per mancanza di mezzi propri e risorse economiche, emotive, personali e sociali. Ecco allora l'idea di questa ricerca, che sin dalla sua progettazione ha avuto come obiettivi l'instaurarsi di una Sinergia tra l'Università, una Fondazione da sempre impegnata nel Sociale e un'Associazione che lavora quotidianamente a stretto contatto con un'utenza particolarmente rappresentativa.

La somministrazione dei questionari e le interviste semistrutturate sono state raccolte presso il Servizio di Assistenza Sanitaria del Centro San Fedele di Milano, una realtà presente sul territorio dal 1948. L'idea di coinvolgere questa realtà, nata sin dalla fase di progettazione, è stata legata alla possibilità di effettuare rilevazioni proprio in uno dei contesti stessi in cui la popolazione oggetto di studio pone una richiesta rispetto alla presa in carico di un disagio che assume una significatività e un'intensità tale da richiedere una condivisione. Circa 1.000 persone vengono aiutate ogni mese (per una media di circa 900 accessi, 80 persone per ogni giorno di apertura Servizi), per un totale di circa 10.000 contatti all'anno.

L'utenza è composta principalmente da donne, focus della ricerca, che desidera infatti analizzare il vissuto femminile di queste problematiche

Nel Centro collaborano diverse figure professionali al fine di proporre una presa in carico globale della persona, che comprenda gli aspetti medici, farmacologici, psicologici,

giuridici e sociali. Il Centro raccoglie un'utenza molto eterogenea e proprio per questo la ricerca si è posta come obiettivo l'indagine sulle differenti forme e le differenti percezioni soggettive legate al disagio socio-economico e all'esperienza di violenza. Questi temi appaiono infatti non scindibili dalla condizione sociale complessiva.

Il progetto si è strutturato come Action Research, secondo il modello di Lewin (1946) e ha richiesto quindi la presenza attiva sul campo del ricercatore stesso. È stato ideato e presentato al Bando per Fondi di Ricerca proposto annualmente dalla Fondazione Roberto Franceschi ed è risultato vincitore nel Gennaio 2016, prendendo da quel momento immediatamente avvio.

La Fondazione Roberto Franceschi Onlus si è costituita nel 1996 per ricordare Roberto, studente ventenne dell'Università Bocconi di Milano, colpito a morte il 23 gennaio 1973 da un proiettile di pistola in dotazione alla polizia, che quella sera presidiava la sua Università per impedire una assemblea aperta agli studenti delle altre Università milanesi. La Fondazione svolge attività nel settore della ricerca scientifica di particolare interesse sociale principalmente nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura di patologie sociali e forme di emarginazione attraverso:

- studi, ricerche e contributi alla raccolta dati sia sulle problematiche emergenti che su quelle croniche che mettono a rischio le condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali e familiari delle persone;
- l'assegnazione di borse di studio e premi di laurea a studenti universitari meritevoli i cui studi – coerenti con gli indirizzi della ricerca scientifica svolta e promossa dalla Fondazione – contribuiscano direttamente all'attività di ricerca scientifica della Fondazione;
- la realizzazione di progetti nelle scuole e la produzione di strumenti didattici e di consultazione scientifica con modalità tali da restituire benefici diretti alla collettività in generale.

La Fondazione Roberto Franceschi Onlus promuove annualmente un programma di finanziamento, con il desiderio di sostenere e solidificare la collaborazione tra Università e Enti del Territorio.

La ricerca si è proposta come obiettivo l'indagine dell'impatto delle differenti forme di disagio socio-economico e violenza sulla qualità di vita e sulla salute psicofisica di chi vive queste esperienze; la valutazione delle ricadute su variabili psicologiche relazionali e legate alla percezione della propria identità, quali la salute, il disagio emotivo e i vissuti legati alla genitorialità; l'identificazione in termini di screening segnali di malessere

significativo, così come potenzialità e capacità di attivazione delle risorse personali; la rilevazione delle variabili psicologiche, quali empatia e stili di coping, che rivestono un ruolo fondamentale nel lavoro con l'utenza che presenta su più fronti situazioni di disagio e nella prevenzione dell'insorgenza della sindrome del burnout.

Tra i principali risultati emersi, si è visto come il campione delle utenti italiane valuti la propria qualità di vita, le proprie problematiche rispetto a segni e sintomi e il distress genitoriale come significativamente più inficiata rispetto a quella delle donne del campione di controllo.

Una delle tematiche centrali della ricerca è stata relativa all'esperienza di violenza, con il desiderio di indagare quanto questa possa determinare un impatto sul benessere psicofisico e la qualità di vita e quanto queste dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza, che hanno mostrato risultati significativi in relazione alla tematica del distress e del funzionamento. Si è riscontrata una differenza significativa nella percezione del proprio distress e al Funzionamento (inteso in riferimento alla valutazione delle relazioni significative, funzionamento generale e sociale) tra le donne che hanno vissuto esperienza di violenza, rispetto a quelle che non, che vede le prime in una situazione maggiormente compromessa. Sempre rispetto al funzionamento si è riscontrata una significativa interazione, come mostra il seguente grafico che rappresenta i punteggi relativi a questa dimensione del CORE-OM – Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, controllando l'interazione di chi ha figli bambini (età >11 anni) e chi grandi, con l'aver vissuto o meno esperienza di violenza. Le donne che hanno subito episodi di violenza e hanno figli grandi (età maggiore di 11 anni) presentano punteggi maggiori, che indicano questa dimensione come maggiormente inficiata. Secondo i post hoc test, le differenze sono staticamente significative tra:

- chi ha figli grandi e non ha vissuto violenza rispetto a chi ha figli grandi ma ha subito almeno un episodio di violenza (livello più alto in questo ultimo, quindi peggiore)
- chi ha figli bambini, con età inferiore agli 11 anni, e non ha subito violenza rispetto a chi ha figli grandi e ha sperimentato violenza (livello più alto in questo ultimo che quindi indica maggior compromissione).

Uno dei quesiti che ha mosso la ricerca è relativo alla comprensione di quanto dinamiche che minaccino la possibilità di indipendenza economica influenzino il benessere personale

e interferiscano sulla dimensione relazionale. Per questo, anche alla luce del fatto che il campione presenta una situazione comune di disagio socioeconomico sono stati effettuati dei t test, relativi nello specifico alla tipologia di esperienza di violenza che investe questa dimensione.

In particolare, ci si è interrogati sulla relazione di questo aspetto al parenting, e alla propria dimensione genitoriale. Sono dunque stati effettuati t test con le differenti dimensioni del PSI-SF – Parenting Stress Index – Short Form. Per unica dimensione emerge un risultato statisticamente significativo, quella legata al bambino difficile.

Per affrontare uno dei temi principali della ricerca, legato all'influenza del benessere personale sulla genitorialità si è effettuata un'analisi di moderazione che consentisse di tenere conto di un'altro degli aspetti centrali indagato nello studio, quale quello della relazione. I risultati delle analisi di moderazione indicano che il livello di Qualità di Vita Autopercepita dalle donne (GHQ) predice il livello di stress connesso alla gestione di un bambino difficile (PSI – Bambino difficile) con effetto dell'avere o meno un partner (Relazione) come variabile moderatrice.

Un aspetto significativo che si è scelto di indagare è relativo alla differenza tra le utenti che richiedono ed hanno accesso a colloquio psicologico, che consente uno spazio di pensiero per l'elaborazione dei vissuti legati alle difficoltà personali e alle esperienze di violenza, e quelle che non richiedono e non usufruiscono di questa opportunità. E' stato dunque effettuato T-Test in relazione alla percezione della propria qualità di vita, con riferimento ai punteggi al questionario GHQ-12 – General Health Questionnaire.. Le donne che richiedono supporto psicologico sono coloro che percepiscono la propria qualità di vita come maggiormente inficiata rispetto alle donne che non fanno ricorso a questa possibilità. Per quanto riguarda lo studio specifico sugli operatori, sono stati effettuati dei confronti rispetto al genere sessuale, dal momento che a differenza del campione delle utenti, quello degli operatori impegnati nel Centro è costituito sia da donne che da uomini. Tuttavia si è riscontrato che uomini e donne non differiscono in maniera statisticamente significativa in nessuna delle scale o dimensioni dei questionari della batteria costruita ad hoc.

