MIRIAM
Free Migrant Women from GBV

This project is funded by the European Union's
Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)

REPORT
La salute mentale delle donne migranti vittime di GBV: prassi promettenti nel contesto della pandemia

GENNAIO 2022

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea
Questo Report è stato finanziato dal Fondo per i Diritti, l'Uguaglianza e la Cittadinanza dell'Unione europea. Il contenuto della presente relazione rispecchia esclusivamente le opinioni degli autori, di cui sono i soli responsabili. La Commissione europea non può essere ritenuta responsabile per l'uso che potrà essere fatto delle informazioni in esso contenute.

Autrici
Irene Ciambezi, Giulia Musicò, Martina Taricco

Ringraziamo Giorgio Magnani, psichiatra co-fondatore della Scuola di PolisAnalisi, ed Ezio Nobili della Comunità Papa Giovanni XXIII, Giustizia internazionale ed europea, per il prezioso contributo.

Responsabili di progetto
Irene Ciambezi, Giorgia Stefani

Gruppo di ricerca
Irene Ciambezi, Giulia Fioravanti, Angela Sanchez, Enkolina Shqau, Chiara Spampinati

Grafico
Andrea Silvestri

Per informazioni
progetti@apg23.org

Organizzazioni coinvolte nella raccolta delle buone prassi

Questo strumento è stato realizzato nell'ambito del progetto europeo *MIRIAM. Free Migrant Women from GBV, through identification and access to specialized support service* [REC-RDAP-GBV-AG-2020]. Si tratta di un progetto finanziato dal Programma Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza dell'Unione Europea, finalizzato a prevenire e combattere ogni forma di violenza contro bambini, giovani e donne. Questo progetto europeo, attraverso il partenariato di Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII e Differenza Donna in Italia e Fundaciòn de Solidaridad Amaranta in Spagna, intende potenziare i servizi per le donne vittime e potenziali vittime del GBV per una precoce identificazione e protezione e un supporto specializzato, con una particolare attenzione per le donne straniere vittime di sfruttamento sessuale, violenza domestica e matrimoni forzati. L'obiettivo sarà raggiunto attraverso programmi di formazione per volontari, operatori e professionisti del sistema sociale e sanitario, la costruzione di reti e protocolli che rafforzino gli interventi nelle aree più periferiche e campagne di sensibilizzazione sui social più utilizzati dai giovani.

PREMESSA _____ **pag. 5**
PRIMA PARTE
1.1 Sfruttamento sessuale e matrimoni forzati come forma di GBV.
1.2 Fotografia del fenomeno: donne migranti in Europa durante la pandemia.
1.3 Linee di indirizzo delle istituzioni europee sulla GBV

SECONDA PARTE _____ **pag. 19**
2.1 La salute mentale delle vittime. Traumi ed effetti sulle donne e, nel caso di madri, anche sui minori.
2.2 Percorsi virtuosi di sostegno psicologico e di cura negli Stati membri dell'Unione europea.
2.3 Un confronto tra le migliori prassi: l'esempio di Svezia, Germania, Italia e Spagna.

TERZA PARTE _____ **pag. 40**
3.1 Prassi promettenti in Europa
3.1.1 Iniziative di formazione sulla salute mentale
Formazione di operatori sanitari con approccio etno-sistemico narrativo
Etnopsi, Italia
3.1.2 Laboratori artistici ed espressivi
Laboratorio teatrale per adulti con disturbi psichiatrici
Comunità Papa Giovanni XXIII, Italia
3.1.3 Consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità
Sportelli d'ascolto per donne detenute
Differenza Donna, Italia
3.1.4 Consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità
Centro di consulenza e supporto per persone nel commercio del sesso
Evonhuset, Svezia
3.1.5 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Assistenza e accompagnamento di vittime di violenza politica, maltrattamento e tortura
Red Sira, Spagna
3.1.6 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Assistenza psicologica al Foyer AFJ
Foyer AFJ, Francia
3.1.7 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Assistenza sanitaria e psichiatrica secondo l'approccio dell'Open Dialogue
Open Dialogue, Finlandia
3.1.8 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Consulenza e sostegno per vittime di violenza basata sull'onore, matrimonio forzato e rapimento
Papatya, Germania
3.1.9 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Modello centrato sulla persona e metodo fenomenologico ermeneutico di intervista psicoterapeutica centrata sulle competenze
Fundaciòn de solidaridad Amaranta, Spagna
3.1.10 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità
Differenza donna, Italia
3.1.11 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Programma di intervento di gruppo per donne vittime di GBV

Centro de Psicología Rosario Vaca Ferrer, Spagna
3.1.12 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale
Programma di prevenzione e riabilitazione delle persone colpite o a rischio di tratta
Puls Foundation, Bulgaria
3.1.13 Programmi di supporto tramite peer mentoring
Programma di identificazione e integrazione tramite peer mentors
Progetto Sisa, Germania
3.1.14 Programmi di supporto tramite peer mentoring
Sostegno nella transizione dalla casa rifugio all'indipendenza
Payoke, Belgio
3.1.15 Approcci multisettoriali e di rete
Helpline MGF e matrimoni forzati
Differenza Donna, Italia
3.1.16 Approcci multisettoriali e di rete
Rete e supporto alle vittime, Svezia
Noomi - Hela Människan i Malmö, Svezia

CONCLUSIONI _____ **pag. 57**
GLOSSARIO
BIBLIOGRAFIA

GLOSSARIO DELLE ABBREVIAZIONI

UE Unione Europea
GBV (gender-based violence) Violenza basata sul genere
GRETA Gruppo di Esperti del Consiglio d'Europa nella lotta contro la tratta degli esseri umani
GREVIO Gruppo di Esperti del Consiglio d'Europa nella lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica
INTERPOL Organizzazione internazionale di Polizia criminale
MGF Mutilazioni genitali femminili
ONG Organizzazione non governativa
OECD Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OMS Organizzazione mondiale della sanità
OSCE Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa
PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) Disturbo post-traumatico da stress
UN (United Nations) Nazioni Unite
UNHCR Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati
UNODC Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e la criminalità

PREMESSA

Il Report ***La salute mentale delle donne migranti vittime di GBV. Prassi promettenti nel contesto della pandemia*** *si inserisce nel contesto del progetto europeo denominato* ***MIRIAM: Free Migrant Women Against GBV****, finanziato dal Programma Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza dell'Unione europea. Nell'ambito delle attività finalizzate al potenziamento dei servizi per le donne vittime e potenziali vittime di violenza di genere, la raccolta e il monitoraggio delle buone pratiche rappresenta uno strumento fondamentale per ascoltare il territorio, incentivare le nuove soluzioni sperimentate a livello locale e incoraggiarne la messa in rete.*

Nella ricerca di prassi promettenti sulla salute mentale delle donne vittime di GBV sono state contattate un centinaio di organizzazioni afferenti a 16 paesi dell'Unione Europea, in particolare quelle specializzate nei servizi antiviolenza e nei servizi per le donne vittime di sfruttamento sessuale e prostituzione o dedicate alla prima accoglienza di richiedenti asilo, incluse nelle reti nazionali e internazionali esistenti. Sulla base di contatti di organizzazioni e/o servizi per la salute mentale in rete con le organizzazioni antiviolenza, inoltre, sono emerse anche iniziative di specifici servizi di salute mentale come approfondito nel paragrafo dedicato al confronto tra buone prassi.

Il team di ricerca si è concentrato, in particolare, sullo sfruttamento sessuale, la forma di violenza più diffusa tra le donne migranti, e in parte anche sui matrimoni forzati, pur emergendo che, soprattutto le donne richiedenti asilo e rifugiate, hanno subìto violenze e discriminazioni multiple prima, durante e dopo il viaggio migratorio. Fattore oggi ancora più evidente lungo le rotte verso l'Europa.

Questo Report si è sviluppato tenendo in considerazione, valorizzando e incrociando l'approccio di genere, l'approccio interculturale e quello centrato sulla persona emersi nel percorso di formazione sulla salute mentale svoltosi in Italia il 14 - 15 - 16 ottobre 2021 dal titolo ***Viaggio nella salute mentale delle donne vittime di violenza. Esperienze di cura e storie migratorie a confronto****. In questa occasione sono state presentate alcune delle prassi qui raccolte, focalizzate sulle aspettative migratorie delle donne e sulla narrazione a valenza terapeutica della propria esperienza del viaggio anche nei vissuti traumatici e dei percorsi di recupero e riabilitazione sperimentati, con un focus sulle madri.*

L'obiettivo del Report non è quello di offrire una valutazione quantitativa dei servizi di supporto mentale più efficaci in Europa durante la pandemia, ma, al contrario intende offrire una lettura multisettoriale a partire da esperienze e sperimentazioni attive o ancora attivabili dell'intersezione tra migrazione, violenza di genere e salute mentale valorizzando la responsabilità etica, la passione e il coraggio di operatori e operatrici, mediatrici interculturali, assistenti sociali e medici e infermiere. In diversi settori dei servizi pubblici e del privato sociale, essi hanno infatti continuato, nonostante la pandemia, e ancora continuano ad offrire servizi di assistenza e ad inventare nuove strategie, anche interscambiandosi di frequente, cercando di mettere al centro i bisogni delle vittime e la relazione di fiducia possibile con ognuna di loro e spesso anche coi loro figli. In alcuni casi dando spazio nel proprio lavoro anche a donne ex vittime di violenza di genere adeguatamente formate per rafforzare la possibilità concreta di essere aiutate e uscire dalla violenza.

Le autrici

PRIMA PARTE

1.1 Sfruttamento sessuale e matrimoni forzati come forma di GBV

L'Unione Europea in questo ultimo decennio è stata chiamata ad affrontare la situazione particolare delle donne migranti vittime di violenze di genere e della loro protezione. Sulla base della direttiva 2012/29/UE, il Parlamento Europeo ha richiamato anche di recente gli Stati Membri a far sì che tutte le vittime della violenza di genere abbiano «accesso ad una protezione adeguata, a servizi di assistenza e a mezzi di ricorso efficaci, compreso il diritto di ricevere informazioni e di partecipare al procedimento penale, e tutti i diritti devono essere applicati in modo non discriminatorio[1]». È anche emerso che non affrontare la vulnerabilità delle donne migranti e rifugiate causi una «maggiore esposizione alla violenza di genere durante gli spostamenti, condizioni di accoglienza non sicure, misure insufficienti di protezione e il mancato accesso alla giustizia per i migranti nell'Unione». L'impatto della crisi da Covid-19 inoltre ha provocato un aumento della violenza di genere nell'UE compresa la violenza fisica e psicologica, il controllo coercitivo e la violenza online. Nel Rapporto GREVIO 2021 è anche emersa una carenza consistente di servizi di assistenza rivolti a gruppi specifici come le donne con problemi di salute mentale, donne con disabilità, donne migranti e donne appartenenti a minoranze etniche come le donne rom e le donne sami[2].

In questo Report, tra le forme di GBV a cui sono esposte in particolare le donne migranti e rifugiate s'intende mettere a fuoco lo sfruttamento sessuale e i matrimoni forzati, le conseguenze sulla salute mentale e fisica delle vittime, e i servizi di assistenza e i percorsi di supporto psicosociale attivati dalle ONG e/o dai servizi pubblici e altri enti del privato sociale.

Sfruttamento sessuale, migrazioni, nuovi scenari dell'era digitale

Lo sfruttamento sessuale è un abuso reale o tentato di una posizione di vulnerabilità, potere o fiducia, per scopi sessuali, compreso - ma non limitato a - il profitto economico, sociale o politico derivante dallo sfruttamento sessuale di un altro.

Gli atti di sfruttamento sessuale comprendono in particolare:

- Violenza sessuale.
- Pretendere sesso in qualsiasi contesto o fare del sesso una condizione per ottenere assistenza.
- Costringere qualcuno a fare sesso oppure costringerlo a fare sesso con chiunque.
- Costringere una persona a prostituirsi o a fare pornografia.
- Un contatto indesiderato di natura sessuale.
- Stripping forzato.
- Costringere ad utilizzare pratiche sessuali non sicure.

Le donne migranti, richiedenti asilo e rifugiate rischiano maggiormente di esserne vittime durante il viaggio e all'arrivo nel paese di destinazione.

Un importante studio sull'integrazione delle donne rifugiate condotto per il Parlamento europeo nel 2016 riporta che: «Le rifugiate sono le più colpite dalla violenza contro le donne rispetto a qualsiasi altra popolazione femminile nel mondo[3]». Una prima causa: le conseguenze dell'instabilità politica e delle guerre civili sono pesantemente sopportate anche dalle donne, che sono spesso oggetto di violenze e persecuzioni a causa dell'appartenenza politica, etnica e religiosa dei loro familiari. Una seconda causa: le donne possono essere perseguitate a causa del loro genere e della loro incapacità di

[1] Parlamento Europeo, 2021. Riconoscimento della violenza di genere come nuova fattispecie di reato fra i reati di cui all'articolo 83, paragrafo 1, TFUE Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0388_EN.html

[2] Grevio, 2021. Second general report on Grevio's activities. Online: https://rm.coe.int/grevio-s-second-activity-report-2021/1680a2165c

[3] Online: https://www.unhcr.org/it/risorse/carta-di-roma/fact-checking/donne-rifugiate-la-violenza-molte-facce/

conformarsi alle tradizioni religiose o a pratiche discriminatorie in base al genere e in tutti questi casi, potrebbero non essere adeguatamente tutelate nel loro paese d'origine[4].
Secondo i dati dell'UNHCR nel 2017, le donne rappresentavano solo il 12,6% degli arrivi via mare in Europa. Ma questa percentuale aumenta tra le donne che chiedono asilo. Il numero crescente negli ultimi anni è quindi un segno del peggioramento delle condizioni nei paesi di origine e di gravi ripercussioni sulle donne. Un esempio lampante riguarda il numero di donne africane che hanno attraversato la Libia e poi il Mar Mediterraneo negli anni 2016-2017. Il caso delle donne nigeriane in Italia è emblematico: secondo le stime dell'OIM infatti circa l'80% delle donne nigeriane arrivate in Italia nel 2016 sono state vittime di sfruttamento sessuale nel nostro paese o in altri paesi europei, e vittime di violenze e stupri in Libia.

Attualmente lo sfruttamento sessuale coinvolge il 60% delle donne trafficate in Europa ma sono in aumento anche attività criminali online connesse. Secondo EUROPOL non è da trascurare il fatto che, durante la pandemia, la coercizione e l'estorsione sessuale online sono divenuti uno dei nuovi fenomeni criminali dell'era digitale. Colpiscono ugualmente adulti e minori e sono facilitati dall'ampia copertura internet e dalla diffusa disponibilità di dispositivi mobili. Anche le migranti più giovani approdate in Europa e le seconde generazioni nelle comunità straniere sono fortemente esposti a questo nuovo scenario nello sfruttamento.

Il matrimonio forzato e le conseguenti forme di violenza domestica

Il matrimonio forzato è una forma di violenza contro le donne perché i diritti delle donne e delle ragazze alla salute fisica e mentale, alla salute sessuale e riproduttiva, all'istruzione, alla vita privata e all'autonomia sono negati. «Né la cultura, l'usanza, la religione, la tradizione, né il cosiddetto "onore" possono giustificare tali violazioni».

Secondo la definizione della Convenzione di Istanbul, per matrimonio forzato si intende «l'atto intenzionale di costringere un adulto o un bambino a contrarre matrimonio». Ma è penalizzato anche «il fatto di attrarre intenzionalmente con l'inganno un adulto o un bambino sul territorio di uno Stato diverso da quello in cui vive per costringerlo a sposarsi[5]» (art. 37). Ciò si traduce, sia nei paesi di origine che sul territorio europeo, in varie forme di violenza domestica: violenza fisica e sessuale ma anche violenza verbale, segregazione, pressione mentale e sociale, a cominciare dall'estorsione emotiva; limitazioni nella vita quotidiana che influenzano la libertà di movimento o di abbigliamento, le scelte nel campo dell'istruzione e del lavoro.
Un metodo che si sta diffondendo velocemente in conseguenza all'utilizzo dei social media è il matrimonio ordinato per corrispondenza. Si tratta di una forma di matrimonio per inganno, ordinato a distanza, che rientra nelle forme di sfruttamento a cui è finalizzata il traffico delle donne. di fatto la donna si troverà in un matrimonio non voluto e diventerà proprietà del suo sfruttatore/marito.

[4] MacIntosh, C. (2009), Domestic violence and gender-based persecution: how refugee adjudicators judge women seeking refuge from spousal violence and why reform is needed, in "Refuge", Vol. 26, No. 2.
[5] Consiglio d'Europa, 2011. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. (STCE n° 210). Online: https://rm.coe.int/16806b0686

In un matrimonio combinato, a differenza di un matrimonio forzato, una terza parte (spesso i genitori della futura coppia e le persone dello stesso gruppo etnico) stabilisce il matrimonio tra due persone; entrambi sono liberi di rifiutare. Tuttavia, questa pratica, diffusa in molte aree geografiche, assume spesso la forma di un matrimonio precoce in età più giovane. Infatti, in alcuni paesi, è consuetudine sposare minori che spesso non sono ancora adolescenti per motivi culturali o economici; i loro mariti sono spesso molti anni più vecchi di loro. In questo caso, la minore non ha la possibilità di esprimere il proprio dissenso. Si tratta quindi di una violazione dei diritti umani.

Le adolescenti, un gruppo particolarmente vulnerabile nella migrazione

«Ogni giorno, in tutto il mondo, 39 mila ragazze si sposano prima di raggiungere la maggiore età. Più di un terzo di loro ha meno di 15 anni. Anche i matrimoni forzati tra adulti sono frequenti. Tutti i paesi d'Europa sono colpiti da queste pratiche dannose, sia sotto forma di matrimoni forzati conclusi in Europa, matrimoni forzati di cittadini europei o residenti conclusi altrove, o persone costrette a sposarsi prima di arrivare in Europa[6]».

Le ragazze adolescenti costituiscono un gruppo particolarmente vulnerabile tra le donne rifugiate e richiedenti asilo. «Durante le guerre e gli spostamenti, le ragazze sono più esposte alla GBV, compresi i matrimoni precoci e forzati: circa il 20% delle donne dichiara di essere vittima di alcune forme di violenza sessuale, come i bambini, con tassi di prevalenza superiori al 35% segnalati in alcune parti del mondo. Più di 60 milioni di spose sono costrette a sposarsi prima dei 18 anni; le ragazze sposate sono a rischio di violenza intima, la forma più comune di violenza di genere che colpisce quasi un terzo delle donne nel mondo. Inoltre, oggi, circa 200 milioni di donne e ragazze hanno sperimentato alcune forme di mutilazione/taglio genitale femminile (MGF/C), con molte vittime di MGF/C tra l'infanzia e l'età di 15 anni (UNICEF, 2014) causa di una grave serie di problemi di salute mentale e fisica tra cui emorragie, infezioni croniche, cisti e complicazioni del parto potenzialmente letali».

A questo proposito le Nazioni Unite, nel febbraio 2020 hanno evidenziato anche il risvolto economico sui paesi in cui sono più frequenti e anche dei paesi di approdo delle vittime, per via del costo del trattamento delle ragazze e delle donne danneggiate dalle pratiche. L'OMS ha calcolato una stima pari a $ 1,4 miliardi all'anno per trattare tutte le necessità mediche che ne conseguono. Le MGF non solo danneggiano significativamente milioni di ragazze e donne, ma sono anche un salasso per le risorse economiche vitali di un paese.

In sintesi, numerose donne e ragazze migranti sono oggetto di molteplici discriminazioni e violenze. Queste spesso si verificano già nel paese di origine, durante l'infanzia e l'adolescenza. Gli spostamenti poi interrompono la frequenza scolastica, contribuendo all'aumento della vulnerabilità allo sfruttamento e all'abuso, all'esposizione a gravidanze indesiderate e al conseguente aborto non sicuro[7]. Le donne che si recano in Europa parlano anche della violenza e, talvolta, delle torture che hanno subìto lungo la strada. E infine della violenza che subiscono quando arrivano in uno degli Stati dell'UE o anche quando vi sono integrate da lungo tempo. La consapevolezza della violenza multipla subìta dalle donne prima, durante e dopo il viaggio è un punto di partenza fondamentale per poter intervenire per il recupero della loro salute mentale. Di seguito è riportato un elenco non esaustivo di violenze che raccontano alle operatrici nelle case rifugio e nei centri di prima accoglienza.

[6] Fresko-Rolfo B., 2018. Forced marriage in Europe. Report (Doc. 14574). Online: assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24806&lang=en

[7] Sansonetti S., 2016. Female refugees and asylum seekers: the issue of integration. Study commissioned by the Policy Department for Citizen's Rights and Constitutional Affairs at the request of the FEMM Committee. Online: www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/556929/IPOL_STU(2016)556929_EN.pdf

Migrazioni e violenza di genere

Nel paese di origine

Esperienze pre-migratorie di ragazze e donne migranti - soprattutto rifugiate e richiedenti asilo - possono includere abusi nell'infanzia e nell'adolescenza, matrimoni precoci forzati, violenza domestica, mutilazione genitale o sterilizzazione forzata, rapimenti da parte di membri armati di parti in conflitto, persecuzione per motivi politici, di genere o di orientamento sessuale, etnici e religiosi, minacce e torture verso di sé e i propri familiari, mancanza di cibo e acqua e di altri beni basilari, mancanza di dimora stabile, per se stesse, per i figli e altri familiari.

Durante il viaggio

Durante il percorso migratorio verso e all'interno dell'Europa, ragazze e donne migranti attraversano ambienti pericolosi con mezzi non sicuri come camion, imbarcazioni di fortuna e sovraffollati o a piedi lungo tratti di strada rischiosi (aree desertiche, lungo confini controllati da gruppi armati o zone montane impervie o ad alta quota). Sono esposte al rischio di abusi, stupri di massa e gravidanze forzate, prostituzione forzata, sfruttamento lavorativo, aborti forzati, aggressioni e minacce con armi da fuoco, tratta di esseri umani, detenzione. Durante il viaggio sperimentano ripetutamente mancanza di cibo, acqua e altri beni basilari, mancanza di cure e privazione di cellulare per negare contatti con la famiglia di origine o richieste di aiuto. Le strutture di accoglienza di massa presentano rischi di violenze sessuali e aggressioni, malattie infettive, condizioni poco igieniche e affollamento.

Nel paese di approdo

Sia nel paese di transito che in quello di destinazione, ragazze e donne possono essere soggette a procedure di asilo lunghe e imprevedibili, mancanza di servizi incentrati sulle donne e culturalmente sensibili, mancata comprensione della lingua del paese ospitante e disorientamento rispetto all'ubicazione dei servizi sanitari e sociali, difficoltà negli spostamenti e nell'accesso autonomo ai servizi senza partner o connazionali semi sconosciuti, discriminazioni di genere o razziali. Inoltre possono essere esposte a sfruttamento sessuale, lavorativo, accattonaggio, prostituzione forzata, revenge porn, matrimonio forzato, aborto e sterilizzazione forzata, violenze sessuali e re-trafficking, costrizione all'uso di sostanze stupefacenti e alcool, gravidanze forzate per maternità surrogata. Pertanto in loro aumentano il senso di incertezza e impotenza e il rischio di sviluppare PTSD, ansia, depressione, tentativi di suicidio.

1.2 Fotografia del fenomeno: donne migranti in Europa durante la pandemia

Gli effetti del Covid-19 sulla salute fisica e mentale

Il Covid-19 ha esposto e esacerbato le disparità esistenti nella società. I gruppi più vulnerabili hanno affrontato un elevato rischio di infezione, malattia grave e morte da virus. Ciò è dovuto ad una maggiore probabilità di cattive condizioni di lavoro, a condizioni di vita e di lavoro più affollate e ad una maggiore prevalenza dei principali fattori di rischio. In particolare, i dati emersi dai paesi dell'OCSE hanno dimostrato che il rischio di infezione e gli effetti negativi sulla salute sono stati più elevati tra coloro che vivono in zone svantaggiate, persone con redditi più bassi e minoranze etniche.

Ad esempio: in Danimarca gli immigrati provenienti da paesi non europei e i loro discendenti hanno avuto il 26% di tutte le infezioni da Covid-19. In Francia, a marzo-aprile 2020, la mortalità è aumentata del 54% tra i nati nel Maghreb e del 91% nei nati in Asia. In Svezia, il rischio di mortalità da Covid-19 per le persone provenienti dal Medio Oriente e dal Nord Africa è stato oltre 2 volte più alto nelle femmine, rispetto alle persone nate in Svezia.

Inoltre, gli operatori sanitari sono stati in prima linea in tutta la pandemia, e molto più esposti al virus rispetto ad altre professioni e contemporaneamente il Covid-19 ha gravemente interrotto e messo alla prova i sistemi sanitari. «I pazienti con altre esigenze sanitarie hanno visto ridotto il loro accesso ai servizi. La paura della pandemia e le politiche di allontanamento sociale attuate per contenere il virus hanno avuto un impatto sul benessere mentale di molte persone, in particolare sui giovani[8]». A questo

[8] OECD, 2021. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Online: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

si aggiunge il fatto che durante la pandemia, le donne sono state in generale colpite più duramente degli uomini da sentimenti di tensione e depressione a causa della distribuzione diseguale delle responsabilità domestiche. Allo stesso tempo, i fattori di protezione - connessione sociale, occupazione e impegno educativo, accesso all'esercizio fisico, routine quotidiana e accesso ai servizi sanitari - sono diminuiti.

Inoltre le misure di contenimento hanno portato ad un aumento dei comportamenti malsani e della violenza domestica. In particolare, una recente analisi dell'OCSE sull'impatto del Covid-19 sulle abitudini di consumo delle persone ha rilevato che tra le persone con il maggior aumento del consumo di alcol vi sono donne, genitori di bambini piccoli, e quelli con ansia e sintomi depressivi.

L'aumento della violenza contro donne e minori

Le politiche di contenimento e mitigazione intraprese da molti paesi hanno limitato fortemente i movimenti e spesso hanno costretto le persone a restare nelle loro case per lunghi periodi di tempo. Queste restrizioni hanno limitato la capacità di molti, specialmente donne e bambini, di lasciare case abusive, cercare aiuto esterno e sembra aver contribuito a un aumento significativo della frequenza e della gravità della violenza domestica contro le donne e i bambini in molti paesi.
In particolare, durante la pandemia, il potere e il controllo esercitato dagli autori di maltrattamenti e violenze nei periodi di lockdown ha causato un maggiore isolamento e accresciuto gli ostacoli nelle donne che avrebbero potuto chiedere aiuto. Il controllo sulle donne, in modo diretto o indiretto, comprende generalmente intimidazioni, isolamento, coercizioni e minacce, violenza psicologica ed economica, abusi, e la tendenza a negare, incolpare e minimizzare da parte dell'uomo maltrattante. Anche nel caso di accesso ai servizi sanitari, la mancanza di professionisti, tra cui operatori sanitari, in grado di un approccio sensibile al genere - e con competenze interculturali[9] e interreligiose[10] che permettono alle donne migranti di essere adeguatamente comprese e sostenute - hanno peggiorato gli effetti sulla salute mentale delle vittime. A questi fattori vanno aggiunti la mancanza di mediatori linguistici, il tempo ridotto per il trattamento e la spiegazione delle misure anti-Covid19, la mancanza di alloggi sicuri e la mancanza di luoghi adeguati per ricoverare i pazienti psichiatrici nelle aree covid-19.

In Francia, le stime ufficiali indicano che le denunce di violenza domestica sono aumentate di oltre il 30% nei primi dieci giorni del lockdown di marzo 2020. In Germania, Spagna e Regno Unito, le relazioni sul GBV hanno indicato che la necessità di un rifugio di emergenza è aumentata durante la pandemia con l'aumento della violenza domestica[11]. Secondo il recente Report on Gender Equality in UE[12],in Lituania sono state registrate il 20% in più di denunce durante le prime tre settimane di lockdown. Le helplines per le vittime di violenza di genere hanno constatato un maggiore uso dei loro servizi durante la pandemia Covid-19. Gli aumenti delle chiamate nel 2020 vanno dal 25 % in Irlanda, al 233 % in Romania. In Belgio l'aumento di casi è stato di oltre il 50%, mentre in Finlandia si è registrato addirittura un aumento di conversazioni nei servizi di messaggistica dell'"help for violence survivors" pari al 694%[13]. Le autorità spagnole hanno segnalato un aumento del 18% delle chiamate

[9] Ciancio B., 2014. Sviluppare la competenza interculturale. Il valore della diversità nell'Italia multietnica. Un modello operativo. Bruno Angeli.
[10] Blöcher J., Eyselein L., Kolbe S., Wells A. Team accademico: Ciambezi I., Menzel-Kötz H., Mosebach-Kornelsen E., Sander C., Shrum J., Stefani G., 2020. Manuale per gli operatori. L'integrazione delle donne nigeriane sopravvissute alla tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale. Pagg. 18-20. Online: https://intap-europe.eu/wp-content/uploads/HB_NIG_IT_Digital.pdf
[11] Parlamento europeo, 2020, pag. 6. Draft Report on the gender perspective in the COVID-19 crisis and post-crisis period. Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/FEMM-PR-653727_EN.pdf
European Institute for Gender Equality, 2020. Covid-19 and gender equality: gender-based violence. Online: https://eige.europa.eu/covid19-and-gender-equality/gender-based-violence
[12] European Commission, 2021. Report on GENDER Equality in EU. Online: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_printable_en_0.pdf
[13] Parlamento europeo, 2020. Affrontare la violenza contro le donne e la violenza domestica in Europa. Il valore aggiunto della Convenzione di Istanbul e le rimanenti sfide. Online: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/658648/IPOL_STU(2020)658648_EN.pdf

durante i primi quindici giorni di lockdown. La violenza è emersa in prevalenza tra le coppie con figli, con precedenti esperienze di violenza intima, anche in conseguenza all'aumento dello stress derivante dalla perdita di posti di lavoro e dall'accresciuta incertezza finanziaria nelle famiglie. Questo fattore socio economico nel lungo termine è tra le cause del perpetrarsi di violenze intime da parte del partner, anche una volta terminate le misure restrittive per il contenimento del contagio.

In Italia addirittura è emerso l'aumento di casi di femminicidi. Secondo il report del Servizio analisi criminale della direzione centrale della Polizia criminale, nel 2021 in Italia sono state registrate 116 vittime di cui 100 sono donne uccise in ambito familiare o affettivo; di queste, 68 hanno trovato la morte per mano del partner o dell'ex partner. Anche in Europa i dati sono allarmanti. E tra i motivi principali sono da annoverare l'intenzione della vittima di rompere la relazione, una gravidanza, la custodia dei bambini alla vittima, problemi economici, gelosia, possessività, precedenti di violenza contro le donne, controllo del comportamento della vittima. E nel caso di femminicidi non necessariamente per mano di un partner si aggiungono l'uccisione di una donna legata allo sfruttamento sessuale, legata al traffico sessuale, nel contesto di un continuum di violenza in ambienti particolari, come ad esempio nel settore della cura e del badantato.

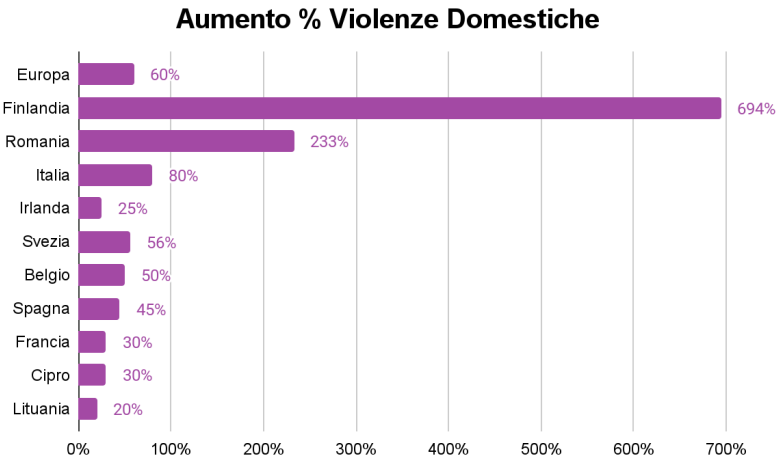

Grafico 1 - Aumento di casi segnalati di violenza domestica, a partire da aprile 2020

Nel corso della pandemia, si assiste anche ad un incremento della violenza online contro le donne, che include discorsi d'odio basati sul genere, una forma di violenza che si diffonde rapidamente sui social media ed è spesso amplificato dall'uso di grandi piattaforme di algoritmi imprevedibili. Gli offender tramite le chat online si sentono impuniti perché in anonimato si sentono anche liberi di utilizzare un linguaggio e immagini più estreme. Questo accade soprattutto verso le donne più giovani che sono il target più esposto online come accennato in precedenza. Durante il lockdown l'esposizione al rischio di molestie online in particolare per ragazze delle scuole è maggiore così come pure i racconti misogini che rappresentano le donne come nemiche e avversari e peggio ancora come oggetti su cui esercitare un diritto di proprietà. Come nel caso della coercizione sessuale online e della prostituzione forzata al chiuso. «La letteratura relativa alla prostituzione indoor, attualmente, evidenzia come il fenomeno riguardi in misura massiccia donne provenienti dai paesi dell'est Europa, Asia o sud America. È possibile che vengano adoperati social come, ad esempio, Telegram, Facebook, Tik Tok come "vetrina" oppure piattaforme più note come EscortAdvisor[14]». A cui si aggiungono tra le giovanissime Twitch, Snapchat ed Onlyfans. «Ciò che si può dedurre è che il fenomeno potrebbe essere aumentato come conseguenza della pandemia di Covid-19 perché molte vittime hanno dovuto vivere per molti mesi come "prigioniere" dei loro sfruttatori o anche dei loro clienti. Il cybercrime, connesso al traffico e allo sfruttamento, ha sviluppato nel tempo enormi capacità operative, con l'aumento della domanda di abusi erotici online, in video-chat o in webcam

[14] Artibani S., Balestrin P., Ciambezi I., Galati M.,Godino M.E., Liotti R., Luciani V., Moroni V., Pellegrino V., Resta C., Taricco M., 2020. Opportunità e sfide. Linee guida sull'integrazione delle sopravvissute alla tratta.
Online: https://www.apg23.org/downloads/files/La%20vita/Antitratta/RIGHT_WAY_ENG_WEB.pdf

durante il lockdown. La gratuità di siti pornografici mondiali, durante il lockdown mentre molti giovani trascorrevano gran parte delle loro giornate in videoconferenza e su internet, rischia di avere conseguenze nefaste per queste giovani e di provocare situazioni di sfruttamento a lungo termine».