Anche in relazione alle differenti variabili socio-anagrafiche che sono state indagate e presentate nel dettaglio non si riscontrano differenze statisticamente significative. Questo dato mostra a fronte di un'eterogeneità del campione rispetto ad età, stato civile, istruzione e formazione, un' omogeneità in relazione alle variabili oggetto di indagine.

Gli operatori con contatto diretto e prolungato presentano livelli più elevati in relazioni ai punteggi relative all' esaurimento emotivo rispetto a coloro che non entrano in questo tipo

di relazione continuativa nel tempo). Per quanto riguarda le altre dimensioni del burnout, ovvero depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale non si riscontrano differenze significative.

Rispetto al costrutto dell'empatia un risultato che sembra importante sottolineare è relativo alla differenza riscontrata anche in questo caso, tramite T-test, tra gli operatori che sperimentano un contatto diretto e prolungato con l'utenza, entrando in una dimensione relazionale, e quelli che no.

In conclusione, il presente studio che ha richiesto la frequentazione settimanale del Centro in cui sono stati raccolti i dati durante il corso degli anni del Dottorato, ha dunque consentito di unire l'aspetto di ricerca con un'osservazione diretta e partecipe dell'ambiente in cui le donne di differenti nazionalità portano le proprie richieste rispetto a situazioni di disagio. E' importante mettere in luce quelli che sono le criticità ma anche i punti di forza che possono aprire lo sguardo verso prospettive future.

Partendo dagli aspetti che potrebbero aver limitato la ricerca è importante segnalare che l'ampliamento del campione di controllo, potrebbe consentire uno sviluppo e una continuazione dello studio. Raggiungere una numerosità campionaria significativa anche per le diverse nazionalità presenti, consentirebbe confronti specifici, anche tra utenti di diverse provenienze.

Un altro limite è legato al fatto che le donne del campione hanno tutte una comprensione della lingua italiana, anche se in alcuni casi di base. Sarebbe interessante, sempre nell'ottica di studio della multiculturalità, riuscire anche attraverso l'utilizzo di strumenti validati impegnati in differenti lingue estendere la somministrazione anche a persone di diverse nazionalità, sul territorio italiano, che non hanno comprensione della lingua e condividono le situazioni di disagio e marginalità delle utenti del campione.

I dati inoltre sono stati reperiti in un unico contesto, una prospettiva di indubbio interesse potrebbe essere quella di rendere lo studio multicentrico, ampliando la somministrazione in contesti analoghi a quello del Centro San Fedele, ma eterogenei rispetto ad altre variabili quali ad esempio la collocazione territoriale.

Infine un tema centrale che potrebbe essere sviluppato in una maniera più approfondita è quello relativo alla centralità della figura del bambino. In questo studio sono riportate soltanto valutazioni espresse dalle madri, mentre una ricerca più specifica potrebbe coinvolgere in maniera attiva anche bambini che vivono la propria infanzia in condizioni di disagio socioeconomico, con l'utilizzo di test che consentano una valutazione più mirata.

Dopo averne elencato i limiti è importante mettere in luce i punti di forza del presente studio, che hanno a che fare con la sua stessa natura che coniuga la ricerca con l'osservazione del contesto e con l'azione. Si evidenzia la significatività del fatto che i dati siano stati raccolti in un contesto che dà voce alla multiculturalità e unisce donne con una esperienza disagio socioeconomico e violenza .

Nel corso della ricerca si è mantenuto inoltre, un doppio sguardo sia sulle variabili psicologiche volte alla valutazione delle utenti che vivono queste spese esperienze drammatiche ma anche sull'operatore a stretto contatto, proprio per sottolineare costantemente quanto l' intervento su queste problematiche debba essere il più possibile progettato in un'ottica integrata.

Un altro punto a favore di questo studio è legato al fatto che ha permesso anche a partire dai dei dati preliminari via via raccolti, che sono stati presentati in vari congressi, nazionali e internazionali, di svolgere un'azione preventiva su più fronti anche sollevando l'attenzione sulle variabili oggetto di indagine. Di seguito sono riassunti i principali:

- XI Convegno Nazionale SIPCO, Frontiere di comunità: complessità a confronto, Università degli Studi di Bergamo

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Stefano Ardenghi, Valerio Salverani, Federica Bertin, Sara Sofisti, Maria Grazia Strepparava, Le molteplici forme della violenza nella società di oggi: action research presso il centro di prima accoglienza San Fedele di Milano, pp.262-265, IN: Boniforti D., Albanesi C., Zatti A., (a cura di), *Frontiere di comunità. Complessità a confronto*. Bologna: Università di Bologna Dipartimento di Psicologia, 2017 ISBN 9788898010448. DOI: 10.6092/unibo/amsacta/5502

-XVIII Congresso Nazionale AIP della Sezione Di Psicologia Clinica e Dinamica, Università La Sapienza di Roma

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Stefano Ardenghi, Valerio Salverani, Federica Bertin, Sara Sofisti, Maria Grazia Strepparava, *Psychological impact of violence, adversity and social marginality*, XVIII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica e dinamica, Roma, 16-18 Settembre 2016

-Convegno Internazionale Terza Guerra Mondiale? La gestione della morte tra nuove emergenze sociali e la loro soluzione, Università degli Studi di Padova

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Federica Bertin, Sara Sofisti, Eleonora Franchini, Stefano Ardenghi, Valerio Salverani, Maria Grazia Strepparava, *"Reactions to Violence": an online research focusing on terrorism risk perception in italian general population*,

Convegno Internazionale Terza Guerra Mondiale? La gestione della morte tra nuove emergenze sociali e la loro soluzione, Padova, 3-5 Novembre 2016

XXV ECP European Congress of Psychology, Amsterdam

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Federica Bertin, Eleonora Sangiovanni, Stefano Ardenghi, Valerio Salverani, Maria Grazia Strepparava, *Psychological impact of violence on needy women*, XXV ECP European Congress of Psychology, Amsterdam, 11-14 Luglio 2017

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Federica Bertin, Eleonora Sangiovanni, Elisa Soldi, Stefano Ardenghi, Maria Grazia Strepparava, *Violence suffered by woman and parenting*, XXV ECP European Congress of Psychology, Amsterdam, 11-14 Luglio 2017

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Federica Bertin, Alessandra Portaluppi, Valerio Salverani, Maria Grazia Strepparava, *Reaction to violence: different experience and perception of health in women appear to shelter centre and in control group*, XXV ECP European Congress of Psychology, Amsterdam, 11-14 Luglio 2017

XIX Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica e dinamica, Università degli Studi di Torino

Maria Monica Ratti, Eleonora Sangiovanni, Federica Bertin, Caterina Irma Laini, Benedetta Vai, Maria Grazia Strepparava, *Evaluation of burnout, coping strategies and empathy in volunteers at a shelter centre*, XIX Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica e dinamica, Torino, 29 Settembre – 1 Ottobre 2017.

Maria Monica Ratti, Federica Bertin, Eleonora Sangiovanni, Caterina Irma Laini, Martina Sironi, Valerio Salvarani, Benedetta Vai, Maria Grazia Strepparava, *Volunteers and workers in risk areas: differences in burnout levels and coping styles*, XIX Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica e dinamica, Torino, 29 Settembre – 1 Ottobre 2017.