Avevo molto freddo quella sera. Ero confusa.
Sentivo dentro che il mio corpo stava per cedere e la mia testa era piena di pensieri.
Erano tre anni che vivevo quell'inferno. Mi ero innamorata di un uomo che mi aveva promesso di aiutarmi. E invece, prima mi ha costretto ad affittare il mio utero e in cambio avremmo guadagnato 59000 euro. E poi mi ha costretto a prostituirmi.
Quando sono scappata, le operatrici mi hanno portato in un luogo sicuro. C'erano volti che mi guardavano senza giudizio. C'era una donna che parlava la mia lingua, c'era qualcosa di nuovo.
Ma io avevo continui mal di testa, formicolii alle gambe
e la sera un dolore in fondo allo stomaco.
Forse la paura... Ci ho messo molto tempo a capire che pensavo di essere libera ma non lo ero.
Ma ora ho una figlia a cui voglio dare una vita diversa da quella che ho avuto io.
Qualcosa nel mio corpo fa ancora male, ma ora so dargli un nome.
Sono le mie ferite quelle, che ho deciso di ricucire di azzurro.
L'azzurro è il colore che aveva il cielo la sera in cui sono arrivata qui.
In Romania, da dove vengo io, c'è sempre la nebbia.
Ora ogni volta che il cielo ha quel colore, io mi sento meglio.

Jamina, 29 anni, vittima di utero in affitto e sfruttamento sessuale

L'abbassamento della guardia nella cura della salute mentale

In questo quadro generale va comunque sottolineato che, come spiegato in precedenza, all'inizio della pandemia i servizi di salute mentale sono cambiati da un giorno all'altro in molti paesi. Il personale disponibile è stato ridotto, mentre le regole di accessibilità sono cambiate. Nel frattempo, la salute mentale della popolazione si è deteriorata significativamente, portando ad una crescente domanda di cure. Tassi di depressione e ansia sono particolarmente cresciuti nei giovani e nelle donne. «I sistemi sanitari erano mal preparati per la crisi della salute mentale a causa di un fallimento nell'attuare interventi completi prima della pandemia[15]». Secondo la scala di valutazione dell'OMS, il benessere mentale delle donne è in generale diminuito da 51 a 44 tra la primavera 2020 e la primavera 2021 e le giovani donne di età compresa tra i 18 e i 44 anni sono state le più colpite dall'impatto negativo del Covid-19 sulla loro salute. In particolare l'83% delle donne ha riferito un aumento significativo della depressione.

La pandemia ha colpito in modo sproporzionato un numero crescente di famiglie e migranti. «I problemi di salute mentale possono essere una causa di persone senzatetto e un risultato di senzatetto - a volte entrambi». Ciò è avvenuto per esempio anche per le donne vittime della prostituzione e dello sfruttamento sessuale. Queste donne si sono trovate fuori da alberghi, club e bordelli dove avevano un alloggio. Queste mancanze hanno comunque aggravato la condizione delle donne, sia che fossero in un appartamento con sfruttatori o ospitate dai consumatori, sia che fossero ospiti di centri di accoglienza o alberghi provvisori per migranti di passaggio o richiedenti asilo, sia che fossero in casa con il proprio partner ed eventuali figli.

[15] European Commission, 2021. Conference Report. *Mental health and the pandemic: living, caring, acting!* Online: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/ev_20210510_mi_en.pdf

Per quanto riguarda lo sfruttamento sessuale, l'OSCE sottolinea che le vittime di tratta di frequente accade che debbano corrispondere allo "stereotipo di vittima ideale"[16]. In caso contrario, donne uscite da lungo tempo dalla condizione di sfruttamento ma non entrate in contatto con servizi specializzati, o anche in età avanzata, ricevono pochissima attenzione e sono quindi esposte alla vittimizzazione secondaria. Poiché si sa ben poco dell'estensione e della portata della loro vittimizzazione, i fattori di spinta e di attrazione e le esigenze post-sfruttamento di questo gruppo non sono ancora stati adeguatamente individuati o affrontati. In tutti i casi risulterà compromessa la loro salute mentale e non solo quella fisica. Un'ulteriore osservazione riguarda le donne con disabilità. In diversi Paesi dell'UE sono stati infatti segnalati casi di violenza contro donne con disabilità psicosociali sia per mano dei loro partner - arrivati persino al femminicidio - e sia all'interno di strutture residenziali. Il rischio di donne con disturbi mentali di subìre abusi è stato 2 o 3 volte superiore rispetto al resto delle donne[17].

Infine nel corso della pandemia, oltre ad un accesso limitato all'alloggio, vittime e sopravvissute hanno sperimentato difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria, compreso l'accesso alle cure primarie, a servizi psicologici, ospedali, farmacie, test Covid-19 e dispositivi di protezione individuale. Di conseguenza particolarmente significativo è stato l'aumento del disturbo post-traumatico da stress (PTSD)[18]. L'OSCE ha sottolineato inoltre come in generale le persone migranti siano state anche «bersaglio di intolleranza e attacchi motivati dall'odio a seguito dello scoppio della pandemia, e spesso ingiustamente accusati della rapida diffusione del virus. Le donne migranti, in particolare, hanno subito discriminazioni e odio»[19]. Questo è stato soprattutto vero nel caso di Rom e Sinti, ebrei e musulmani, persone con disabilità, persone LGBTI, persone di discendenza africana. L'approccio intersezionale, che descrive l'interazione di diverse categorie strutturali d'identità sociale (etnia, genere, disabilità, religione, età…) e affronta le disuguaglianze multiple, le rende più visibili[20]. A causa di questo fattore discriminatorio che si aggiunge ai traumi per la violenza subìta, spesso le donne si sono rivolte a centri ed organizzazioni, frequentemente di piccoli dimensioni o anche non registrate, che non sono integrate nel sistema generale di assistenza alle vittime, pur offrendo servizi e supporto alle comunità etniche. Questo accade ancora specie nelle aree più periferiche e rurali dove è difficile l'accesso ai servizi specializzati rivolti a vittime di GBV. Gli effetti di queste forme di discriminazione portano a traumi duraturi che hanno peggiorato e continuano

[16] OSCE/Ufficio del Rappresentante speciale e Coordinatore per la lotta alla tratta di esseri umani, 2021. Utilizzare approcci sensibili al genere nel contrasto alla tratta di esseri umani. Online: https://www.osce.org/files/f/documents/1/7/507368.pdf
[17] The European House – Ambrosetti, 2021. Headway 2023 – Mental Health Index Report. Online: https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/211005_Headway-2023_Report_DEF.pdf
[18] OSCE, 2021. INDICAZIONI. Affrontare le tendenze emergenti della tratta di esseri umani e le conseguenze della pandemia da COVID-19. Online: https://www.osce.org/files/f/documents/2/a/458434_1.pdf
[19] Ufficio OSCE per le istituzioni democratiche e i diritti umani (ODIHR), 2020. Comunicato stampa 18/12/2020. Online: https://www.osce.org/odihr/474030
[20] Kóczé A. 2009. Missing Intersectionality. Race/ Ethnicity, Gender, and Class in Current Research and Policies on Romani Women in Europe. Budapest.

a peggiorare la condizione delle vittime, delle loro famiglie, vivendo costantemente con un senso di paura e persecuzione che impedisce di fidarsi delle operatrici e persino delle forze di polizia.

1.3 Linee di indirizzo delle istituzioni europee sulla GBV

Sin dagli albori, l'ONU si è occupata dei diritti delle donne istituendo nel 1946 la Commissione sullo status giuridico e sociale delle donne, primo organismo globale dedicato alla promozione della parità di genere e anche alla definizione di standard internazionali. Ma è nel 1979 che l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha pubblicato la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne[21] (CEDAW), istituendo l'omonimo Comitato composto da 23 esperti indipendenti.
Negli anni sessanta anche in Europa le istituzioni (Consiglio, Commissione Europea e Parlamento Europeo) hanno iniziato ad occuparsi di parità di genere, adottando una serie di direttive, comunicazioni e risoluzioni che hanno accompagnato e indirizzato il cammino negli Stati dell'UE.

Nel 1979 il Parlamento Europeo, eletto per la prima volta a suffragio universale, ha creato una prima commissione ad hoc sui diritti delle donne che ha portato nel 1984 all'odierna Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere (FEMM). Nella risoluzione sulla violenza contro le donne del 1986, il Parlamento all'art.29 «propone di adottare la definizione della discriminazione nei confronti delle donne riportata nell'articolo 1 della Convenzione sulla soppressione di qualsiasi forma di discriminazione nei riguardi delle donne, che recita testualmente: "qualsiasi discriminazione, esclusione o restrizione basata sul sesso, che abbia come effetto o scopo di compromettere o di distruggere il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne - indipendentemente dalla loro situazione matrimoniale - sulla base dell'uguaglianza dell'uomo e della donna, dei diritti umani e della libertà fondamentali nei settori politico, economico, sociale, culturale e civile o in qualsiasi altro settore"[22]».
Nel 1993 approva la risoluzione sulla pornografia, nel 1994 quella sulle violazioni delle libertà e dei diritti fondamentali delle donne, nel 1996 quella sulla tratta degli esseri umani, nel 2009 la risoluzione per l'eliminazione della violenza contro le donne, l'8 marzo 2016 la risoluzione sulla situazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nell'Unione europea.

La Commissione Europea ha accompagnato questo processo promuovendo la parità tra uomini e donne come principio fondamentale del diritto comunitario e proponendo comunicazioni come quella del 1996 per integrare la parità di opportunità tra le donne e gli uomini nel complesso delle politiche e azioni comunitarie o nello stesso anno sullo sfruttamento sessuale sul traffico di donne a scopo. Ne hanno fatto seguito diverse proposte legislative come la Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione, il Regolamento 1922/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere. Nel periodo 2007-2013 è stato anche importante l'istituzione di un programma specifico per prevenire e combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne e per proteggere le vittime e i gruppi a rischio (programma Daphne III) nell'ambito del programma generale «Diritti fondamentali e giustizia». Infine va ricordata la Direttiva 2011/36/UE concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime fino alla recente strategia per combattere il

[21] CEDAW. Online: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx
[22] Parlamento Europeo, 1986, pag.73. Risoluzione sulla violenza alle donne. Online: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1986:176:FULL&from=IT

traffico di esseri umani 2021-2025[23] per la prevenzione, smantellamento dei modelli di business criminali, protezione ed emancipazione delle vittime.

Il Consiglio d'Europa, fin dal 1990 ha promosso una serie di iniziative per la protezione delle donne contro la violenza in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne del 1979 e la Dichiarazione di Pechino seguita dalla relativa Piattaforma d'Azione del 1995. Queste iniziative hanno portato all'adozione, nel 2002 della Raccomandazione Rec(2002)05 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla protezione delle donne dalla violenza e nel biennio 2006-2008 alla realizzazione di una campagna a livello europeo denominata *Campaign to combat violence against women, including domestic violence*[24].

Dalla Convenzione di Istanbul alla costituzione del Grevio

L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha anche adottato negli anni una serie di risoluzioni e raccomandazioni che chiedono norme giuridicamente vincolanti in materia di prevenzione, protezione e repressione delle forme più gravi e diffuse di violenza di genere. Tra queste la Convenzione di Istanbul[25] del 2011 è primo strumento internazionale giuridicamente vincolante sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica. Ne ha fatto seguito la costituzione nel 2015 del Gruppo di esperti nella lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (GREVIO) che ha il compito di monitorare l'implementazione della Convenzione negli Stati che l'hanno firmata. In particolare, rispetto al tema della salute delle vittime, all'art.20 tra i servizi di supporto generali viene specificata la necessità di un sostegno psicologico oltre all'alloggio, all'assistenza finanziaria, alla consulenza legale, all'istruzione etc perchè le vittime siano facilitate nel loro recupero; e che sia garantito loro l'accesso ai servizi per l'assistenza sanitaria oltre che ai servizi sociali, con figure professionali adeguatamente formate. All'art.26, vengono raccomandate anche "le consulenze psico-sociali adattate all'età dei bambini testimoni di ogni forma di violenza", tenendo conto dell'interesse superiore del minore. All'art.30 viene anche previsto un adeguato risarcimento da parte dello Stato alle vittime che "abbiano subìto gravi pregiudizi all'integrità fisica o alla salute", se non viene garantito dall'autore del reato, da un'assicurazione o dai servizi medici e sociali. Per quanto riguarda le vittime di violenza nel contesto della migrazione e dell'asilo, è agli artt. 59 e 60 che sono precisate le misure per un'adeguata assistenza e un titolo di soggiorno che ne garantiscano la protezione oltre che procedure di accoglienza e servizi di supporto per richiedenti asilo e procedure di asilo sensibili al genere.

La nuova Raccomandazione generale del CEDAW la n.35 del 2017 ha dato un ulteriore impulso alle misure di contrasto riconoscendo il divieto di violenza di genere come norma consuetudinaria del diritto internazionale, facendo emergere espressamente le nuove forme di violenza legate alla tecnologia e alla cyberviolenza, adottando un approccio intersezionale e sottolineando la necessità di formazione costante degli operatori del settore giudiziario.

A partire dal 2018, è cresciuta anche la sensibilità in materia di prevenzione e contrasto allo sfruttamento, all'abuso e alle molestie (SEAH - Sexual Exploitation, Abuse and Harassment), sia a livello internazionale che a livello europeo. Ne è un esempio evidente la DAC Recommendation[26] on Ending Sexual Exploitation, Abuse, and Harassment in Development Co-operation and Humanitarian Assistance: Key Pillars of Prevention and Response, adottata dal Consiglio dell'OCSE nel 2019 in cui tra i pilastri emerge significativamente la risposta centrata sulla vittima/sopravvissuta.

---

[23] Commissione Europea, 2021. Communication from the commission to the European Parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions on the EU Strategy on Combatting Trafficking in Human Beings. Online: https://ec.europa.eu/home-affairs/system/files_en?file=2021-04/14042021_eu_strategy_on_combatting_trafficking_in_human_beings_2021-2025_com-2021-171-1_en.pdf

[24] Online: https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/default_en.asp

[25] Online: https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home

[26] OECD, 2019. Online: https://www.oecd.org/development/gender-development/dac-recommendation-on-ending-sexual-exploitation-abuse-and-harassment.htm

La specifica vulnerabilità e i rischi di violenza di genere riguardanti le donne migranti, e gli effetti sulla salute mentale erano già emersi nella risoluzione del Parlamento europeo dell'8 marzo 2016 sulla situazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nell'Unione europea[27]. Vi sono infatti raccolte raccomandazioni chiave per la protezione delle donne e dei loro figli, la loro salute e la cura dei loro traumi. Innanzitutto è riconosciuto che le forme di violenza e discriminazione di genere, tra cui sono da annoverare stupri e violenze sessuali, MGF, matrimoni forzati, violenza domestica e i cosiddetti delitti d'onore e la discriminazione di genere autorizzati dallo Stato «sono una forma di persecuzione e dovrebbero essere un valido motivo per chiedere asilo nell'UE». Pertanto il Parlamento europeo chiede agli Stati membri aiuti umanitari tempestivi ogni volta che ci sia un sospetto di violenza di genere subìta nel viaggio migratorio in cui i diritti fondamentali dei migranti sono negati, proprio per il fatto stesso che trattasi di esperienze traumatiche a lungo termine. Sono anche richieste la concessione di uno status giuridico indipendente da quello del coniuge per ridurre la ulteriore vulnerabilità delle donne che possono essere facilmente sfruttate; la cessazione immediata in tutti gli Stati membri della detenzione di bambini, donne incinte e in periodo di allattamento e sopravvissute a stupri e violenze sessuali perché possano ricevere un adeguato sostegno psicologico e non siano aggravati i traumi a causa della libertà limitata. Vi sono pure raccomandate misure per la prevenzione dei matrimoni forzati a cui sono costrette donne e ragazze dopo che gli è stato concesso lo status di rifugiati da uomini che sperano di ottenerlo usando questo stratagemma. In sintesi il Parlamento raccomandava già nel 2016 che ad ogni donna, sia nei luoghi di detenzione che alle frontiere, fosse garantita assistenza medica, protezione e sostegno psicologico e che fossero avviate tempestivamente indagini indipendenti sugli abusi da loro subìti.

Le raccomandazioni nel contesto della pandemia

Le raccomandazioni sulla prevenzione e il contrasto alla violenza si sono intensificate dal 2020 per il peggioramento delle condizioni delle donne durante i lockdown.

Dapprima GREVIO ha richiamato tutti gli Stati che ne fanno parte a fare il massimo per assicurare la continuità dei servizi per le vittime di violenza e a continuare ad offrire sostegno e protezione anche coinvolgendo forze dell'ordine, servizi sociali, settore della giustizia, servizi specialistici e i ministeri competenti. Nel monitoraggio dell'applicazione della Convenzione di Istanbul negli Stati membri, il GREVIO in questi ultimi anni ha pubblicato relazioni di valutazione di base per ogni paese, tenendo conto delle informazioni ricevute dalle autorità statali, delle visite di valutazione e anche dei cosiddetti Rapporti Ombra ricevuti dalle ONG.

La Dichiarazione GREVIO del 24 marzo 2020 ha quindi sollecitato a rispettare gli standard della Convenzione di Istanbul ai tempi della pandemia e ad inventare nuove strategie, anticipando così le Raccomandazioni degli Stati membri della Convenzione di Istanbul del 20 aprile 2020[28] sui quattro pilastri fondamentali: politiche integrate, prevenzione, protezione, punizione del

> *«Ci fa sperare il vedere che molti governi a livello nazionale stanno rispondendo alle sfide che questa pandemia impone alle donne vittime di violenza e stanno già lavorando per trovare soluzioni innovative. Ad esempio, alcuni hanno lanciato specifiche campagne di informazione sui servizi disponibili, mentre altri stanno introducendo moduli on line per la richiesta di ordini di protezione, ed altri ancora hanno incluso i servizi di supporto alla violenza domestica tra i "servizi essenziali". Molti servizi di sostegno stanno offrendo servizi on line, tra cui il supporto psicologico e sociale».*
>
> Marceline Naudi, Presidente del GREVIO, 2020

[27] Parlamento europeo, 2016. La situazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nell'UE. (2015/2325(INI)) Online: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX%3A52016IP0073

[28] Consiglio d'Europa, 2020. Declaration of the Committee of the Parties to the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention) on the implementation of the Convention during the COVID-19 pandemic. Online: https://rm.coe.int/declaration-committee-of-the-parties-to-ic-covid-/16809e33c6

maltrattante/compensazione della vittima. La Comunicazione del Parlamento europeo del 7 aprile 2020 sottolinea infatti che, a seguito del lockdown, in alcuni Stati membri dell'UE i casi di violenza domestica sono aumentati di circa un terzo. Sulla base di alcuni elementi emersi dal rapporto di UN Women sul tema, il Centro comune di ricerca sottolinea l'inasprimento del fenomeno sul territorio dell'UE nel lockdown (un aumento del 30% delle telefonate per servizi di assistenza in casi di violenza domestica è stato registrato sia a Cipro che in Francia). La coincidenza tra l'aumento delle segnalazioni di violenza domestica e il minore accesso ai servizi di emergenza, accoglienza e protezione ha avuto ricadute importanti sulle vittime di violenza domestica, che non hanno potuto rivolgersi nemmeno ai pronto soccorso ospedalieri intasati dai pazienti affetti da coronavirus. Nel luglio 2020 è stato lanciato un SOS anche dalle Nazioni Unite con la Dichiarazione congiunta del relatore speciale e della piattaforma EDVAW per invitare gli Stati ad adottare un approccio intersezionale sensibile al genere nelle loro risposte al Covid-19. Tra le misure più urgenti da garantire: accesso ai centri di crisi e rifugi sicuri o sistemazioni alberghiere per donne e ragazze vittime o a rischio di violenza di genere; tutela delle professioni sanitarie e sociali delle donne e di quante stanno lavorando in risposta alla pandemia di Covid-19; accessibilità e adeguatezza delle informazioni sulla pandemia, capacità di mantenere la distanza sociale e accesso a cure e servizi igienico-sanitari e di supporto essenziali.

La Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere a novembre 2020 ha approvato una proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sulla prospettiva di genere nella crisi Covid-19 e nel periodo successivo alla crisi, esortando gli Stati membri ad intervenire, particolarmente sul tema della salute mentale e della violenza di genere. Questo invito avviene alla luce dell'aumento di stress, ansia, depressione e solitudine causati dal confinamento nonché delle preoccupazioni economiche e della violenza di genere o di altri fattori connessi alla crisi, tenendo in considerazione le diverse ripercussioni su donne e uomini, tanto da invitare la Commissione ad organizzare una campagna sulla salute mentale in tutta l'UE. Accanto al tema della protezione e della prevenzione, si fa spazio il richiamo alla «fornitura di un sostegno medico e psicologico efficace, accessibile, a prezzi contenuti e di qualità per le vittime della violenza di genere, tra cui i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, soprattutto in periodi di crisi in cui tale sostegno deve essere considerato essenziale[29]».

La Risoluzione del Parlamento europeo del 21 gennaio 2021 sulla strategia dell'UE per la parità di genere[30] tiene conto del nuovo contesto sviluppatosi a seguito della pandemia anche in merito alla violenza di genere.

Già nel 2017, il Parlamento aveva ribadito che la salute fisica e mentale sono interconnesse e sono entrambe elementi centrali del benessere generale anche se spesso si dà priorità alla salute fisica piuttosto che a quella mentale. In particolare ha dato risalto al fatto che «la salute mentale delle donne e delle ragazze è influenzata negativamente da una serie di fattori, compresi gli stereotipi di genere prevalenti e la discriminazione,

[29] Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere, 2020. Rapporto sulla prospettiva di genere nella crisi COVID-19 e nel periodo post-crisi. Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0229_EN.html
[30] Parlamento europeo, 2021. La strategia dell'UE per la parità di genere. Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_EN.html

l'oggettificazione, la violenza di genere e le molestie, l'ambiente di lavoro, l'equilibrio tra vita professionale e privata, le condizioni socioeconomiche, l'assenza o la scarsa qualità dell'educazione alla salute mentale e un accesso limitato all'assistenza per la salute mentale». Attualmente i diritti alla salute e l'accesso ai servizi risultano ridotti e trascurati in particolare per i gruppi vulnerabili quali le donne con disabilità, le donne nere, le donne migranti, appartenenti a minoranze etniche, le madri sole etc. Nel caso di donne migranti inoltre occorre comprenderne in modo più efficace le esigenze specifiche così da prevenire il rischio di ulteriore sfruttamento, anche garantendo servizi di mediazione e interpretariato femminili.

In questo contesto, si comprende dunque che la pandemia non ha che peggiorato la tutela della salute delle donne, e non solo delle donne migranti arrivate negli ultimi anni nell'UE e senza dimora stabile, o già inserite nei centri di accoglienza, ma anche delle donne straniere già presenti nell'UE, specie le madri single da diverso tempo uscite dai circuiti di accoglienza e le lavoratrici del settore dell'assistenza. In effetti come già descritto nel primo paragrafo, nella seconda relazione sulle attività di GREVIO è emersa drammaticamente l'esclusione delle donne migranti e in cerca di asilo dalle case rifugio in diversi Stati europei, in particolare donne con disabilità e nella prostituzione, donne appartenenti a minoranze etniche.

«Avevo tanta ansia e non riuscivo più a dormire. Mi avevano suggerito un percorso psicologico e l'ho pure iniziato ma sapevo che avrei dovuto trovare il modo di allontanare mio marito per sempre dalla nostra casa, dal nostro paese, dalla nostra vita. Non potevo più tacere!

Avevo però bisogno di una persona che mi stesse vicino perché ero sempre stata in casa fino a quel momento, non sapevo dove andare, non sapevo con chi parlare e cosa dovevo fare. Ogni volta che andavo dai carabinieri, avevo l'impressione che pensassero che ero io ad essere esagerata...

Non dimenticherò mai l'educatrice che mi ha affiancato passo dopo passo.

Col suo aiuto ho fatto di tutto per poter rimanere dove vivevo, anche se mio marito mi ha minacciato per lungo tempo. Poi finalmente il Tribunale mi ha dato ragione: mio marito è uscito di casa ed è stato allontanato da tutti i luoghi che io e mio figlio frequentiamo».

Fatma, vittima di violenza domestica e stalking originaria del Marocco

SECONDA PARTE

2.1 La salute mentale delle vittime. Traumi ed effetti sulle donne e, nel caso di madri, anche sui minori

La violenza di genere, come espresso in precedenza, è un'esperienza traumatica legata spesso ad un vissuto di impotenza nei confronti del maltrattante. Pertanto il percorso di uscita dalla violenza è un cammino lungo e difficile che le donne riescono ad intraprendere solo dopo aver raggiunto un alto grado di consapevolezza. In molti casi è compito di operatrici e assistenti sociali cogliere i "segnali sottotraccia" della violenza perché non sempre la donna, specie se migrante, è nelle condizioni di far emergere la situazione o di denunciare il suo aggressore.
I dati emersi dalle chiamate alle linee telefoniche di diversi Stati europei possono essere una minima parte degli effettivi casi di violenza poiché le donne sono spesso reticenti a rivolgersi alle istituzioni per sfiducia nell'avere risposte concrete e/o per paura di ritorsioni da parte del maltrattante.

Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza che, oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che può annientare il senso di integrità personale, può provocare anche danni di lungo periodo. La vittima di violenza infatti può sviluppare disturbi psichici e fisici - oltre che psicosomatici - sia a breve che a lungo termine, collocabili all'interno di un range di gravità ampio, in base alle caratteristiche dell'abuso, all'identità dell'aggressore, alla vulnerabilità e alla situazione psicologica della vittima, nonché alla rete di supporto familiare, amicale e sociale della donna. Tali conseguenze tenderanno a cronicizzarsi, fino a causare condizioni di disabilità permanenti[31]. Questo accade nel caso in cui la violenza non riguardi un singolo atto ma più eventi collegati tra loro e prolungati nel tempo.

In riferimento alle donne migranti vittime di violenza occorre anche tenere conto che le condizioni di vita, il percorso migratorio, i conflitti, le contraddizioni che scandiscono le loro storie hanno un ruolo determinante che, in qualche caso, può anche motivare gran parte dei disturbi riportati. Il senso di disorientamento e di sofferenza che attanaglia le donne straniere, quando non è più disponibile un orizzonte condiviso di riferimenti, può esprimersi secondo modalità diverse. Frequentemente manifestano una tendenza a ritrarsi dalle relazioni, per un sospetto generalizzato verso il mondo esterno, connotato da paura e diffidenza. Inserite in un contesto simbolico e sociale differente, in una situazione dove lingue estranee e straniere disorientano e minacciano, dove è difficile riuscire a comunicare esperienze e sensazioni così complesse, il riferimento ad esperienze fondatrici della personalità, ai nuclei più nascosti del sé culturale, rappresenta spesso l'unica risorsa disponibile. Non si tratta di una "regressione" nel senso abitualmente attribuito a tale termine dal lessico psicoanalitico, quanto piuttosto di un aggrapparsi a strati saldamente impressi nel nostro inconscio, prodottisi nei primi anni di vita e peculiari di un certo ambiente socio-culturale. Nel contesto della cura confluiscono così linguaggi e idiomi diversi, che vanno compresi nel loro significato, ma anche valorizzati. È importante dunque riconoscere che l'uso di quegli idiomi, di quelle esperienze e di quelle metafore può rappresentare una vera e propria risorsa terapeutica[32].

Le rappresentazioni del corpo ed i conseguenti vissuti a livello corporeo sono elementi importanti perché la migrazione espone le persone ad un cambiamento dei parametri spazio-temporali e dei differenti linguaggi comunicativi. Gli atteggiamenti corporei e gli aspetti complessi della comunicazione non verbale assumono forme differenti da cultura a cultura. Natura e cultura, biologia e psichismo si incrociano. I corpi delle donne migranti sono "fuori luogo", non solo perché fuori dal

[31] Coordinamento SIP Salute mentale della donna. Coordinatrice C. Martino A cura di , 2013. Violenza contro le donne e salute mentale.
[32] Beneduce R., 2003. Antropologia della migrazione, etnopsichiatria e mediazione culturale. In: Ferrero A., 2003. Corpi individuali e contesti interculturali. Torino

loro contesto originario, dalla loro cultura, dal loro paese, ma perché sono "in nessun luogo" o in "non luoghi" che la persona non riconosce come parte di sé. Lasciati i "luoghi della memoria", i corpi si dirigono (talvolta costretti) verso "non luoghi" dove facilmente si possono inserire profondi sensi di solitudine, che in certi casi possono sconfinare in angosce profonde e timori abbandonici. Vissuti in cui questi corpi si sentono persi e lasciati a se stessi o in balia di altri, dove le probabilità di essere ingannate e/o maltrattate aumentano esponenzialmente. Tutto ciò può essere motivo di disorientamento e mettere a dura prova la tenuta psicologica e l'identità della persona[33].

Disturbi comuni nelle vittime di violenza di genere

L'OMS ha posto particolare attenzione ai disturbi mentali causati dalla violenza perpetrata nei confronti delle donne. Infatti, il legame tra condizioni di salute e violenza subìta è molto forte. Le patologie prevalenti nelle situazioni di violenza sia fisica che sessuale e psicologica sono: depressione, disturbo acuto da stress, disturbo post-traumatico da stress, sintomi d'ansia, attacchi di panico, abuso di sostanze, bassa autostima, paura, sensi di colpa e vergogna, disfunzioni sessuali, disturbi del comportamento alimentare, disturbo ossessivo – compulsivo, suicidio.

Se da un lato le vittime di violenza mostrano una maggiore incidenza dei disturbi precedentemente menzionati, studi sempre più numerosi indicano la presenza di un'associazione specifica tra questo tipo di esperienze (paragonabili alla tortura) e l'insorgenza di sindromi post-traumatiche complesse, inquadrate come "PTSD con Dissociazione" nel DSM-5 o come "Complex PTSD" nella versione preliminare dell'ICD 11. Il disturbo si sviluppa quale esito di eventi traumatici ripetuti e prolungati che si verificano all'interno di relazioni affettive significative, con una storia di soggezione o controllo totalitario. Se infatti il trauma è inflitto nella relazione affettiva, soprattutto se la vittima ha un rapporto di dipendenza con l'abusante, il trauma può avere una portata offensiva maggiore. Si manifesta con i sintomi del disturbo post traumatico da stress e con alterazioni nella regolazione degli affetti (tra cui una disforia persistente, autolesionismo, preoccupazioni suicidarie, rabbia esplosiva o inibita, sessualità compulsiva o inibita), alterazioni della coscienza (episodi dissociativi transitori, depersonalizzazione o derealizzazione, amnesìa o ipermnesia per gli eventi traumatici, etc.), alterazione nella percezione di sé (autosvalutazione, vergogna, colpa, senso di impotenza e paralisi dell'iniziativa) e nella percezione del persecutore (idealizzazione e gratitudine e attribuzione di potere totale all'aggressore, accettazione del suo sistema di valori e delle sue razionalizzazioni) e nella relazione con gli altri (isolamento, sfiducia, disturbi delle relazioni intime), e con alterazione del sistema dei significati personali, quindi senso di inutilità e disperazione[34]. In questa sindrome hanno un ruolo molto rilevante le alterazioni della memoria autobiografica, della percezione di sé e delle relazioni con l'altro, sia per l'impatto sulla personalità e sull'identità della vittima, sia per le implicazioni sulle capacità narrative e relazionali. L'evento traumatico estremo ha quindi anche la capacità di interrompere la continuità dell'esperienza e alterare il senso dell'identità. L'esperienza traumatica non viene elaborata a livello simbolico/verbale, e di conseguenza potrà solo essere vissuta attraverso continui flashback, incubi, cefalee quotidiane, dolori somatici ricorrenti, improvvisi stati di disperazione e pensieri intrusivi legati al trauma. Gli studi sulle sindromi post-traumatiche complesse sottolineano anche come cambino le modalità terapeutiche e riabilitative, dato che i protocolli terapeutici generalmente applicati per altri disturbi, come per i disturbi dell'umore o per il PTSD, risultano insufficienti o solo parzialmente efficaci[35].