XII Congresso Nazionale SIPSA, Università degli Studi di Firenze

Maria Monica Ratti, Caterina Irma Laini, Federica Bertin, Eleonora Sangiovanni, Valerio Salvarani, Maria Grazia Strepparava, *La formazione psicologica alla relazione per operatori di un centro di prima accoglienza: studio preliminare su capacità empatiche e burnout*, XII Congresso Nazionale SIPSA, Firenze, 3 – 5 Novembre 2017.

Maria Monica Ratti, Eleonora Sangiovanni; Federica Bertin, Caterina Irma Laini, Valerio Salvarani, Maria Grazia Strepparava, *Intervento di prevenzione con utenti in condizioni di*

*povertà e violenza: action research nella prima accoglienza del Centro San Fedele*, XII Congresso Nazionale SIPSA, Firenze, 3 – 5 Novembre 2017.

Sempre nell'ottica preventiva un aspetto che riveste indubbiamente connotazione positiva è legato al fatto che, a partire dalla ricerca, sono state svolte delle azioni rivolte alle utenti del Centro, coinvolgendole in una serie di proiezioni di cortometraggi, che approfondivano tematiche differenti. Le proiezioni avvenivano in un'apposita sala cinematografica, all'interno del Centro, talvolta in occasione specifiche (ad esempio il 25 novembre in occasione della giornata contro la violenza alle donne) oppure secondo un programma cadenzato durante il corso dell'anno, approfondendo ogni volta tematiche differenti (migrazione, separazioni, educazione dei figli, lavoro, mobbing) . A partire dalla mediazione dello stimolo cinematografico, il filmato consentiva di esprimersi in gruppo sul tema senza però entrare troppo nel dettaglio autobiografico, favorendo la dimensione di scambio, condivisione e confronto. Il cinema e la letteratura si sono interessati per decenni della migrazione, intesa variamente come viaggio di esplorazione e arricchimento, come scelta indotta dalle difficoltà del paese di partenza, come mezzo per conoscere nuovi contesti, come possibilità di aprirsi a nuovi orizzonti culturali o anche, al contrario, come esperienza essenzialmente dolorosa, legata alla nostalgia e alla malattia (Martinelli S., 2000)

Infine un'altra iniziativa che ha messo ancora una volta al Centro il coinvolgimento attivo di utenti e operatori, permettendo anche di raccogliere anche del materiale di grande interesse si è tenuto in occasione della giornata è l'8 marzo. A tutte le donne che hanno partecipato alla ricerca, siano esse utenti o operatrici, è stato chiesto di scrivere su appositi fogli il significato che attribuiscono all'essere donna. Queste sono alcune delle frasi, ce sono state poi inserite in un cortometraggio in cui vengono mostrate anche con le fotografie realizzate nel corso della stessa giornata ,in cui utenti e operatrici sono state chiamate a posare davanti a una reporter. A ciascuna veniva dato con lo stesso identico fiore, una margherita rossa, chiedendo di scegliere liberamente come tenerlo, come e con chi posare. Una volta realizzato, il filmato è stato poi commentato e condiviso con le donne del Centro .

“Cosa significa per te essere donna?”

- *Guardare alla vita con forza e sensibilità.*
- *Essere figlia, sorella, amica, moglie e mamma.*
- *Secondo la mia opinione, da donna, amo la libertà senza limitazioni perchè la libertà secondo me è responsabilità e impegno.*
- *La donna rappresenta tutta la società. La donna deve avere la possibilità di essere sé stessa, per tutto il corso della sua vita.*
- *La donna deve essere sempre propensa alla responsabilità verso il figlio e della sua casa finchè non uscirà e deve così sacrificarsi per loro.*
- *Le donne vanno trattate con delicatezza e dolcezza. La donna è il nucleo familiare e bisogna rispettarla. La vita senza la figura della donna non significherebbe nulla.*
- *Per me essere donna significa appartenere, con orgoglio, a quella parte dell'umanità che per sua natura rappresenta la vita e il creare, speranza di salvezza per un futuro sempre più liberato dall'opposta mentalità distruttiva che appartiene soprattutto a individui maschili.*
- *Che cos'è per me essere donna? Lo dico con le parole di Wislawa Szymborska, grande poetessa polacca insignita del Premio Nobel nel 1996: «Nell'eccessiva serietà vedo sempre qualcosa che fa un po' ridere».*
- *Credo che ancora non abbia capito a pieno, il valore dell'essere donna, ad oggi mi impegno a divenire e sentirmi una persona, a prescindere dal mio genere, realizzata. Credo che la vera sensazione del sentirmi donna la capirò nel momento in cui sarò madre perchè negli occhi della mia ci vedo l'amore e la dedizione che solo una madre può trasmettere ad un figlio.*
- *Essere donna oggi qui a Milano per me, 55 anni di vita liberamente vissuta da cittadina italiana, ha a che fare con un'ingombrante sensazione di privilegio. Sono una persona. Sono un essere umano di genere femminile. Lo posso dire. E posso viverlo nella prativa delle mie relazioni tra cui ho potuto liberamente scegliere. Quante lo possono fare? E quanto io sto facendo per raggiungere la mia goccia al mare di necessarie lotte, rivendicazioni e azioni, che si devono purtroppo ancora fare? Faccio, sì, qualcosa faccio. Medito, sì, e questo anche sono convinta che serva. Per contribuire a far risuonare la coscienza collettiva. Ma ancora è troppo poco. E quella sensazione di privilegio rimane a perenne monito*

- *Essere donna significa...avere la consapevolezza di scorgere un'anima in ogni sguardo che incroci nel mondo e sentire la responsabilità di partecipare a ogni progetto di vita!*
- *Essere donna per me è essere moglie ed essere madre, con tutta la gioia e le difficoltà che questo comporta ed è anche essere me stessa, scoprire ogni giorno la mia identità ed interiorità.*
- *Essere donna significa per me essere in continua trasformazione, vivere tante vite, quanti sono i ruoli rivestiti nella realtà.*
- *Negli ultimi mesi essere donna è stata anche la riscoperta della mia dignità di madre e ciò ha significato porsi davanti alle mie figlie con apertura e comprensione dei loro problemi e dei loro momento di crisi, ma anche chiedendo con fermezza a loro e a mio marito il rispetto della mia dignità di madre.*

Le prospettive future sono legate agli aspetti di prevenzione, che potrebbero essere monitorati per valutare le diversità, specificità ed efficacia. Inoltre uno degli ambiti su cui la ricerca potrebbe proseguire indubbiamente è relativo all'indagine sugli adolescenti, dal momento che spesso hanno rivestito anche nel contesto di questa ricerca un ruolo attivo e significativo, nell'accompagnare presso il Centro le donne con cui avevano un legame parentale, nel farsi portavoce di un disagio a cui talvolta gli adulti faticano a dar voce, creando ponte tra cultura del paese d'origine e quella della realtà in cui vivono oggi la propria quotidianità.



## BIBLIOGRAFIA

- Abidin R. R. (Curatore edizione italiana: Angela Guarino, Paola Di Blasio, Maria D'Alessio, Elena Camisasca, Grazia Serantoni), *PSI Parenting Stress Index - Forma breve*, Giunti O.S, 2008
- Affronti M., Bonciani M., Forcella E., Geraci S., Marceca M., Russo M. L., *Persone e Popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*. Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM-Torino, 11-14 Maggio 2016
- Agenas, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Progetto Nazionale, Accordo Ministero della Salute, 2013
- Agnew J.A., *Place and Politics*, Unwin Hyman, 1991
- Agustoni A., Alietti A., *Territori e pratiche di convivenza interetnica*, Franco Angeli, 2015
- Agustoni A., Alietti A., (a cura di) *Migrazioni, politiche urbane e abitative: dalla dimensione europea alla dimensione locale*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, 2011
- Ahlfs-Dunn S.M., Huth-Bocks A.C., *Intimate Partner Violence Involving Children and the Parenting Role: Associations with Maternal Outcomes*, Journal of Family Violence, 31(3), 2016
- Alietti A., Agustoni A., *Confini, distanze e legami: territori di immigrazione in Lombardia tra segregazione, inclusione e conflitto*, Mondi Migranti, 3, 2013
- Alietti A., Agustoni A., (a cura di) *Integrazione, casa e immigrazione. Esperienze e prospettive in Europa, Italia e Lombardia*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, 2013
- Aktar S., *A Third Individuation: Immigration, Identity and the Psychoanalytic Process*, Journal of the American Psychoanalytic Association, 43, 1994
- Alba R., Nee V., *Rethinking Assimilation Theory for a New Era of Immigration*, International Migration Review, 31 (4), 1997
- Almeda J. et al., *Ragões Rurais Perifericas: que Desenvolvimento? Uma Experiencia no Concelho de Almeida*. CAIS e CIES Editores, 1994
- Ambrosini M., *Sociologia delle migrazioni*, Nuova edizione, Il Mulino, 2011
- Ambrosini M. (2007) "Prospettive transnazionali. Un nuovo modo di pensare l'immigrazione?", in *Mondi Migranti*, n.2, pp. 43-90
- Ambrosini M. (2008), *Separate e ricongiunte: famiglie migranti e legami transnazionali*, www.caritas.it

Commentato [45/10-b3]: Generalmente viene utilizzato l'APA style

- Amin A., *Ethnicity and the Multicultural City: Living with Diversity*, Environment & Planning A, 34 (6), 2002
- Anderson J.C., Moore L.F., *Characteristics of Canadian volunteers in direct service*. Journal of Voluntary Action Research, 3, 1974
- Anthias F., *Beyond Feminism and Multiculturalism: Locating Difference and the Politics of Location*, Women's Studies International Forum, 25 (3), 2002
- Anzieur D., *L' Io-Pelle*, Borla, 2007
- Arcidiacono C., *Volontariato e legami collettivi*, Franco Angeli, 2004
- Armstrong K.L., *How can we avoid Burnout?* In Lauredale M.L., 1977a
- Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti, *Curare (non) è permesso. Indagine sull'accesso alle cure per i cittadini stranieri irregolari negli ospedali milanesi*, a cura di Naga, Fondazione Ismu, 2015
- Augè M., *Non-lieux*. Seuil, 1992
- Balsamo F., *Da una sponda all'altra del mediterraneo: Donne immigrate e maternità*, Harmatan Italia, 1991
- Balsamo F., *Famiglie di migranti. Trasformazione dei ruoli e mediazione culturale*, Carocci, 2003
- Bard M., Sangrey D., *The crime victim's book (2nd ed.)*, Brunner/Mazel, 1986
- Bastiani F., Saurel-Cubizolles M.-J., Romito P., *Donne vittime di violenza da parte del partner: quali strade per chiedere aiuto?* Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza, 9(2), Maggio-Agosto 2017
- Batson C.D., *Altruism and prosocial behavior*. Handbook of social psychology, vol. 2,4, McGraw Hill, 1998
- Bauman Z., *Voglia di comunità*, Laterza, 2001
- Bauman Z., *La società individualizzata*, Il Mulino, 2002
- Bauman Z., *Modernità liquida*, Laterza, 2002
- Bauman Z., *Amore liquido*, Laterza, 2004
- Bauman Z., *Homo consumens*, Erickson, 2007
- Bauman Z., *Modus vivendi*, Laterza, 2007
- Bauman Z., *Consumo, dunque sono*, Laterza, 2008
- Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, 2008
- Bauman Z., *Capitalismo parassitario*, Laterza, 2008
- Bauman Z., *L'etica in un mondo di consumatori*, Laterza, 2010

- Bauman Z., *Modernità e ambivalenza*, Bollati Boringhieri, 2010
- Bauman Z., *Stranieri alle porte*, Edizioni Laterza, 2016
- Baumann G., *L'enigma multiculturale*, Il Mulino, 2003
- Beck U., *La società cosmopolita. Prospettive dell'epoca post-nazionale*, Il Mulino, 2003
- Bellagamba G., Cariti G., *La nuova disciplina dell'immigrazione*, Giuffrè, 2008
- BeLue R., Halgunseth L.C., Abiero B., Bediako P., *Maternal health status and parenting stress in low-income, ethnic-minority mothers of children with conduct disorder problems: The role of daily parenting hassles*, Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2(4), 2015
- Benko G., *Introduction, Modernity, Postmodernity and the Social Science*, in G. Benko, U. Strohmayer (a cura di), *Space, and Social Theory, Interpreting Modernity and Postmodernity*, Blackwell, 1997
- Berger L.P., Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, 1969
- Berry J.W., Pinney J.S., Sam D.L. Vedder P., *Immigrant Youth in Cultural Transition*, Lawrence Erlbaum Associates, 2006
- Berti P., "Comportamento prosociale e volontariato: identità e rappresentazioni sociali" tesi di dottorato non pubblicata, Università di Bologna, 2003
- Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P., *I programmi di Life skills education (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della salute*, Psicologia della salute, 3, 1999
- Bhabha H.K., *I luoghi della cultura*. Meltemi, 1994
- Bigras M., Lafreniere P. J., Abidin R.R., *Indice de stress parental*. Toronto, Multi-health Systems, 1995
- Bimbi F., *Interventi di contrasto del disagio femminile e di sostegno alle relazioni di cura*, in *Infanzia e adolescenza. Diritti e opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge 285/1997*, Centro Nazionale di documentazione e analisi, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento affari sociali, 1998
- Biondi Dal Monte F., *I diritti sociali degli stranieri tra frammentazione e non discriminazione. Alcune questioni problematiche*, Istituzioni del federalismo, 5, 2008
- Blegler E., *The basic of neurosis: on regression and psychic masochism*, Grune e Stratton, 1949
- Blangiardo G.C., *Gli immigrati in Lombardia. Rapporto 2015*, ISMU-ORIM, 2016

Formattato: Inglese (Regno Unito)

- Bloom M., Gullotta T.P., *Evolving definitions of primary prevention*, in Gullotta T.P., Bloom M., *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*, Kluwer Academic Plenum, 2003
- Bocaccin L., *Terzo settore: Mille volti del caso italiano*, Vita e Pensiero, 1997
- Bohra, N., Sharma, I., Srivastava, S., Bhatia, M., Chaudhuri, U., Parial, S., Kataria, D., *Violence against women*, *Indian Journal of Psychiatry*, 57, 2015
- Bonetti P., Pastore M., Melica L., Gualandi F., *Sanità, istruzione, alloggio e integrazione*. In Nascimbene B. (a cura di) *Diritto degli stranieri*. Cedam, 2004
- Bonino S., Lo Coco A., Tani F., *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*, Giunti, 1998
- Braibanti P., *Orizzonti e nodi critici della Psicologia della salute*, in Braibanti P., *Pensare la salute, Orizzonti e nodi critici della Psicologia della salute*, Franco Angeli, 2003
- Bramhall M., Ezell S., *How agencies can prevent burnout*, *Public Welfare*, 39, 1981
- Bramhall M., Ezell S., *How burned out are you?* *Public Welfare*, 39, 1981a
- Bramhall M., Ezell S., *Working your way out of burnout*, *Public Welfare*, 39, 1981b
- Briere, J., Jordan, C.E., *Violence against women: Outcome complexity and implications for treatment*. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 2004
- Bronfenbrenner U., *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, 1979
- Burisch M., *A longitudinal study of burnout: the relative importance of disposition and experience*, *Work e stress*, vol. 16 (1), 2002
- Candura S.M., Argentero P., Bruni A., Fiabane E., Scafa F., *La valutazione del rischio stress negli operatori sanitari: inquadramento del problema ed esperienze applicative*, *Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 32(3), 2010
- Caprara G., *La valutazione dell'autoefficacia*, Erikson, 2001
- Caprara G.V., Borgogni L., *Stress e organizzazione del lavoro*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1988
- Caprara G.V., Fonzi A., *L'età sospesa*, Giunti, 2000
- Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, 1964
- Caritas e Migrantes, *XXV Rapporto Immigrazione 2015. La cultura dell'incontro*, 2016
- Carli R., Paniccia R.M. *L'analisi emozionale del testo (AET) e il caso K come impostare una verifica*, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2007