---

[33] Vallarino Gancia F., 2005. Rappresentazioni del corpo, della sessualità e dell'affettività in donne vittime della tratta.
[34] Ordine degli Psicologi del Piemonte, 2019. Vademecum per psicologi su violenza di genere e violenza domestica.
[35] Ministero della Salute, 2017. Linee guida per la programmazione di interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento di disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

Di frequente queste donne sono anche madri e di conseguenza occorre focalizzare l'attenzione anche sulla salute psicofisica dei minori vittime di violenza assistita e sulla necessità della loro messa in sicurezza e successiva presa in carico. Per violenza assistita in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del minore di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Sono incluse le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia, e gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza), e/o percependone gli effetti"[36].

Questo tipo di violenza ha delle conseguenze dal punto di vista fisico, cognitivo, emotivo, comportamentale e sulle capacità di socializzazione dei bambini e degli adolescenti:

- *Impatto sullo sviluppo fisico*: il bambino, soprattutto in tenera età, sottoposto a forte stress e violenza psicologica può manifestare deficit nella crescita staturo-ponderale, ritardi nello sviluppo psico-motorio, deficit visivi e sintomi psicosomatici;
- *Impatto sullo sviluppo cognitivo*: l'esposizione alla violenza può danneggiare lo sviluppo neuro-cognitivo del bambino con effetti negativi sull'autostima, sulla capacità di empatia e sulle competenze intellettive, di attenzione e di linguaggio;
- *Impatto sul comportamento*: paura costante, senso di colpa, tristezza e rabbia dovute all'incapacità di reagire sono conseguenze (emotive) che hanno un impatto sul bambino. Inoltre possono insorgere ansia, maggiore impulsività, aggressività, scarsa capacità di gestione della rabbia, alienazione e difficoltà di concentrazione. Sul lungo periodo sono registrati anche depressione, abuso di sostanze, tendenze suicide, disturbi del sonno e disordini dell'alimentazione;
- *Impatto sulle capacità di socializzazione*: subire violenza assistita influenza negativamente le capacità empatiche dei più piccoli e quindi la capacità di stringere e mantenere relazioni sociali.

Come tutte le esperienze traumatiche, le conseguenze sono strettamente connesse all'età dell'insorgenza, alla qualità e alla frequenza degli eventi in cui i figli sono coinvolti emotivamente e/o fisicamente, alla presenza o alla mancanza di fattori protettivi (tra cui una adeguata presa in carico). Più bassa è l'età dei figli e più gravi e frequenti gli episodi di violenza, maggiori saranno i riflessi sullo sviluppo psicofisico e sulla strutturazione della personalità[37]. Questi bambini, vittime di violenza assistita, risultano spesso invisibili agli occhi dei propri genitori, incapaci di comprendere la sofferenza che portano dentro nel quotidiano, in un clima di forte tensione ed incertezza e nell'essere presenti durante gli episodi violenti. Possono dunque sviluppare la percezione che il loro dolore non venga considerato, vivendo esperienze di svalutazione, di mancato riconoscimento e di perdita di fiducia nel fatto che gli adulti si prenderanno cura di loro. Inoltre i bambini possono sviluppare comportamenti adultizzati, di accudimento e protezione verso la madre maltrattata. Avviene così un rovesciamento dei ruoli in cui è il figlio a prendersi cura dell'adulto, mettendo in atto una serie di

[36] Cismai, 2019. Linee guida su violenza assistita e alta conflittualità.
[37] Save The Children, 2019. Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze. Online: https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini

strategie che da un lato cercano di evitare conflittualità e violenze e che, dall'altro, cercano di mantenere il controllo sul genitore maltrattato (ad esempio rifiutando di separarsene). Il rischio è che la madre utilizzi questi comportamenti per riparare alle sue parti più deboli, senza la consapevolezza di gravare sulle spalle dei figli che si sono fatti carico di un compito che non gli spetta. Oltre a instaurarsi una reazione orizzontale che compromette il ruolo genitoriale, la madre può alternare anche stili educativi più severi e punitivi, generando confusione e dissonanza nella mente del bambino che tenderà a oscillare tra la rabbia, l'incertezza, l'iper-protezione e il controllo.

Infine i bambini possono assumere comportamenti compiacenti e prendere le parti dell'uno e dell'altro, imparando a servirsi di bugie o a schierarsi in base alle circostanze. In questo modo si creano triangolazioni e continui giochi di alleanze che insinuano e mantengono dinamiche relazionali e comunicative disfunzionali all'interno del sistema familiare, che portano a processi di identificazione, più spesso di genere, con il genitore omologo. In molti casi il genitore maltrattante coinvolge i bambini nel controllo o negli agìti vendicativi, soprattutto in seguito alle separazioni, nei confronti della donna. Dunque, sia i maschi che le femmine apprendono modelli relazionali in cui l'espressione dell'affettività è strettamente connessa alla sopraffazione dell'uno sull'altro e dove l'uso dell'aggressività e della violenza è giustificato. Pertanto aumenta il rischio di portare avanti nelle generazioni l'idea che la violenza sulle donne sia un modo accettabile e normale di relazionarsi all'interno dei rapporti affettivi[38]. La violenza e la traumatizzazione possono essere trasmesse da una generazione all'altra. Si parla infatti di violenza familiare transgenerazionale quando una persona riproduce nel suo rapporto di coppia o nella sua famiglia attuale la violenza subita durante l'infanzia nella sua famiglia di origine[39].

[38] CAV Città di Torino, 2019. Online: http://centroantiviolenza.comune.torino.it/violenza-assistita-un-male-invisibile-effetti-a-breve-e-lungo-termine

[39] Confederazione svizzera, UFU (Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo), 2020. Definizione, forme e conseguenze della violenza domestica. Online: https://www.ebg.admin.ch/ebg/it/home/documentazione/pubblicazioni-in-generale/pubblicazioni-violenza.html#-1147075009

DISTURBI PSICOPATOLOGICI COMUNI NELLE DONNE MIGRANTI VITTIME DI GBV

Il **disturbo di depressione maggiore**[40] ha molti volti, tra cui sintomi emotivi (senso di vuoto, colpa personale), sintomi fisiologico-vegetativi (perdita di energia, stanchezza, disturbi del sonno), sintomi cognitivi (pessimismo, senso di sé negativo, pensieri suicidi) e sintomi comportamentali (discorsi rallentati e rallentamento psicomotorio). La ricerca ha dimostrato che le donne migranti hanno più alti livelli di sintomi di depressione.
Il **disturbo da somatizzazione** descrive il disagio di un individuo causato da sintomi molteplici, che disturbano la vita quotidiana. Il sintomo somatico più comune è il dolore la cui gravità o esistenza non può essere spiegata a livello medico. Le persone con sintomi somatici tendono ad esprimere maggior malessere rispetto ai sintomi. Le differenze nei sintomi somatici sono dovute anche a fattori linguistici o culturali.
Il **disturbo d'ansia** è un termine generico per una grande varietà di disturbi relativi a paure eccessive, ansia e disturbi comportamentali. Mentre la paura è un'emozione che proviamo naturalmente quando affrontiamo un pericolo diretto e concreto, l'ansia si riferisce alla minaccia futura, alla percezione del pericolo immediato, e si manifesta con un comportamento evitante ed un'estrema eccitazione fisica. I disturbi d'ansia più comuni sono ansia sociale, panico, agorafobia e ansia generalizzata e molti di questi si verificano due volte più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini.
Il **disturbo post-traumatico da stress** (PTSD) si riferisce ad un evento che è una diretta o indiretta esposizione a morte effettiva o ad una minaccia di morte, a lesioni gravi o violenza sessuale. I bambini hanno un maggior rischio di svilupparlo quando assistono o vengono a conoscenza che un evento traumatico si è verificato verso i loro caregiver. Sintomi comuni di PTSD sono flashback e incubi, stress psicologico intenso o prolungato, comportamento evitante, autostima negativa, ipervigilanza e sentimenti di distacco da altri (DSM-5[41]). Diversi studi hanno dimostrato che le donne hanno due volte più probabilità di sviluppare PTSD.
I **disturbi di personalità** sono caratterizzati da un modo pervasivo e persistente di percezione, reazione e relazione che causano un disagio significativo o una compromissione funzionale. I disturbi di personalità variano notevolmente nelle loro manifestazioni, ma si ritiene che tutti siano causati da una combinazione di fattori genetici e ambientali. La diagnosi è clinica. Il trattamento prevede l'utilizzo di terapie psicoterapeutica e talvolta di terapia farmacologica. Alcuni tipi (es. antisociale, borderline) tendono a diminuire o risolversi con l'avanzare dell'età; per altri (es. ossessivo-compulsivo, schizotipico) è meno probabile. Nel disturbo borderline di personalità, in ambito clinico il rapporto donne/uomini affetti è di 3:1. Nelle donne migranti vittime di sfruttamento sessuale i disturbi di personalità sono più frequenti, in particolare quelli con sintomatologia psicotica (disturbo schizoide,schizotipico e paranoide).
Si aggiungono di frequente anche **abuso di alcool e uso di sostanze,** come manifestazione di vissuti di marginalità sociale, di iper traumatizzazione e di difficoltà legate all'integrazione nel nuovo tessuto sociale. E inoltre aumenta il **rischio suicidario**, in particolare in chi soffre di depressione e nelle seconde generazioni.

2.2 Percorsi virtuosi di supporto psicologico e percorsi di cura negli Stati europei

Incontrare, supportare e tutelare le donne migranti vittima di violenza comporta per le operatrici e assistenti sociali un continuo confronto con le traiettorie di vita che ognuna di loro porta inevitabilmente con sé. Traiettorie che appartengono alla migrazione e seguono una direzione geografica, che le porta dal paese d'origine ai paesi d'approdo e una direzione psichica, che le mette nella posizione di ridefinirsi nel ruolo di donna e madre e di rinegoziare il proprio ruolo sociale e/o di lavoratrice. Riuscire a muoversi in queste situazioni che sono complesse, spesso confuse, intrecciate, presuppone che ci sia un contesto di riferimento in cui poterle collocare e da cui poter attingere per chiarire significati, appartenenze, comportamenti e, non in ultimo, sintomi. «L'adattamento ad un altro paesaggio sociale provoca uno sbriciolamento dei punti di riferimento precedenti: e tra i residui che rimangono attaccati ai 'viaggiatori', alcuni cominciano a giocare un ruolo intenso e silenzioso. Sono i

[40] European Network of Migrant Women, 2021. La salute mentale delle donne migranti e il loro benessere. Online: https://www.migrantwomennetwork.org/wp-content/uploads/Mental-Health-Report-FINAL-Oct-2021.pdf
[41] American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington. Edizione italiana, 2014: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano. Online in: https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici

frammenti di riti, di protocolli di educazione, di pratiche legate al vestire e al cucinare, al donare e rendere onore. Sono certi odori, certi scoppi di suoni, di tonalità[42]». Ogni persona porta dietro di sé tutto questo e sente, più o meno inconsciamente, il bisogno di ri-collocarlo in un orizzonte di senso, per ri-costruire la propria identità. Questo è vero ancor più per la donna vittima di violenza e migrante. È fondamentale pertanto provare a complessificare e a creare le condizioni affinché si senta compresa nella sua unicità. Questo è possibile quando cerchiamo di costruire spazi di azione ed emozione al servizio della cura che è un esercizio dall'esito incerto.

Di fronte al dolore delle donne vittime di violenza infatti noi non saremo mai testimoni o custodi di tutti i segreti, le sfumature, i dettagli, ma è necessario che esse sentano la nostra capacità e soprattutto disponibilità a metterci in ascolto, anche di ciò che non dicono con le parole. Questo è un principio "terapeutico" in senso lato, che dovrebbe circolare in molti dei nostri spazi di incontro. È in questo modo che quelle traiettorie, spesso deragliate e frantumate perché appesantite da condizioni di violenza, di trauma, di assoggettamento, possono trovare un senso e, di conseguenza, una cura.

Nell'attuale contesto di pandemia, è evidente che la principale criticità per i professionisti della salute mentale è stata ed è ancora oggi legata alla difficoltà di incontrarsi di persona e garantire così un approccio che sia in primo luogo empatico e di ascolto delle vittime. I tempi della cura della salute mentale e dei percorsi di supporto psicoterapeutici in particolare non sono sempre scanditi e regolari e, anche laddove sono stati realizzati da remoto, si sono spesso riscontrati problemi di connessione e organizzativi che compromettono anche la stabilità dell'alleanza tra terapeuta e beneficiaria del servizio offerto. Tuttavia alcune strategie di supporto da remoto, studiate ad hoc in base al bisogno tra cui anche la possibilità di videochiamate o videoconferenze anche su whatsapp con mediatrici e, come vedremo, anche con peer mentors, si sono dimostrate opportunità importanti per uscire dall'isolamento e dall'impossibilità di accesso ai servizi. Infine va tenuto conto che i professionisti della salute mentale e/o psicoterapeuti si sono anche trovati di fronte ad una riacutizzazione di sintomi da disturbo paranoide. E quindi in ogni percorso di cura è anche frequente doversi riadattare velocemente con strategie e tempi di intervento diversi o anche più prolungati. L'ansia e la paura legati al Covid-19 sono infatti sempre più spesso amplificatori di altri sintomi su cui si era già iniziato a lavorare. E magari anche con successo.

Il corpo che parla

I sintomi assumono un significato che non è più unicamente biomedico, ma storico e culturale. Un esempio tra tutti è il modo in cui spesso trattiamo i sintomi che le donne migranti riportano. Mal di testa, disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali, dolore al petto, sono alcuni dei "malesseri" che vengono raccontati per comunicare che qualcosa non sta funzionando. È attraverso il corpo, ferito, usato, distrutto, che il dolore cerca di trovare una via d'uscita, che è probabilmente la più accessibile e la più semplice da comunicare, tenendo sempre conto che esiste anche una barriera linguistica che può essere il primo ostacolo nella relazione d'aiuto.

Occorre inoltre tenere conto che, in alcuni casi, a seguito dei traumi subìti, emergono disturbi psichiatrici che richiedono un approccio farmacologico perché il solo "approccio psico-socio-educativo" non è sufficiente. Questo è tipico dei disturbi di personalità. Nel caso delle donne vittime di sfruttamento sessuale è frequente in particolare il disturbo borderline. D'altra parte sono spesso donne giovanissime che nel paese di origine o nel viaggio migratorio hanno subìto abusi sessuali. Alcuni studi indicano infatti che la percentuale di persone con il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e storia di abuso sessuale varia dal 40% al 76%[43].

---

[42] De Certeau M., 2007. *La presa di parola e altri scritti*, Roma.
[43] Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M., 2009. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. Psychological Bulletin, 135(3): 495-510.

Ne è un esempio evidente la dissociazione nelle donne vittime di sfruttamento sessuale nell'industria della prostituzione. «Nei disturbi dissociativi, la normale integrazione di coscienza, memoria, percezione, identità, emozione, rappresentazione del corpo, controllo motorio, e comportamento è interrotta, e la continuità del sé si perde». Nelle donne vittime di sfruttamento sessuale, i disturbi dissociativi si sviluppano a seguito di un enorme stress per gli eventi traumatici vissuti o anche per un conflitto interiore intollerabile. I disturbi dissociativi sono legati al trauma e i relazionati allo stress. Essi possono comprendere sintomi come amnesia, flashback, paralisi accanto a depersonalizzazione/derealizzazione. Come descrive Ingeborg Kraus[44], le possibili risposte mentali come conseguenza di violenze sessuali ripetute possono essere diverse: «Una profonda sensazione di inutilità e di essere disconnesso dal mondo. La fiducia nelle persone e nelle relazioni è profondamente scossa, i propri limiti non sono conosciuti. Un profondo sentimento di disperazione, disillusione e rassegnazione. Sintomi psicosomatici (come dolori di stomaco, stanchezza, difficoltà a respirare), diverse malattie fisiche. Difficoltà nella regolazione delle emozioni. Sintomi dissociativi, depersonalizzazione, amnesia dissociativa, intrusioni». Michaela Huber, direttrice della Società tedesca per il trauma e la dissociazione, sostiene infatti che «Per permettere agli estranei di penetrare il proprio corpo, è necessario spegnere alcuni fenomeni naturali: la paura, la vergogna, il disgusto, l'estraneità, il disprezzo e l'autocommiserazione. Al loro posto queste donne mettono indifferenza, neutralità, una concezione funzionale della penetrazione, una reinterpretazione di questo atto come "lavoro" o "servizio". La maggior parte delle donne che si prostituiscono hanno imparato, attraverso la violenza sessuale o l'abbandono nella loro infanzia, a spegnersi[45]».

È fondamentale dunque tentare di fare una presa in carico in rete della donna, dove il ricorso ai farmaci diventa necessario, per un periodo non per forza lungo, per riuscire a gestire le situazione di crisi. Questo diventa un primo modo per "controllare" e successivamente lavorare il sintomo e collocarlo in una cornice di senso. I professionisti della salute mentale, operatori e operatrici di case rifugio e centri di accoglienza e le stesse donne vittime di violenza incarnano precisi modelli culturali, costruzioni teoriche e tecniche di cura che sono esplicative dei concetti di salute e di malattia. Le competenze finalizzate alla cura spesso generano zone di incomprensibilità e di fraintendimenti che possono essere definiti "rumors" ovvero malintesi culturali[46].