Formattato: Inglese (Regno Unito)

- Caselli M., *Gli immigrati e le loro associazioni in Lombardia. Un aggiornamento del monitoraggio*, in Fondazione Isum, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, Rapporto 2014. Gli immigrati in Lombardia, 2015
- Caselli M., Grandi F., *Il monitoraggio delle associazioni di immigrati in Lombardia: un aggiornamento*, in Fondazione Isum, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, Rapporto 2012. Gli immigrati in Lombardia, 2013
- Caselli M., Marini F., *Le associazioni di immigrati in Lombardia. La presenza sul territorio e la presenza sul web*, in Cesareo V. (a cura di), Rapporto 2015. Gli immigrati in Lombardia, Eupolis, 2016
- Castiglioni M., *La mediazione-linguistico culturale. Principi, strategie, esperienze*. Franco Angeli, 1998
- Castiglioni M., *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*. Franco Angeli, 2001
- Castles S., Miller M.J., *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*. Palgram McMillian, 2009, trad. it. L'era delle migrazioni, Odoya, 2012
- Catanzaro S.J., *Mood regulation expectancies, anxiety, sensitivity, and emotional distress*, Journal of Abnormal Psychology, 102, 1993
- Catanzaro S.J., Mearns J., *Mood-related expectancy, emotional experience and coping behavior*, in Kirsch I. (Ed.), Expectancy, experience and behavior, American Psychological Associations, 1999
- Cattaneo M.L., Del Verme S., *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*. Introduzione di Marie Rose Moro. Unicopoli, 2005
- Cesareo V., Bichi R., (a cura di) *Per un'integrazione possibile. Periferie urbane e processi migratori*, Franco Angeli, 2010
- Cesareo V., (a cura di) *Rapporto 2015. Gli immigrati in Lombardia*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, 2016
- Cherniss C., *Professional burnout in human service organizations*, Praeger, 1980
- Cherniss C., *Staff Burnout: job stress in the human service*, Sage Publ., 1980
- Cherniss C., *La sindrome del burnout: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi sociosanitari*, Centro Scientifico Torinese, 1983
- Cherniss C., *Long-term consequences of burnout: an exploratory study*, Journal of Organizational Behaviour, 13, 1992

- Cherniss C., *Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout*. In Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (eds), *Professional burnout: recent developments in theory and research*, Hemisphere, 1993
- Clary E.G., Ridge D.R., Stukas A.A., Snyder M., Copeland J., Haugen J., Miene P., *Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1998
- Colasanto M., Marcaletti F., (a cura di) *Immigrazione e mercati del lavoro: gli impatti della crisi in Lombardia. Rapporto 2010*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, 2011
- Colombo E., *Rappresentazioni dell'Altro. Lo straniero nella riflessione sociale occidentale*, 1999
- Colombo E., *Crossing Differences: How Young Children of Immigrants Keep Everyday Multiculturalism Alive*. *Journal of Intercultural Studies*, 31 (5), 2010
- Colombo E., *Le società multiculturali*. Carrocci Editore, Nuova edizione, 2011
- Colombo M., *Madri, mogli, badanti, studentesse: il volto femminile della presenza straniera a Brescia*, Vita e Pensiero, 2012
- Comolli G.M., *Volontariato perché sì e quando no*. Gabrielli editori, 2001
- Consolini L., *La sindrome del Burn-out nei servizi psichiatrici*, In Contessa G. (1987), 1987
- Cournoyer B., *Personal and professional distress among social caseworkers*. In, *Social Casework*, 69, 1988
- Crang M., *Cultural Geography*, Routledge, 1998
- Daher L.M., *Migranti di seconda generazione. Nuovi cittadini in cerca di un'identità*. Aracne, 2012
- Davis W.M., *Psychofarmacologic violence associated with cocaine abuse: Kindling of a limbic dyscontrol syndrome?* *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 20(8), 1996
- Dejours C., *Il corpo tra biologia e psicoanalisi*, Borla, 1998
- Delisle H. F., *Poverty*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 2008
- De Lorenzo F., Ballatori E. et al., *Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study*, *Annals of Oncology*, 2004
- Del Rio G., *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi e rimedi del burnout*, NIS, 1990
- De Zulueta F., *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina, 2009

- Derveureux G., *Autochtones et immigrés en quartier populaire*, Armando, 1978
- Devries K.M., Mak J.Y., Bacchus L.J., Child J.C., Falder G., Petzold M., Astbury J., Watts C.H., *Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies*, PLoS medicine, 10(5), 2013
- Devries K.M., Mak J.Y.T., García-Moreno C., Petzold M., Child J.C., Falder G., Lim S., Bacchus L.J., Engell R.E., Rosenfeld L., Pallitto C., Vos T., Abrahams N., Watts C.H., *The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women*, Science, 340(6140), 2013
- Di Nuovo S., Licciardello O., *Immigrazione e intercultura. Il contributo della psicologia*, in Kaczynski G.J. (a cura di) *Il paesaggio multiculturale*, Franco Angeli, 2008
- Di Pietro M., Rampazzo L., *Lo stress dell'insegnante: strategie di gestione attiva*, Erikson, 1997
- Di Prospero B., *Il futuro prolungato. Introduzione alla psicologia della terza età*. Crocci, 2004
- Dutton M.A., *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*, Springer, 1992
- Dwairy M., *Counselling e psicoterapia con arabi e musulmani. Un approccio culturalmente sensibile*, Ed. it. a cura di Ancora A., Franco Angeli, 2015
- East J.F., Roll S.J., *Women, Poverty, and Trauma: An Empowerment Practice Approach*. Soc Work 60 (4), 2015
- Ehrenreich B., Hochschild A.B., *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Feltrinelli, 2004
- Emmer P.C., *Intercontinental Migration in a World Historical Process*, European Review, 1 (1), 1993
- Endler N.S., Parker J.D.A., *Coping Inventory for Stressful Situations: Manual*, Multi-Health System, 1990
- Endler N.S., Parker J.D.A., *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*, Journal of Personality and Social Psychology, 1990
- Entrikin J. N., *The betweenness of place. Towards a geography of modernity*, The John Hopkins University Press, 1991
- Eures, *Secondo rapporto Eures sul femminicidio in Italia, Caratteristiche e tendenze*, 2013
- European Commission, *Migrant Access to social security and health care: policies and practice European Migration, Network Study 2014-2015*

- European Parliament, *The public health dimension of the European migrant crisis*, 2016
- Evans C., Mellor-Clark J., Margison F., Barkham M., Audin K., Connell J., McGrath G., *CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation*, Journal of Mental Health, 9, 2000
- Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K., *Towards a standardized brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM*, British Journal of Psychiatry, 180, (1), 2002
- Fabietti U., *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*. NISS, 1995
- Fagan B.M., *The Journey from Eden: The Peopling of Our World*. Thames and Hudson, 1990
- Fainsilber Katz L., Low S.M., *Marital Violence, Co-Parenting, and Family-Level Processes in Relation to Children's Adjustment*, Journal of family psychology, 18 (2), 2004
- Favaro G., Tognetti Bordogna M. (a cura di ) (1990), *Le mille e una donna. Donne migranti: incontri di culture*, Comune di Milano Presidenza, Centro Azione Milano Donne, Comune di Milano, Milano
- Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Politiche sociali e immigrati stranieri*, La Nuova Italia Scientifica, 1989
- Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Donne dal mondo*, 1991
- Favaro G., *L'una e l'altra. I diversi volti dell'immigrazione femminile in Italia*. Centro Come, 1995.
- Ferrari A., *L' eclisse del corpo. Una ipotesi psicoanalitica*. Borla, 1992
- Ferrari G., *Misure di prevenzione primaria e secondaria del rischio burnout*, in Chirico F., Ferrari G., *Il Burnout nella scuola*, Edizioni Ferrari Sinibaldi, 2014
- Filippini S., *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*, Franco Angeli, 2005
- Foucault M., *Nascita della Clinica*, Einaudi, 1969
- Forgays D. K., *Parenting stress in Italian employed and at home mothers*. Relazione non pubblicata, University of Vermont, 1993
- Forgays D. K., Hasazi J. E., Wasserman R.C. Recurrent otitis media and parenting stress in mothers of two-year-old children, Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 13, 1992
- Frazier P.A., *Victim attributions and post-rape trauma*. Journal of Social Psychology, 59, 1990

- Freud S., *A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"*, Bollati Boringhieri, 1895
- Freud S., *Lutto e melanconia*, Bollati Boringhieri, 1921
- Freud S., *Il disagio della civiltà*, Boringhieri, 2003
- Freudenberger H.J., *Staff Burnout*, Journal of Social Issues, 30, 1974
- Freudenberger H.J., *Burn-out, doubleday*, Anchor Press, 1980
- Freudenberger H.J., *Contemporary issues*, Trends and Concerns, In Farber B.A. (1983), 1983
- Friedrich M. J., *Violence Against Women*, JAMA, 310 (7), 2007
- Fusco-Karmann C., Gangeri L., Tamburini M., Tinini G., *Italian Consensus on a Curriculum for Volunteer Training in Oncology*, Journal of Pain and Symptom Management, 1996
- Fusco-Karmann C., Tamburini M., Suprani A., Santosuosso A., *The code of conduct the volunteer*, Support Care Cancer, 1998
- Furstenberg A., Olsen M.M., *Preventing Burnout Among Social Workers Employed in the Field of AIDS/HIV*, The Journal of Health Care Social Work, 1990
- Galli C.M., Ceruti M., Pievani T., *Pensare la diversità. Per un'educazione alla complessità umana*. Meltemi, 1998
- Giddens A., *The Consequences of Modernity*. Polity Press, 1990
- Giomi E., *Tag femminicidio. La violenza letale contro le donne nella stampa italiana*, Problemi dell'informazione, Anno XL, 3, 2015
- Goldberg D., *Manual of the General Health Questionnaire*, NFER Publishing, 1978
- Greenberg M.S., Ruback R.B. *After the Crime: Victim Decision Making*. Plenum Press, 1992
- Grimberg L., *Colpa e depressione. Letture psicoanalitiche*. Il Formichiere, 1964
- Grimberg L., Grimberg R. *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*, Franco Angeli, 1984
- Guarino A., Di Blasio P., D'Alessio M., Camicasca E., Serantoni G., *Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.)*, Giunti O.S., 2008
- Gunthert K.C., Armeli S., Cohen L.H., *The role of neuroticism in daily stress and coping*, Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1999
- [Habermas J., Taylor C., \*Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento\*, Feltrinelli, 1998](#)

Formattato: Inglese (Regno Unito)

- Heifetz L.J., Bersani H.A., *Disrupting the cybernetics of personal growth toward a unified theory of burnout in the human services*. In Farber B.A. (1983), 1983
- Heise L. L., Raikes A., Watts C. H., Zwi A. B., *Violence against women: A neglected public health issue in less developed countries*, Published by Elsevier Ltd, 1994
- Henderson M., *Self-reported assertion and aggression among violent offender with high or low level of overcontrolled hostility*, *Personality and Individual Differences*, 4, 1983
- Heritier F., *Maschile e Femminile. Il pensiero della differenza*. Laterza, 1997
- Hobbfol S.E., *The ecology of stress*, Hemisphere, 1988
- Hobbfol S.E., *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress*, *The American Psychologist*, 44, 1989
- Hondagneu-Sotelo P. (2003). "Gender and Immigration. A Retrospective and Introduction", in *Gender and US Immigration. Contemporary Trends*, University of California, Los Angeles
- IDOS, *Dossier statistico immigrazione*, 2016
- INMP, *Paziente multietnico*, 2016
- IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri, *Consigli pratici per la gestione dello stress*, A cura del Servizio di Psicologia – Divisione di Cardiologia, 2008
- ISTAT, *Rapporto annuale 2014. La situazione del Paese*, 2014
- ISTAT, *Tutela della salute e accesso alle cure anno 2013*, 2014
- ISTAT, *La violenza contro le donne: dentro e fuori la famiglia*, 2015
- ISTAT, *Rapporto Bes 2015: il benessere equo e sostenibile in Italia*, 2015
- ISTAT, *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015*, Statistica report, 2016
- ISTAT, *La povertà in Italia*, 2016
- ISTAT, *Rapporto Annuale 2016. La situazione del paese, 2016*. (www.istat.it), 2016
- Izugbara C.O., Ngilangwa D.P., *Women, poverty and adverse maternal outcomes in Nairobi, Kenya*, *BMC Women's Health*, 10, 33, 2010
- Karadole, C., *Anti-violence centers and shelters in Italy: history and meaning of women's struggles against male violence*. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18, 2012
- Kassel J.D., Jackson S.I., Unrod M., *Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students*, *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 2000

- Kellermann A., Mercy J.A., *Men, women, ad murder: gender – specific differences in rates of fatal violence and victimization*, The Journal of Trauma, 33(1), 1992
- Kilpatrick D.G., Acierno R., Saunders B., Resnick H.S., Best C.L., Schnurr P.P., *Risk factors for adolescent substance abuse and dependence. Data from a national sample.* J Consult Clin Psychol; 68(1), 2000
- King R., *Verso una nuova tipologia delle migrazioni europee. La critica* Sociologica, 2003
- Krantz G., Garcia-Moreno C. *Violence against women*, Journal of Epidemiology & Community Health, 59, 2005
- Krauss H.H., *Perspective on violence*, Annals of the New York Academy of Sciences, 1087(1), 2006
- Knous-Westfall, Heather M., Ehrensaft M. K., Watson MacDonell K., Cohen P., *Parental Intimate Partner Violence, Parenting Practices, and Adolescent Peer Bullying: A Prospective Study*, Journal of Child and Family Studies, 21(5), 2012
- Lagomarsino F., *Episodi di approdi di genere. Famiglie transazionali e nuove migrazioni dall' Ecuador*, Franco Angeli, 2006
- Lazarus R.S., Folkman S., *Coping and adaptation*, In Gentry W.D., The handbook of behavioural medicine, Guildford, 1984
- Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publications, 1984
- Leff J., *Psichiatria e Culture. Una prospettiva transculturale.* Edizioni Sonda, 1992
- Leite F.M.C., *Violence against women*, Espirito Santo, Brazil, Revista de saúde pública. (0034-8910), 51 (0), 2017
- Leiter M.P., *Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team*, Group and Organization Studies, 13, 1988
- Leiter M.P., *Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns*, Journal of organizational Behaviour, 12, 1991
- Leiter M.P., *Burnout as a developmental process: Consideration of models.* In Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research, Taylor e Francis, 1993
- Lewin K., *Action research and minority problems*, in G.W. Lewin (Ed.) Resolving Social Conflicts, Harper & Row, 1946
- Lewin K., *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*, Franco Angeli, 1948
- Lewin K., *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, 1951