I professionisti della salute mentale si muovono nel campo della cura e nel tentativo di collocarsi accanto alla sofferenza, per poter far sì che l'altro si senta legittimato nel suo dolore e nel suo essere anche una persona sofferente capace però di ri-costruire un progetto di vita. Dinnanzi a casi di donne migranti è fondamentale che non sottovalutino le variabili socio-economiche ed etniche che già nel DSM-IV-R vengono citate[47] per evitare errori diagnostici quando la donna da valutare è straniera o appartenente ad una minoranza etnica. Le griglie d'analisi e le nozioni della psicopatologia di norma usate per oggettivare il caso non consentono di incontrare davvero la persona e tantomeno il bagaglio culturale che porta con sé nel suo percorso migratorio, nel caso delle donne vittime di GBV spezzato e interrotto da violenze e discriminazioni multiple.

Spesso infatti nelle beneficiare incontrate, si assiste ad una comorbidità di alcuni tratti dei disturbi psicopatologici sopra elencati. Questi sono dovuti all'iper traumatizzazione e all'adattamento ad un nuovo contesto di vita, in seguito ad un progetto e ad un percorso migratorio che nella maggior parte dei casi ha un esito diverso da come era stato pensato. La cultura di provenienza quindi rimane una fondamentale griglia di lettura e di comprensione del disagio.

---

[44] ©Dr. Ingeborg Kraus, Trauma e prostituzione. La salute mentale delle vittime dello sfruttamento sessuale. https://www.trauma-and-prostitution.eu. Intervento al seminario sulla salute mentale, 2021. Online: https://www.youtube.com/watch?v=Mfv1897MF4s.

[45] Huber M., 2014. Trauma und Prostitution aus traumatherapeutischer Sicht. Online: http://www.michaela-huber.com/files/vortraege2014/trauma-und-prostitution-aus-traumatherapeutisch er-sicht.pdf

[46] Profita G., 2014. Malinteso e conflitto: il sottile confine tra negoziare e agire. In "Gruppi" vol. XV, n° 1, Milano.

[47] American Psychiatric Association, Washington 2005 DSM-IV-R. (in particolare cfr. pagg 631 e 647).

Percorsi virtuosi per la salute mentale delle donne migranti

Uno dei percorsi più virtuosi nell'approccio alle donne migranti che hanno subìto traumi multipli con un'attenzione per valori, cultura, tradizioni, religioni, riti, costumi, è l'**etnopsichiatria**. Si sviluppa in Francia a partire dagli anni '60 grazie a George Devereux, psichiatra franco-ungherese, che introduce una visione dell'uomo che va oltre la pretesa di universalità propria della psichiatria e della psicoanalisi del tempo. Dopo di lui, Tobie Nathan fonda il centro Devereux a Parigi nel 1993 e inizia a costruire un dispositivo di cura che sposta l'oggetto della psicoterapia dallo studio della psicopatologia e dei soli sintomi ad un sistema che riconosca come legittima la cultura di origine di ciascuno (modelli familiari, riti, lingua, rapporto con l'invisibile, oggetti di culto, ecc). Il dispositivo è un contenitore di gruppo in cui trovano spazio complessità e multidisciplinarietà, espresse dall'impiego in seduta di una pluralità di attori di diversa formazione e cultura (psicoterapeuti, medici, antropologi, mediatori culturali, familiari). La circolazione di pensieri differenti permette di ricollocare le donne/pazienti nel proprio quadro di riferimento culturale e comunitario. Inoltre viene favorito il riconoscimento della propria identità, la cui perdita viene espressa attraverso il disagio psichico e la sintomatologia.

Una delle best practices che in Italia è legata all'etnopsichiatria è quella dell'**approccio etno-sistemico-narrativo** di Natale Losi, psicoterapeuta, che fonde e unisce il pensiero etnopsichiatrico e quello della terapia familiare. Come per l'etnopsichiatria, il dispositivo di cura prevede numerosi attori sul campo (terapeuta, coterapeuta, mediatore, paziente, ecc) e usa la comunicazione tangenziale, che non si rivolge solo al paziente ma anche agli altri in sua presenza, i quali diventano parte attiva del lavoro terapeutico. L'approccio ESN propone una visione dinamica del rapporto individuo – cultura, dove la persona migrante è attiva, dinamica, mobile. L'efficacia di tale visione va ricercata nelle sue caratteristiche simboliche, nella condivisione di uno spazio comune capace di ricostruire l'identità lacerata dal percorso migratorio e di creare un ponte relazione tra il presente e il passato. Questo accade perché il trauma somiglia più alla vita che alla malattia e come entrambe è un esercizio totale[48].

Un altro percorso virtuoso per le donne straniere vittime di GBV è l'**arteterapia**. Le arti espressive sono infatti uno strumento prezioso per le donne che sono già in una fase di stabilizzazione e che possono seguire percorsi che hanno un'incidenza terapeutica.

[48] Losi N., 2020. Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche. Quodlibet Studio. Macerata.

Arteterapia: una strategia di cura
a cura di Giorgio Magnani psichiatra e gruppoanalista della Scuola di PolisAnalisi di Roma

A chiunque sarà capitato di meravigliarsi di fronte ad un'opera d'arte e di sentire, accanto allo stupore, una sensazione di benessere. Il bello fa stare bene. Si tratta di una esperienza che tutti gli essere umani possono fare: così come la sofferenza accomuna tutti, altrettanto avviene per la bellezza. Credo che questo rappresenti un primo fattore terapeutico insito nell'arte.

Se a persone con un qualsiasi tipo di sofferenza mentale viene offerta la possibilità di avvicinarsi ad opere d'arte si offre loro anche la possibilità di sperimentare un momento di benessere. La visione o il contatto con un'opera d'arte si accompagna inevitabilmente ad emozioni che avranno bisogno di essere ascoltate, forse tradotte e digerite. Si tratta di un lavoro complesso che però può essere condotto con semplicità attraverso laboratori di arte grafico pittorica, di musica, di spiritualità… Nel laboratorio un gruppo di persone, meglio se disomogeneo per età, genere, tipo di sofferenza mentale, si confronta, condivide, integra. I colori o le note sono grandi mediatori e favoriscono la possibilità di prendere contatto con emozioni e parti di sé alle volte molto nascoste e difficilmente verbalizzabili. La disomogeneità del gruppo favorisce un clima non giudicante in cui ognuno può rispecchiarsi nell'altro senza grossi timori. Siamo al secondo fattore terapeutico.

Quando a condurre i laboratori, accanto agli educatori, ci sono artisti professionisti la passione per la loro arte diventa elemento vivificante in grado di contagiare tutti i partecipanti perché parafrasando Winnicot "… non vi può essere distruzione completa della capacità di un essere umano di vivere creativamente …". Terzo fattore terapeutico.

Una menzione a parte merita il teatro perché, più di qualsiasi arte, richiama la dimensione del gioco. Chiunque può trarre vantaggio dal fare teatro perché il teatro è gioco il che significa cercare dentro di sé quelle corde perdute o, semplicemente, nascoste. Per comprendere quanto sia importante il gioco nella vita di un essere umano basta fermarsi ad osservare un bambino. I bimbi giocano senza sosta e già a due, tre anni utilizzano il gioco simbolico: fanno finta di fare la pappa, di addormentare la bambola, di darle le medicine, di essere spaventati dal lupo… Fanno teatro e attraverso il gioco/teatro imparano a mentalizzare e a rielaborare le piccole o grandi angosce che quotidianamente possono incontrare. Tutti i professionisti coinvolti accanto alla passione per la loro arte devono avere una buona capacità di ascolto e di rispetto sia nei confronti del gruppo che dei singoli.

Un ulteriore percorso virtuoso tra le best practices raccolte nei diversi stati europei è il coinvolgimento di **peer mentors**. Come emerge infatti dal Report 2020 sulla salute mentale nell'UE, il supporto di un gruppo di pari facilita la comunicazione e la comprensione di informazioni del sistema sanitario e sociale in un contesto di emergenza a partire da visioni del mondo, cultura e tradizioni condivise. Il gruppo di pari è infatti un modo di pensare e invitare alla costruzione di relazioni che sono reciproche ed esplorative, intorno ad esperienze condivise per il desiderio di cambiare vita. Inoltre rispetto al trauma invece di chiedere «qual è il problema?», la domanda centrale che invita alla narrazione di sé diventa «cos'è successo?». Per esempio nel caso degli adolescenti è determinante il gruppo di pari per sviluppare le relazioni interpersonali e la consapevolezza delle proprie attitudini. Così per le donne vittime di violenza e in particolare le vittime di sfruttamento sessuale - che sono in qualche modo parte di un gruppo spesso della stessa comunità etnica di appartenenza - il confronto e l'affiancamento di peer mentors sono punti di forza efficaci. La difficoltà di mentalizzare un programma e un progetto di recupero e la mancanza del concetto di futuro, caratteristico di alcuni gruppi etnici, richiede un approccio alla sofferenza, all'ansia e all'incertezza sui passi successivi mediato dalle peer mentors. Questo accompagnamento non coincide con il supporto del/della mediatore/rice linguistico e/o interculturale e nemmeno con il supporto psicosociale

di operatrice o assistente sociale di riferimento, che non sono sostituibili. Tuttavia le peer mentors svolgono inconsapevolmente una funzione di stabilizzazione emotiva basata sulla comunanza dei vissuti e di frequente anche sulla somiglianza nella narrazione delle stesse sofferenze. Questa opportunità di costruzione di relazioni di fiducia deriva infatti dalla condivisione di un linguaggio comune. Accanto alle figure di aiuto possono quindi essere riconosciute come persone di fiducia[49].

Sono stata venduta ad un uomo più grande di me quando avevo 17 anni. Beveva e faceva uso di sostanze. Mi ha tenuta segregata in casa sua per tre mesi, violentandomi e picchiandomi. Quando sono rimasta incinta, sono stata costretta a sposarlo. Poi mi ha portato in Italia e mi ha costretta a chiedere l'elemosina alla stazione dei treni. Non potevo spendere niente di quello che guadagnavo perché di sera passava a controllarmi anche nei calzini e nelle mutande. Finché al nono mese di gravidanza, per fortuna un'assistente sociale mi ha avvicinato per strada e mi ha portato in ospedale in emergenza. Quando sono entrata in comunità non parlavo più, non riuscivo a lavarmi, mi toccavo spesso le parti intime. Oltre al ritardo mentale, vivevo un malessere psichico profondo. Non avevo documenti, nemmeno il certificato di nascita, ma ho potuto essere presa in carico dal Centro di Salute Mentale. Lo psichiatra mi ha diagnosticato una forma di schizofrenia con allucinazioni visive e uditive e mi ha prescritto diverse terapie che mi fanno stare bene. Ma quello che mi aiuta di più è il laboratorio protetto dove preparo ogni giorno oggetti di bigiotteria.

Helena, giovane rumena, vittima di matrimonio forzato e accattonaggio

2.3 Un confronto delle migliori pratiche: l'esempio di Svezia, Germania, Italia e Spagna

La salute mentale delle donne nel corso della pandemia, come sottolineato in precedenza, è peggiorata negli ultimi due anni. In particolare sono aumentati i disturbi depressivi tra le donne nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 34 anni. Inoltre è peggiorato nelle donne il malessere dovuto a tensioni e solitudine.

Negli Stati europei tuttavia i sistemi sanitari hanno cercato di dare risposta ai bisogni essenziali di salute mentale, nonostante i servizi ridotti durante i periodi di lockdown. Secondo uno studio dell'OMS, durante la prima ondata della pandemia il 93% dei paesi ha segnalato la paralisi di uno o più servizi, il 78% dei paesi hanno riferito la totale o parziale interruzione dei servizi di salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro, il 35% ha segnalato complicazioni negli interventi di emergenza, il 30% ha riferito difficoltà di accesso ai farmaci per disturbi mentali, neurologici e di uso di droghe. Oltre il 60% dei paesi ha segnalato interruzioni nei servizi sanitari per le persone vulnerabili, comprese le donne nel 61% dei casi[50].

Nella raccolta di prassi promettenti sono emerse alcune caratteristiche che le accomunano che riguardano la formazione dei professionisti della salute basata sull'approccio sensibile al genere e culturalmente sensibile, la fruibilità delle informazioni tramite mediatori o almeno peer mentors, la

[49] Blöcher J., Eyselein L., Shrum J., Wells A. Revisore: Simon Kolbe. Team accademico: Ciambezi I., Mosebach-Kornelsen E., Sander C., Stefani G., Menzel-Kötz H., 2020. Rapporto di ricerca.Approccio intersezionale al processo di integrazione in Europa per le sopravvissute nigeriane alla tratta di esseri umani: rafforzare le opportunità e superare gli ostacoli. Pagg. 57-61 e pagg. 83-87.Online: https://intap-europe.eu/wp-content/uploads/ResearchReport_Nigerian_SoT.pdf

[50] The European House – Ambrosetti on WHO and various studies, 2021. Online: https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/211005_Headway-2023_Report_DEF.pdf, pag.24.

consulenza e l'ascolto verso donne con specifiche vulnerabilità, i percorsi di supporto psicosociale e di cura accessibili a tutte le donne anche con background migratorio, la rete tra i servizi e l'approccio multidimensionale nella presa in carico tempestiva delle donne migranti.

SVEZIA e paesi baltici

Mettendo a confronto quattro stati membri dell'UE Svezia, Germania, Italia e Spagna e le buone prassi messe in campo non solo dai servizi pubblici ma soprattutto da NGO dedicate a vittime di violenza e in particolare di sfruttamento sessuale, emerge che la Svezia ha un'attenzione significativa per la salute mentale anche nel caso di donne migranti, richiedenti asilo e rifugiate e che l'accesso ai servizi è garantito a tutti al di là del loro status, sebbene siano numerose le differenze da comune a comune. Rispetto agli altri paesi dell'EU, secondo i dati del Mental Health Index, la violenza sessuale è considerata un fattore di rischio e la maggior parte delle vittime sono a rischio di sviluppare un disturbo mentale. «In media, nell'UE+Regno Unito, il peso degli abusi sessuali in termini di salute mentale e conseguenze ammonta a 7,4 anni vissuti con disabilità (YLD) ogni 100.000 abitanti». Per quanto riguarda la Svezia, l'impatto negativo del Covid sulla salute mentale è stato del 54%, la risposta del sistema ai bisogni della popolazione è stata del 100%. Il peso della violenza sessuale in termini di anni vissuti con disturbi mentali per 100.000 abitanti in Svezia è stato tuttavia di 13 anni quindi molto alto (quasi il doppio della media), sebbene in Germania sia ancora più alto (14.2). Va comunque ricordato che esiste una linea telefonica per la libertà delle donne che offre consulenza telefonica su tutto il territorio nazionale a chi subisce violenza fisica, psichica, sessuale e anche a parenti e amici delle vittime. La linea telefonica, lo 020 50 50 50, è attiva 24 ore su 24.

La rete e l'approccio multidimensionale

Le prassi promettenti raccolte, e indirizzate a donne migranti vittime di GBV, riguardano in prevalenza lo sfruttamento sessuale. L'elemento significativo delle prassi svedesi è innanzitutto la rete tra organizzazioni private che si occupano di assistenza alle vittime e cliniche e servizi sanitari pubblici e privati. Secondo la NGO Noomi attiva a Malmo, una delle città portuali con più alta percentuale di stranieri e varietà di gruppi etnici, "Medici del mondo" fornisce supporto medico gratuito a tutti coloro che non sono residenti in Svezia e quindi hanno accesso solo all'assistenza sanitaria di emergenza, mentre "Flyktinghälsan" è una clinica per rifugiati che permette a tutti i richiedenti asilo e rifugiati di avere accesso all'assistenza sanitaria ad un prezzo accessibile, anche nel caso di stranieri che non hanno un 'person numer' ovvero un numero personale di identificazione. Anche nel caso delle comunità rom. Le organizzazioni svedesi che si occupano di donne vittime di sfruttamento sessuale trovano supporto e consulenza psicologica in questi ed altri centri medici anche per la salute mentale delle proprie beneficiarie. In questa città virtuosa è comunque garantito dal servizio pubblico anche l'accesso ad ambulatori per chi non possiede il numero personale. Questo è possibile grazie a due leggi svedesi che prevedono l'accesso al supporto medico anche per i non residenti: la legge 407 del 2013, Act on Health Care for Certain Foreigners Present in Sweden Without the Appropriate Documentation e la legge 344 del 2008, On Health Care For Asylum Seekers And Others.