- Lombardi L., *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, Autonomie locali e servizi sociali, 2, 2016
- Lombardi L., *Salute e benessere della popolazione immigrata. Stili di vita e accesso ai servizi per la salute*, in Cesareo V. (a cura di), *Gli immigrati in Lombardia*, Eupolis, 2016a
- Lombardi L., Merotta V., Pasini N., Pullini A., *La salute degli immigrati in Lombardia*, in Cesareo V. (a cura di), *Gli immigrati in Lombardia*, Eupolis, 2016a
- Lombardi L., *Genere, salute e politiche sociali in Europa. La salute delle donne migranti tra diritti, accesso ai servizi, diseguaglianze*, ISMU, 2016b
- Losi N., *Vite altrove: migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, 2000
- Loucks L. A., Shaffer A., *Joint relation of intimate partner violence and parenting stress to observed emotionally unsupportive parenting behavior*, *Couple and family psychology*, 3 (3), 2014
- Lucidi F., Grano C., *Motivazioni e determinanti alla base del volontariato nelle persone anziane*, *Relazioni solidali*, 2, 2005
- Maciotti M.I., Pugliese E., *L'esperienza migratoria. Immigrati e rifugiati in Italia*, Laterza, 2010
- Magnavita N., *Questionnaires for psychosocial risk assessment at work*, *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 30, 2008
- Mantovan C., *Cohesion without participation: immigration and migrants' associations in Italy*, *Patterns of Prejudice*, 47(3), 2013
- Marazzi A., *Voci di famiglie immigrate*, Fondazione Ismu, Iniziative e Studi sulla Multietnicità, Franco Angeli, 2012
- Mariani A., Falaschi E., Farahi F., *L'agire pedagogico e la comunicazione formativa per prevenire il Burnout*, in *Professione Formazione*, 8, 2017
- Marsicano S., *Il volontariato professionale*. *Pedagogika.it*, 23, 2001
- Marta E., *Comportamento prosociale, relazione genitori-figli e azione volontaria dei giovani. Una analisi esplorativa*. Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, Università Cattolica del Sacro Cuore, 1999
- Martelli S., *Dal vecchio mondo al sogno americano. Realtà e immaginario dell'emigrazione nella letteratura italiana*, in *Storia dell'emigrazione italiana*, 2000
- Martín-Baena D., Montero-Piñar I., Escribà-Agüir V., Vives-Cases C., *Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences*, *Family Practice*, 32(4), 2015

- Maslach C., *Burned-out*, Human Behaviour, 5, 1976
- Maslach C., *Job Burn-out: How people cope*, Public Welfare, 36, 1978
- Maslach C., *Burnout: the cost of caring*, Prentice-Hall, 1982
- Maslach C., *La sindrome del burnout: Il prezzo dell'aiuto agli altri*, ed. Cittadella, 1992
- Maslach C., *A multidimensional theory of burnout*, in Cooper C.L., Theories of organizational stress, Oxford University Press, 1998
- Maslach C., *What have we learned about burnout and health?* Psychology and Health, 2001
- Maslach C., *Job burnout: new directions in research and intervention*, Current Directions in Psychological Science, 13, 2003
- Maslach C., Jackson S.E., The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, 2, 1981
- Maslach C., Jackson S.E., *The role of sex and family variables in burnout*, Sex Roles, 1985
- Maslach C., Jackson S.E., MBI: Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologist Press, 1986
- Maslach C., Jackson S.E. *MBI, Maslach Burnout Inventory: Manuale*, adattamento italiano a cura di Sirigatti S. e Stefanile C., Organizzazioni Speciali, 1993
- Maslach C., Jackson S.E., *Maslach burnout inventory manual*, Third Edition, Consulting Psychologists Press, 1996
- Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., *Maslach Burnout Inventory*. In Zalaquett C.P., Wood R.J. (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*, The Scarecrow Press, 1997
- Maslach C., Leiter M.P., *The Truth About Burnout*, Jossey-Bass, 1997
- Maslach C., Leiter M.P., *Burnout e organizzazione*, Edizioni Centro Studi Erickson, 2000
- Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M.P., *Job burnout*, *Annual Review of Psychology*, 52, 2001
- Massey D., Jess P., *Luoghi, culture e globalizzazione*. UTET, 2001
- Mearns J., *Coping with breakup: Negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship*, Journal of Personality and Social Psychology, 60, 1991

- Mearns J., Cain J., *Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Role of coping and negative mood regulation expectancies*, *Anxiety, Stress and Coping*, 16(1), 2003
- Mehrabian A., *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*, unpublished, 1996
- McGrew A. *A Global Society?* In S. Hall, D. Held, A McGrew (a cura di) *Modernity and its Futures*, Polity Press, 1992
- Ministero della Salute, *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*, 2015
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Sesto rapporto annuale. I migranti nel mercato del lavoro in Italia*, a cura della Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, 2016a
- Mitchell D., *Cultural Geography. A Critical Introduction*. Blackwell, 2000
- Moro M.R., *Bambini migranti in cerca di aiuto*, Torino., Utet, 1998
- Moro M.R., "Principi di base dell'approccio etnopsicoanalitico alla salute e alla domanda di cure delle persone migranti", *Atti del Seminario Introduttivo alla clinica transculturale*, Milano, 2004
- Morrone F., *La violenza contro le donne migranti, tra strumenti normativi di cooperazione e prassi internazionale*, *Diritti umani e diritto internazionale*, 7(1), 2013
- Moscovici S., *La relazione con l'altro*, Cortina, 1997
- Mottana P., "Nostalgia e avventura", *Relazione al Convegno Imparare Errando*, 1996
- Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, 1989a
- Nathan T., *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri, 2003
- Omoto A.M., Snyder M., *Sustained helping without obligation: motivation: longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers*. *Journal of personality and social psychology*, vol.68, 4, 1995
- ORIM, Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità. *Rapporto 2016. L'immigrazione Straniera In Lombardia*, Eupolis, 2017
- Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M., *Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM)*, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 2009

Formattato: Inglese (Regno Unito)

- Palmieri G., Reitano F., *La valutazione degli esiti degli interventi psicologici e il questionario COME-OM. Outcome evaluation of psychological interventions. The CORE-OM questionnaire*, Rivista sperimentale di freniatria, 2014
- Pangrazzi A., *Il gruppo: luogo e crescita*, Ed. Camilliane, 2000
- Parrenas R. (2001), *Servant of Globalization. Women, Migration and Domestic Work*, Stanford University Press, Stanford
- Parrenas R. (2005), *Children Of Global Migration: Transazional Families and Gendered Woes*, Stanford University Press, Stanford
- Pasini N., Merotta V., *La Salute in Fondazione Ismu*, Diciannovesimo rapporto sulle MI-grazioni 2013, Franco Angeli, 2013
- Pearce J.L., *Volunteers: The organizational behavior of unpaid workers*, Routledge, 1993
- Pearson V., Chan T.W.L., *The relationship between parenting stress and social support in mothers of children with learning disabilities: a chinese experience*. Social Science e Medicine, 37, 1993
- Pedagogika. Erranze e Migrazioni, Rivista di Educazione, formazione e cultura, 2010
- Piccinelli M., Bisoffi G., Bon M.G., Cunico L., Tansella M., *Validity and test-retest reliability of the italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods*, Comprehensive Psychiatry, 34(3), 1993
- Pines A.H., *Burnout: a current problem in pediatrics*. In, Current problem in pediatrics, Aprile, 1981
- Pines A.H., Maslach C., *Characteristic of staff burnout in mental health settings*. In: Hospital and community psychiatry, 1978
- Pines A.H., Aronson E., Kafry D., *Burnout: Causes and Cures*, Free Press, 1988
- Pines A., *Burnout: an existential perspective*. In Schaufeli W. B., Maslach C., Marek T. (eds), Professional burnout: recent developments in theory and research, Hemisphere, 1993
- Piperno F. (2007), "L'altra faccia del nostro welfare: il drenaggio di cura nei Paesi di origine". In *Studi Emigrazione*, n.168, pp. 947-967
- Piperno F. (2008), *Migrazioni di cura: l'impatto sul welfare e le risposte delle politiche*, Working Papers 40, Crespi, Roma

- Piperno F., Tognetti Bordogna M. (A cura di) (2012), *Welfare transnazionale*, Ediesse, Roma
- Pisanti R., Bertini M., Lucidi F., *Stress lavorativo e strategie di coping: effetti sul burnout in un gruppo di insegnanti*, Franco Angeli, 2001
- Platone, *Apologia*, 37-38 a.c., trad. it. di M. Valgimigli, in *Opere complete*, a cura di G. Giannantoni, Laterza, 1971
- Ponzio I., Zincone G., *Immigrati: servizi uguali o diversi?* Carrocci, 2010
- Prosperi C. I., *Diritti sociali dei cittadini stranieri nella Costituzione*, Gli stranieri. Rassegna di Studi e giurisprudenza, 2, 1998
- Randhawa R., *Una vecchia signora malvagia*, Giunti, 1996
- Reale E., *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol I, La risposta dei servizi sanitari*, Franco Angeli, 2011
- Reale E., Sardelli V., *The Mental Health Consequences of Violence and the Responses of the Health Sector*, in WHO, Family and Reproductive Health, Report of the first technical meeting, European Strategies to Combat Violence against Women, 1998
- Regoliosi L., *La prevenzione del disagio giovanile*, La Nuova Italia Scientifica, 1994
- Relph E., *Place and Placelessness*. Pion, 1976
- Relph E., *Place*. In I. Douglas, R. Hugget, M. Robinson (a cura di), *Companion Encyclopedia of Geography: The Environment and Humankind*, 1996
- Renner L. M., *Intimate Partner Violence Victimization and Parenting Stress: Assessing the Mediating Role of Depressive Symptoms*. *Violence Against Women*, 15(11), 2009
- Renner L. M., Boel-Studt S., *The Relation Between Intimate Partner Violence, Parenting Stress, and Child Behavior Problems*, *Journal of Family Violence*, 2013
- Romito P., Molzan Turan J., De Marchi M., *The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health*. *Soc Sci Med*, 60(8), 2005
- Ross S.M., *Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents*. *Child Abuse & Neglect*, 20(7), 1996
- Rossati A., Magro G., *Stress e burnout*, Carocci, 1999
- Rossi E., *C'è dono e dono*. *Rivista del volontariato*, 9, 1997
- Ruback R.B., Thompson M.P., *Social and Psychological consequences of Violent Victimization*. Sage Publications, 2001

- Rutter M., *I disturbi psicosociali dei giovani. Sfide per la prevenzione*, Armando Editore, 2002
- Salomone S., *Cambiamento del modello migratorio femminile e rimesse*, Rubettino, 2014
- Santinello M., Furlotti R., *Servizi territoriali e rischio di burnout*, Giuffrè, 1992
- Santone G., Madonia L., Spina A., Benedetti P., Naierh N., Tekeste S., *Salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo*, in Affronti M., Bonciani M., Forcella E., Geraci S., Marceca M., Russo M.L., *Persone e Popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM-Torino, 11-14 Maggio 2016*
- Santos S., *Adaptacao portuguesa, para criancas em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares*, Revista Portuguesa de Psicologia, 28, 1992
- Satyanarayana V.A., Chandra P.S., Vaddiparti K., *Mental health consequences of violence against women and girls*, Current Opinion in Psychiatry, 28(5), 2015
- Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Schaubroeck J., Ganster D.D., Fox M.L., *Dispositional affect and work-related stress*, Journal of Applied Psychology, 11, 1992
- Scheppele K.M., Bart P.B., *Through Women's Eyes: Defining Danger in the Wake of Sexual Assault*. Journal of Social Issues, 39(2), 1983
- Scott F.D., *Migration in the Dynamics of History*, in F.D. Scott (a cura di) *World Migration in Modern Times*. Prentice-Hall, 1968
- Seamon D., *A Geography of the Lifeworld*, Croom Helm, 1979
- Seyle H., *The Stress of Life*, Paperback, McGraw Hill, 1978
- Shakespeare W., *Amleto*, Einaudi, 1963
- Shayegan D., *Le choc de civilisations*, Esprit, 1996
- Smith A., *The Ethnic Origins of Nations*, Blackwell, 1986
- Smith D.M., *Introduction: the sharing and dividing of Geographical Space*, in M. Chisolm, D.M. Smith (a cura di) *Shared Space, Divided Space*, Unwin Hyman, 1990
- Solis M., *A cross-cultural comparison of patterns of stress*. Tesi di dottorato non pubblicata, University of Virginia, 1990
- Stark O., Bloom D. (1985), "The New Economics of Labor Migration", in *American Economic Review*, n.2, pp. 173-178

- Sutherland C.A., Bybee D.I., Sullivan C.M., *Beyond bruises and broken bones: The joint effects of stress and injuries on battered women's health*. American Journal of Community Psychology, 30(5), 2002
- Terranova Cecchini R., Tognetti Bordogna M., *Migrare: Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, culturali e d'accoglienza*, Franco Angeli, 1992
- Tognetti Bordogna M., *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*. Franco Angeli, 2012
- Tognetti Bordogna M., Rossi P. (2016), *Salute e inclusione Sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano
- Transforini M.A., *Psicologi e supervisione: percorsi di professionalizzazione nei servizi*, Franco Angeli, 1994
- Tuan Y.F., *Space and Place: Humanistic perspectives*, Progress in Geography, 6, 1974a
- Tuan Y.F., *Topophilia. A study of Environmental Perception, Attitudes and Values*, Prentice-Hall, 1974b
- Vianello F.A. (2009), *Migrando sole*, FrancoAngeli, Milano
- Vicarelli M.G. (a cura di) (1994), *Mani invisibili*, Ediesse, Roma
- Violini L., *Assistenza sociale*, Dizionario di Diritto Pubblico (diretto da Cassese S.), Giuffrè, 2006
- Volpi C., Girelli G., Contesini A., *Il burnout nelle professioni d'aiuto: modalità di intervento ed esperienze di prevenzione*. In Francescano D., Leone L., Traversi M., *Oltre la psicoterapia*, Nis, 1993
- WHO, World Health Organization, *Ottawa charter for health promotion*, 1986
- World Health Organization, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO, Clinical and policy guidelines, 2013
- Yeats W. B., *L'opera poetica*, Vol. 2, 1904-1914, Book Editore, a cura di Franzini C., 2015
- Ziaei S., Frith A.L., Ekström E.C., Naved R.T., *Experiencing Lifetime Domestic Violence: Associations with Mental Health and Stress among Pregnant Women in Rural Bangladesh: The MINIMat Randomized Trial*, PLoS ONE, 11(12), 2016
- Zanfrini L., *Il lavoro*, in Fondazione Ismu, *Diciannovesimo Rapporto sulle migrazioni*, Franco Angeli, 2013
- Zanfrini L., *Sociologia delle migrazioni*, Nuova Edizione, Laterza, 2014
- Zanfrini L., *Introduzione alla sociologia delle migrazioni*, Editori Laterza, 2016

- Zani B., Cicognani E., *Le vie del benessere*, Carocci, 1999
- Zani B., Palmonari A., *Manuale di psicologia di comunità*, Il Mulino, 1996

#### **SITOGRAFIA**

- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), *I numeri del cancro 2016*, <http://www.aiom.it/default.asp>, 2016
- Ciervo A., *I diritti sociali dei migranti*, Rivista Associazione Italiana dei costituzionalisti, 00, pubblicato sul sito: [www.associazioneitalianadeicostituzionalisti.it](http://www.associazioneitalianadeicostituzionalisti.it), 2010
- Epicentro, <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DocumentazioneItalia.asp>
- European Observatory on Health Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/en/about-as/partners/obstervatory>
- Iom, *World Migration Report 2011*, <http://pubblicazione.iom.it>
- Levriero A., *La qualità nelle strutture ospedaliere: cosa significa, cosa comporta*, Editmabi.com, 1999
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015,2016* <http://www.osservasalute.it/index.php/home>
- Onu, *International Migration Report 2015, 2016*, <http://www.un.org>
- SIMM: [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