Un esempio di rete con un approccio di genere e multidimensionale riguarda il Comune di Malmo: *Evonhuset* offre supporto a chiunque sia nella rete del commercio sessuale. È un centro di accoglienza, ascolto, supporto di persone che vendono o comprano sesso, dei loro parenti, nonchè di persone con problemi di dipendenza dalla pornografia dove vengono forniti i servizi quali colloqui di supporto, consigli e supporto alla organizzazione della vita, supporto nei contatti con le autorità e nella ricerca del lavoro e della formazione. Il servizio è rivolto a persone dai 15 anni di età. Inoltre è garantito l'impegno di coordinatrici regionali che si occupano di rafforzare il supporto alle persone coinvolte dalla prostituzione, così anche come a vittime di matrimoni forzati, vendita di organi,

sfruttamento ai fini di accattonaggio etc. Le coordinatrici intervengono personalmente per affiancare gli utenti nella conoscenza e messa in pratica dei loro diritti e nella creazione di una rete con le autorità e le organizzazioni locali. Un'altra funzione delle coordinatrici è quella di identificare i gap nel sistema, anche tramite i rapporti con le agenzie della migrazione e con la polizia. La maggioranza delle persone contattate provengono da Romania, Nigeria, Vietnam, Thailandia, Svezia, Siria, Ghana. Dunque un'attenzione e una cura delle donne vittime di violenza - anche straniere - che è intrinseca ai diversi settori della vita sociale, sanitaria, politica e che pone su un piano di pari dignità e di pari opportunità anche le donne nella prostituzione, uscendo così dalla logica della mercificazione e dei rapporti di potere e del diritto di proprietà degli uomini nei confronti delle donne, superata dalla legislazione svedese nel 1999. Essa ha infatti depenalizzato le donne nella prostituzione e ha vietato l'acquisto di prestazioni sessuali da parte dei consumatori, in modo da ridurre il commercio del sesso a favore dell'empowerment femminile nell'economia, nella politica, nella società, in settori che erano in passato esclusivi degli uomini.
La rete tra servizi e l'approccio multidimensionale nell'assistenza alle vittime è dunque fondamentale per curare le conseguenze sulla salute mentale delle donne vittime di sfruttamento sessuale che, come già sottolineato in precedenza, sono presenti nel lungo periodo. In particolare disturbo d'ansia, disturbi depressivi, disturbo bipolare. E anche per prevenire i tentativi di suicidi, dato che in Svezia il tasso di suicidi nella popolazione è più alto della media sebbene inferiore alla Lituania in cui è pari a 2 persone ogni 100.000 abitanti.

Supporto di sopravvissute accanto ai professionisti della salute: arteterapia per l'inclusione sociale
La rete tra servizi per le vittime di violenza di genere è presente anche nella buona prassi promossa dal Consiglio degli Stati del Mar Baltico e cofinanziata dalla CBSS Project Support Facility: la campagna "If you speak up, I will join" prodotta da LightUp Norvegia, un'organizzazione giovanile impegnata a porre fine allo sfruttamento sessuale, basata sul coinvolgimento di sopravvissute insieme a professionisti del settore. Il progetto, attivo fino al 2020 e gestito da organizzazioni in Lettonia, Russia, Svezia e Norvegia in collaborazione con altri paesi dell'area baltica, mirava ad identificare e responsabilizzare le persone sopravvissute alla tratta di minori. Comprende pure un manifesto dei sopravvissuti[51] in cui emergono, oltre all'importanza di percorsi a lungo termine che devono essere lo standard per tutti e iniziative di inclusione sociale, anche alcune interessanti strategie di stabilizzazione emotiva e psicologica. Tra queste, le arti e le terapie creative sono trattamenti che implicano l'utilizzo di attività artistiche in un ambiente terapeutico, con il supporto di un professionista qualificato. Questi possono variare da danza, batteria o teatro ad attività artistiche e artigianali. Alcuni dei vantaggi chiave che sono stati segnalati da persone che hanno preso parte all'arteterapia includono la riduzione di ansia e stress, l'aumento delle capacità di coping , la crescita dell'autostima e della fiducia in se stessi, una migliore stabilità emotiva.

Consulenza e supporto a donne con grave vulnerabilità nell'area baltica
Inoltre tra le buone prassi segnalate in un altro paese dell'area baltica, la Danimarca, si evidenzia l'importanza di una maggiore consapevolezza dei professionisti della salute sulle condizioni di gruppi vulnerabili come donne rifugiate e migranti e donne in aree con instabilità socio-politica. La ONG Danner cerca di integrare l'approccio basato sui diritti umani con i principi di partecipazione, uguaglianza ed empowerment, assistendo le organizzazioni della società civile locale nella costruzione di reti a supporto delle case rifugio e di professionisti, inteso come modo più efficace per ridurre la violenza contro le donne. La consulenza alle donne migranti esposte alla violenza include la valutazione della sicurezza della donna, la mappatura della forma di violenza subìta e delle sue

[51] Online: https://thesurvivorplatform.com/

conseguenze e la costruzione di un piano con la donna su come liberarsi dalla violenza, come gestirne le conseguenze per sé e per gli eventuali figli e su come costruire di nuovo la vita che desidera. Nel centro di crisi è possibile tuttavia ospitare solo donne con permesso di soggiorno legale in Danimarca. Nel 50% di casi si tratta di donne con un background di minoranza.

Alcune raccomandazioni del GREVIO

Tra i paesi della regione baltica, la Svezia ha guadagnato il riconoscimento internazionale come forte leader nella lotta contro la violenza di genere, per i suoi approcci innovativi e un approccio di genere applicato nei vari settori della vita sociale e politica. Nel rapporto di valutazione GREVIO, emergono tuttavia alcune falle del sistema che vanno migliorate tra le quali:

⇨Le donne straniere i cui diritti di soggiorno in Svezia sono legati al marito o partner, difficilmente possono uscire dalla violenza se sono escluse dal beneficio di un permesso di soggiorno autonomo ai sensi del capitolo 5 della legge sugli stranieri Swedish Aliens Act. La legge sulle restrizioni temporanee infatti è contraria al principio di non discriminazione della Convenzione di Istanbul.

⇨Se è molto positivo l'approccio di genere in tutti settori, le conoscenze basilari dei professionisti riguardo ai fattori di vulnerabilità e altre barriere, ad esempio per le donne sami e rom, e in generale per le donne di origine migrante, le donne tossicodipendenti devono essere potenziate al fine di garantire una risposta su misura per le loro esigenze specifiche.

⇨Inoltre la qualità degli interventi delle autorità locali e la disponibilità di servizi specialistici variano in modo significativo in particolare rispetto alle diverse forme di violenza di genere e al loro impatto negativo sulla salute delle donne.

⇨L'introduzione del reato di "grave violazione dell'integrità di una donna" nel 1998 è stato altrettanto lodevole ma nell'attuale panorama della migrazione, le donne dipendono dalla consulenza legale per costruire un caso solido e anche se gratuita spesso i legali non hanno un approccio sensibile al genere.

GERMANIA

Secondo i dati del Mental Health Index, in Germania l'impatto negativo del Covid sulla salute mentale della popolazione è stato del 44%, inferiore rispetto ai principali Stati europei; la risposta del sistema ai bisogni della popolazione è stata del 59%. E risultano notevoli risorse impiegate per questo. Tuttavia in Germania il peso della violenza sessuale in termini di anni vissuti con disturbi mentali per 100.000 abitanti è pari a 14.2 ovvero il più alto in Europa, secondo solo alla Grecia (14.6). Dato allarmante se si considera che soprattutto le donne migranti che sono nei centri di accoglienza, sono state più spesso vittime di sfruttamento sessuale e tratta e quindi nella maggioranza dei casi hanno subìto discriminazioni e violenze multiple anche prima e durante il viaggio migratorio, ma non accedono facilmente a percorsi di supporto psicologico e mancano di una copertura sanitaria duratura.

Riguardo ai femminicidi, i dati mostrano che in Germania nel 2020 sono stati quasi il doppio dei casi rispetto a Italia e Spagna (14). Dal 2019 al 2020, il numero di femminicidi è infatti raddoppiato. E nei primi mesi del 2021, c'è stato un ulteriore aumento del 13,33%. Gli Stati di Bavaria, Baden-Wuerttemberg e Lower Saxony hanno il triste primato. Per lo più si tratta di donne sposate e il modus operandi dell'assassino più comune è l'accoltellamento. Secondo lo studio del Centro di osservazione sui femminicidi in Germania (FOCG), inoltre nelle statistiche ufficiali delle autorità di polizia le donne sono registrate come vittime di omicidi, non sono aggregati dati sulle uccisioni di donne finchè non sono terminate le indagini, non sono raccolte informazioni sulla storia di violenza da parte dell'autore, non sono registrate informazioni quali lo stato di gravidanza o anche a presenza di minori. La violenza contro le donne risulta radicata tradizionalmente e strutturale. Tuttavia il Ministero tedesco della famiglia, degli anziani, delle donne e della gioventù nel dicembre 2021 ha lanciato un numero antiviolenza per le donne, lo 08000116016, che offre consulenza

confidenziale e anonima in 17 lingue straniere, inclusa la lingua dei segni (tedesca) e linguaggio semplificato, destinato a persone con difficoltà di lettura e/o comprensione del testo.

Le prassi promettenti che sono state raccolte riguardano in prevalenza lo sfruttamento sessuale di donne migranti, prevalentemente collegato alla tratta di esseri umani e anche conseguenza dell'attuale sistema regolamentarista della prostituzione. Come già descritto nei precedenti paragrafi, esperti di traumatologia hanno sottolineato come esista una notevole asimmetria di potere e di violenza nel rapporto tra cliente e donna prostituìta e la normalizzazione della prostituzione in Germania tramite la regolamentazione nei bordelli, genera relazioni di dipendenza che "automaticamente producono tutte le facciate e gli sfondi atti alla pratica di ogni genere di violenza"[52]. Il cliente non solo richiede pratiche sessuali sempre più violente e degradanti alle donne ma possono riportare il medesimo comportamento nei rapporti con la propria moglie o partner.

L'elemento significativo nelle buone prassi raccolte in Germania è la consulenza di ONG nei centri di accoglienza per richiedenti asilo per garantire i diritti basilari delle donne, consulenza che è continuata anche nel corso della pandemia. Le donne vittime di sfruttamento sessuale in particolare dell'Africa centrale negli ultimi anni sono arrivate in Germania nella cosiddetta "seconda migrazione" ovvero dopo essere uscite dai circuiti di sfruttamento nel sud Europa oppure destinate a forme di sfruttamento oltralpe, o perchè invitate a trasferirsi in Germania dai loro loverboy, intermediari delle reti criminali. Di frequente si tratta di giovani madri - 'baby mum' - che sono poi state abbandonate dai loro partner e hanno quindi chiesto aiuto alle ONG locali, usufruendo dei contributi per il sostegno alla maternità garantiti dal governo federale, dove ve ne erano le condizioni.

Il supporto psicosociale attraverso il peer mentoring

Nel supporto di queste donne spesso non sono stati sufficienti il numero delle mediatrici linguistiche o interpreti che potessero agevolare l'identificazione e l'integrazione. Inoltre specie nel caso di donne provenienti dall'Africa subsahariana donne africane che non hanno vissuto la loro stessa esperienza di violenza e discriminazione multipla a volte sono state percepite in modo negativo e con diffidenza. Il programma di supporto basato su donne alla pari sopravvissute alla tratta selezionate da ONG dislocate in varie zone della Germania - Solwodi e The Justice Project - è stato pertanto di successo. Queste mentori che mostrano una sufficiente stabilità dal punto di vista psicologico e quindi non manifestano un rischio di rivittimizzazione, nel progetto Sisa promosso da due ONG in Germania, vengono formate per identificare le potenziali vittime tra le richiedenti asilo usando un approccio peer-to-peer. In questo modo più donne ricevono informazioni sui loro diritti, entrano in contatto con assistenti sociali a cui denunciare la loro vittimizzazione durante il processo di asilo e sono informate sui servizi offerti da ONG locali specializzate. In collaborazione con altre ONG in Italia e in Spagna, il programma è anche esteso a peer mentors che si occupino di vittime già identificate e in un processo di integrazione già avviato. Questo metodo educativo e di supporto al progetto di recupero e integrazione delle vittime è particolarmente efficace a livello motivazionale al team di educatrici, mediatrici, psicologhe e non si sostituisce ad esso. L'approccio di genere e culturalmente sensibile è un altra caratteristica fondamentale che si è rivelata significativa soprattutto nel caso di donne espulse dalla Germania e destinate al rientro volontario, e dove non è possibile evitarlo forzato, di donne dublinanti ovvero richiedenti asilo che secondo il Regolamento di Dublino devono ritornare nel primo paese di approdo in Europa. La rete transnazionale creata per evitare la vittimizzazione di queste donne costrette nuovamente a cambiare luoghi, abitudini e lingua dimostra quanto sia importante supportare chi è vittima di un sistema normativo che andrebbe urgentemente superato.

[52] Manifesto dei terapisti traumatologi tedeschi contro la prostituzione, 2014. Online: https://www.emma.de/artikel/traumatherapeutinnen-gegen-prostitution-317787

Il supporto di mèntori alla pari durante la pandemia è stato sperimentato anche in Belgio col progetto *Life beyond the shelter* che ha garantito un'integrazione positiva a lungo termine per donne vittime di sfruttamento sessuale. In particolare ha rafforzato il sostegno nella transizione dalla vita nella casa rifugio all'indipendenza di donne principalmente africane, attraverso strumenti e soluzioni pratiche, innovative e responsabilizzanti. Attuato da cinque organizzazioni di supporto alle vittime provenienti da Belgio, Germania, Italia e Spagna ha previsto anche un programma di mentoring in cui le donne che, finito il progetto nella casa rifugio passavano alla vita autonoma, sono state abbinate ad ex vittime della tratta ormai da tempo integrate con successo o volontari locali per promuoverne l'inclusione sociale e per la risoluzione indipendente dei problemi. Anche in questo caso la stabilità emotiva e il benessere mentale delle donne in una fase delicata di inclusione ed autonomia nella società ospitante è stato così facilitato.

Consulenza e supporto a vittime in condizioni di grave vulnerabilità

Tra le buone prassi per la salute mentale delle donne vittime di violenza, è particolarmente positiva l'esperienza di Papatya, un team di donne interculturalmente competente nei settori del lavoro sociale, della psicologia, della politica e del diritto, che da oltre 35 anni fornisce consulenza e assistenza a ragazze e giovani donne - che devono fuggire dalle loro famiglie - attualmente in lingua turca, curda, araba, farsi, inglese e tedesca. In Germania infatti esistono due network dedicati ai matrimoni forzati a cui prende parte Papatya. La Conferenza federale contro il matrimonio forzato (BuKo) è una rete di enti di protezione e centri di consulenza specializzati in matrimoni forzati, impegnata nello scambio di esperienze e nello sviluppo di rivendicazioni comuni sulla politica. Il Gruppo di lavoro di Berlino contro i matrimoni forzati, fondato nel 2001 su iniziativa di Papatya, è coordinato dal Funzionario per le donne e le pari opportunità del distretto di Friedrichshain-Kreuzberg ed è composto da rappresentanti di centri di accoglienza, centri di consulenza, scuole, uffici di assistenza ai giovani, funzionari dell'immigrazione e altre istituzioni. Papatya, con il Centro di coordinamento contro il rapimento e il matrimonio forzato dal 2013, offre consulenza e aiuto a ragazze e giovani particolarmente vulnerabili ovvero donne che temono di essere espulse all'estero, di essere costrette a contrarre matrimonio all'estero, oppure già detenute all'estero contro la loro volontà. Una volta portate in Turchia, Iraq, Libano o in un altro paese, per lo più senza passaporto e senza cellulare, sono infatti impossibilitate a difendersi dal matrimonio con un uomo non amato. Queste competenze specifiche e l'offerta di informazioni multilingue è una prassi che favorisce non solo la tutela di donne a rischio in Germania ma anche verso la Germania. Inoltre la linea telefonica attivata, che come descritto in seguito, è presente anche in Italia di recente, è a volte l'unica opportunità di contatto con altre donne che difendono i diritti umani di adolescenti potenziali vittime di matrimoni precoci o di donne già vittime ma che ne hanno preso consapevolezza col tempo, a seguito di ulteriori violenze domestiche subìte, scegliendo così di uscire dall'invisibilità.

Alcune raccomandazioni per il GREVIO

In Germania il rapporto di valutazione del GREVIO non è ancora stato pubblicato. Tuttavia, secondo il rapporto ombra delle organizzazioni di e per donne migranti al GREVIO sull'applicazione della convenzione di Istanbul i principali cambiamenti necessari e raccomandati sono i seguenti:

⇨Abolire la disposizione legislativa secondo cui per essere riconosciute vittime di violenza domestica le donne debbano aver convissuto con il partner per un periodo non inferiore a tre anni. Fatta eccezione per le donne di cittadinanza turca, per le quali il periodo richiesto è di 2 anni.

⇨Valutare l'eccessiva quantità di prove richieste per la valutazione di casi di violenza. La stessa richiesta di produrre delle evidenze della violenza subìta innesca il rischio di rivittimizzazione.

⇨Migliorare le condizioni delle richiedenti asilo che alloggiano nelle strutture ricettive e che, per tale motivo, non hanno diritto a ricevere benefici, hanno una copertura sanitaria che include solo lo stretto necessario e non possono lavorare.
⇨Formare adeguatamente interpreti e operatori sociali ed aumentare il numero di interpreti dello stesso genere.
⇨Rendere consapevoli le richiedenti di essere vittime di violenza di genere, fornendo loro tutte le informazioni circa i loro diritti e preparandole adeguatamente ad affrontare i colloqui con la presenza di un supporto medico che agevoli il racconto del trauma subito.
⇨Stabilire collaborazioni efficaci tra strutture ricettive e servizi di consulenza e supporto ed aumentare la durata della copertura sanitaria oltre i 18 mesi previsti.
⇨Consentire alle donne che vi necessitano l'accesso a percorsi di psicoterapia, in modo particolare all'interno delle strutture ricettive di accoglienza.
⇨Superare la restrizione rappresentata dalla disposizione del 2019 secondo la quale nelle procedure di asilo e richiesta di titolo di soggiorno autonomo vengono accettati solo certificati medici redatti da neuropsichiatri per certificare il trauma.

ITALIA

In Italia, le donne vittime di violenza grazie alle Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere, denominate "Percorso per le donne che subiscono violenza", possono ricevere un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna, garantendo loro una tempestiva e appropriata presa in carico, a partire dal triage sino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati specializzati. E questo avviene anche nel caso di donne migranti. Per quanto riguarda invece l'offerta dei servizi per le vittime di sfruttamento e tratta, è garantita da un unico programma di emersione, assistenza e di integrazione sociale è realizzato dai servizi sociali territoriali e/o da soggetti privati con loro convenzionati, iscritti nell'apposita II sezione del registro delle Associazioni e degli Enti, che svolgono attività a favore degli immigrati, come previsto dall'articolo 52, comma 1, del Regolamento di attuazione del Testo unico Immigrazione, D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, modificato dall'art. 46, comma 1, del D.P.R. 18 ottobre 2004, n. 334, in modo da creare una forte sinergia tra le varie filiere di servizi (sociali, formativi, legali, alloggiativi, psicologici, lavorativi etc.). Per quanto riguarda la salute mentale l'accesso ai servizi in emergenza è garantito a tutti e così pure la cura farmacologica sul breve periodo. Percorsi di supporto psicoterapeutico e/o riabilitativi di lungo periodo tuttavia sono raramente garantiti dal servizio pubblico se le vittime non sono residenti. Occorre rivolgersi a ONG o ambulatori medici privati. Anche in questo caso, raramente sono servizi gratuiti.

Inoltre il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ogni due anni adotta un Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne centrato su molteplici aspetti connessi alle condizioni di violenza: la prevenzione, la protezione delle vittime, la punizione degli uomini che agiscono la violenza, la formazione e l'educazione di operatori e popolazione, l'informazione e la sensibilizzazione, l'azione sugli uomini maltrattanti, la tutela delle donne migranti e vittime di discriminazioni multiple, l'autonomia lavorativa, economica e abitativa e la diffusione dei luoghi dedicati alle donne. Ha anche istituito dal 2006 un numero verde nazionale - il 1522 - che è un numero gratuito di pubblica utilità attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno disponibile nelle lingue italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo, per dare una prima risposta ai bisogni delle vittime di violenza di genere e stalking. Nello specifico delle vittime di tratta di esseri umani, tra cui rientrano anche le vittime di sfruttamento sessuale, è attivo in Italia un numero verde antitratta - l'800 290 290 - per l'emersione delle vittime e per la loro tempestiva protezione.

Ma come è cambiata la salute mentale delle vittime durante la pandemia? Secondo i dati del Mental Health Index, in Italia l'impatto negativo del Covid sulla salute mentale della popolazione è stato del 62%, la percentuale più alta, seconda solo al Regno Unito. Tuttavia la risposta del sistema ai bisogni della popolazione è stata del 67%. Per quanto riguarda il peso della violenza sessuale in termini di anni vissuti con disturbi mentali per 100.000 abitanti è pari a 10.5 ovvero tra i più alti ma inferiore a Germania e Svezia. Per quanto riguarda i femminicidi, secondo il report del Viminale nel 2021 sono aumentati di +8%, uno ogni 72 ore e sono in crescita del 7% i delitti commessi per mano di un familiare e +10% di violazioni dei divieti previsti dal cosiddetto Codice Rosso la legge 19 luglio 2019, n. 69. Sebbene rispetto alla Germania il numero totale - 116 donne assassinate - sia stato inferiore, occorre ricordare che l'applicabilità del Codice Rosso, che prevede pene più severe, avrebbe dovuto in Italia garantire un miglioramento in termini di tutela delle vittime di violenza e di prevenzione di atti più cruenti, come i femminicidi. Altro elemento da notare è che già nel 2020, per la prima volta, la percentuale delle donne vittime di violenza straniere che hanno chiesto aiuto al numero nazionale antiviolenza sono state circa il 10%[53]. Dunque in diminuzione rispetto agli anni passati.

La formazione specifica dei professionisti della salute mentale e lo sviluppo dell'etnopsichiatria

Riguardo alle buone prassi raccolte, emerge in Italia lo sviluppo dell'etnopsichiatria, come già descritto in precedenza, dal Centro Fanon di Torino alla Scuola Etnopsi di Roma. Il Centro Frantz Fanon è un Servizio di Counselling, psicoterapia e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura. La sua attivazione è stata possibile grazie agli accordi stipulati negli anni passati dall'Associazione Frantz Fanon con i Dipartimenti di salute mentale del Servizio Sanitario Nazionale. Il gruppo di lavoro composto da medici-psichiatri, psicologi, mediatori culturali, antropologi ed educatori professionali oggi prosegue le proprie attività autonomamente.

Rispetto alla formazione di operatori della salute mentale, significativo è il lavoro avviato dai docenti di Etnopsi in diverse regioni italiane. Ne è un esempio, il percorso formativo periodicamente offerto ai professionisti della salute mentale per accrescerne le competenze etnopsichiatriche e comprendere i diversi orizzonti culturali, la decodifica dei segnali della sofferenza, la presa in carico della persona - dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione - e le azioni volte a facilitare e stabilizzare la relazione tra il servizio sanitario pubblico e i soggetti privati. La teoria e la tecnica etnopsichiatriche si basano sulla narrazione del proprio percorso biografico in modo da sottolinearne il carattere di holding della sofferenza: uno strumento per ricollocare gli eventi in un ordine e in una costellazione dotati di senso e poter procedere alla ri-organizzazione dei progetti e dei desideri a lungo termine, spesso bloccati o spezzati. È proprio la pratica del racconto che consente di co-costruire assieme al paziente, e al gruppo etnopsichiatrico, il significato della violenza migratoria, controllandone così gli effetti devastanti e le crisi reiterate che non trovano possibilità di contenimento.

La rete e l'approccio di genere e multidimensionale tra ONG, helpline, servizi socio-sanitari

Tra le buone prassi raccolte in Italia, è da segnalare Differenza Donna ente gestore del numero antiviolenza e antistalking 1522, oltre ad occuparsi di donne migranti vittime di violenza e vittime di sfruttamento sessuale, ha attivato una linea telefonica - +39 349 4393267 - rivolta a donne migranti presenti sul territorio italiano, vittime di MGF e/o matrimoni forzati. L'obiettivo principale è quello di ricevere le richieste delle donne, per indirizzarle ai servizi, come ospedali, consulenti, associazioni che si occupano di MGF/matrimoni forzati su territorio nazionale. Se la donna che contatta la linea si

[53] ISTAT, 2020. Report di analisi dei dati del numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking 1522. Online: http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2020/11/Report-di-analisi-dei-dati-del-numero-verde-contro-la-violenza-e-lo-stalking-1522-22112020.pdf

trova a Roma, verrà presa in carico da uno dei Centri Antiviolenza gestiti da Differenza Donna nella regione Lazio. In Italia, il Dipartimento per le Pari Opportunità svolge funzioni di coordinamento delle azioni mirate alla prevenzione ed al contrasto delle MGF, ai sensi della Legge 7/2006 contenente "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", definita un esempio di best practice anche dal Segretario generale delle Nazioni Unite nel Rapporto sulle MGF del 2011. Le donne e le ragazze che hanno subìto MGF o sono a rischio di subirle vivono infatti anche in Italia e in Europa. Avendo diverse ONG denunciato particolari situazioni di disagio e discriminazione soprattutto nei centri di prima accoglienza nei confronti delle donne migranti e nei centri per richiedenti asilo, nel 2017 sono state realizzate e diffuse "Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose2[54].

Consulenza e sostegno alle donne in condizioni di vulnerabilità, al di là dello status del migrante
Differenza Donna ha contribuito alla sensibilizzazione delle autorità sulla vulnerabilità delle richiedenti asilo, promuovendo una collaborazione formalizzata prima nel sistema di referral dinanzi alle Commissioni territoriali e poi nel protocollo di cooperazione siglato con la sezione XVIII del Tribunale di Roma per il riconoscimento delle vittime tra le richiedenti asilo che impugnano i provvedimenti di diniego delle Commissioni territoriali per la protezione internazionale. Oltre a queste sfide, ha attivato uno sportello presso il Centro di Permanenza per il Rimpatrio (C.P.R.) di Ponte Galeria con l'obiettivo di far emergere situazioni di sfruttamento. Essere presenti al C.P.R., che ha una capienza di 125 posti, con uno sportello settimanale con operatrici esperte, dà modo di monitorare la situazione e sostenere le donne vittime non solo di sfruttamento sessuale ma anche che sono state vittime di persecuzioni di genere, matrimoni forzati, mutilazioni genitali femminili, maltrattamenti e stalking. Nel corso degli anni queste donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità sono state sostenute non solo nella loro uscita dai C.P.R. ma anche nella fuga dalla violenza. In ogni C.P.R. e nei centri di detenzione anche negli altri paesi dell'Unione Europea è dunque raccomandata la presenza di un'associazione che si occupa di violenza di genere.

Percorsi di supporto psicosociale basati su skills life e non solo su terapie farmacologiche
La Comunità Papa Giovanni XXIII nello specifico campo della salute offre accoglienza a persone con disturbi mentali, uomini e donne, anche vittime di violenza di genere e vittime di tratta con un approccio interculturale e una comunicazione non violenta. Nella buona prassi di laboratori teatrali ed espressivi oltre al valore dell'arte come terapia, descritta nel precedente paragrafo, è interessante notare l'obiettivo di rafforzare le skills life e le potenzialità di ogni donna beneficiaria del percorso protagonista nel processo di riabilitazione, anche se migrante, disabile, uscita dalle dipendenze patologiche. La cura della salute mentale - oltre alla terapia farmacologica - passa infatti dall'esperienza concreta in un microcosmo protetto che ripete le caratteristiche della società in cui la persona sarà reintegrata. Costante è la gestione delle emozioni, il cammino in un contesto di gruppo di aiuto e l'affiancamento di professionisti culturalmente sensibili e attenti alla costruzione di relazioni paritarie tra uomini e donne. Questo avviene anche nel caso di donne, madri detenute in pena alternativa, appartenenti a minoranze etniche e a loro volta spesso con un background di sfruttamento e violenza intrafamiliare. Lo specifico supporto alle madri single è ancora più importante se si pensa che nella pandemia, come vedremo anche nelle prassi della Spagna, sono state le più colpite e con loro i figli spesso vittime di violenza assistita.

Inoltre la Comunità fondata da don Oreste Benzi nel 1968 ha promosso l'avvio di "La Filigrana", un poliambulatorio per l'assistenza medica e psicologica a offerta libera per le persone più vulnerabili tra cui anche donne vittime di violenza. Caratteristica del modello di intervento è il

[54] Online: http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/file-unico-mgf_eng.pdf

confronto multidisciplinare sul singolo caso per progettare il percorso di cura in rete a partire dai servizi offerti: psicologia/psicoterapia, ginecologia, ostetricia, logopedia, cardiologia, fisiatria, omeopatia, neurologia, agopuntura, sessuologia. Obiettivo dei professionisti, principalmente donne costantemente formate per la promozione del benessere personale e sociale, che lavorano nel poliambulatorio (medici, psicologi, psicoterapeuti, tecnici che collaborano) è vivere il proprio volontariato basato sull'Alterocentrismo: ciò che spinge ad agire è il bene del prossimo, perché in questo modo si costruisce il bene di tutti. Le prestazioni psicologiche, psicoterapeutiche e mediche sono offerte a tutti senza distinzione di classe sociale e con priorità a chi vive in stato di marginalità, disagio o povertà. L'accesso può essere diretto o mediato da servizi o associazioni del territorio.

Alcune raccomandazioni del GREVIO

Secondo il rapporto Grevio sull'applicazione della Convenzione di Istanbul, i principali cambiamenti necessari raccomandati all'Italia si basano sul potenziamento di un approccio di genere e sul superamento di stereotipi e discriminazioni ancora radicate nella società italiana. Tra le raccomandazioni più significative sono emerse le seguenti:

⇨Fornire adeguata formazione a servizi sociali e operatori in modo particolare nella redazione di relazioni necessarie all'ottenimento di un titolo di soggiorno autonomo in casi di violenza.

⇨Classificare come condizioni ad alto rischio anche situazioni di violenza psicologica ed economica spesso non considerate tali dalle forze dell'ordine.

⇨Assicurare alle vittime di matrimonio forzato di poter mantenere lo status acquisito anche nel caso in cui siano costrette a spostarsi in un paese terzo per contrarre matrimonio.

⇨Elaborare delle linee guida standardizzate per l'identificazione e la segnalazione di vittime di violenza di genere.

⇨Assicurare un'adeguata formazione in materia del personale operante all'interno delle strutture ricettive e incrementare la presenza di mediatrici interculturali.

⇨Incrementare i posti in accoglienza o mettere in atto azioni che limitino il ricorrere delle richiedenti asilo ad insediamenti abusivi e baraccopoli.

⇨Migliorare l'efficacia del coordinamento tra il sistema di asilo e i servizi specialistici anche attraverso la condivisione delle informazioni e delle procedure operative.

⇨Potenziare un approccio multi agenzia dei centri di accoglienza che coinvolga i servizi sanitari e sociali, con una prospettiva anche a lungo termine per le beneficiarie.

SPAGNA

In Spagna il numero telefonico 016, promosso dal Ministero per la Uguaglianza, attraverso la Delegazione del Governo contro la violenza di genere, fornisce un servizio di informazione, consulenza legale e assistenza psicosociale immediata da parte di personale specializzato per ogni forma di violenza contro le donne. Il numero telefonico si può contattare anche via WhatsApp al numero 600 000 016. Per quanto riguarda lo sfruttamento sessuale delle donne nel contesto della tratta, il numero 900 10 50 90, attivo h24 e gestito dalla Polizia nazionale – Ministero dell'Interno, è il numero di pubblica utilità a cui le donne migranti possono rivolgersi per richiedere assistenza medica e psicologica, consulenza legale in lingue diverse, protezione e sicurezza, un alloggio sicuro.

Inoltre sono attivi Uffici di Assistenza alle vittime del crimine, un servizio pubblico e gratuito istituito dalla legge 35/1995 per l'assistenza alle vittime di reati violenti e contro la libertà sessuale e successivamente regolamentati con la legge 4/2015 sullo status della vittima del reato, che dipende dal Ministero della Giustizia. Si trovano in quelle comunità e città autonome che hanno competenze non trasferite nel settore dell'amministrazione della Giustizia: Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Illes Balears, Murcia, Ceuta y Melilla. Offrono un orientamento giuridico generale sulla

vittima per evitare la vittimizzazione secondaria, assistenza psicologica alle vittime, invio ai servizi sociali di cui la vittima necessita.

Per quanto riguarda nello specifico la salute mentale delle donne vittime di violenza durante la pandemia, secondo i dati del Mental Health Index, in Spagna l'impatto negativo del Covid sulla salute mentale della popolazione è stato del 61%, tra le percentuali più alte dopo Regno Unito e Italia. Anche la risposta del sistema ai bisogni della popolazione non è stata soddisfacente, pari al 33%. Per quanto riguarda il peso della violenza sessuale in termini di anni vissuti con disturbi mentali per 100.000 abitanti è pari a 8.9 ovvero di gran lunga inferiore a Germania e Svezia, e molto vicina alla media europea che è pari a 7.4 anni. Per quanto riguarda i femminicidi, il numero delle vittime del 2021 che erano 37 è stato sottostimato. Per questo, primo paese in Europa, da gennaio 2022 la Spagna conterà come femminicidio anche i casi in cui le donne vengono uccise al di fuori dalla coppia, o da ex partner. Si includerà nel conteggio anche le donne morte a seguito di violenza sessuale, aggredite ed uccise in famiglia e le vittime della violenza vicaria, cioè quando vengono colpiti i figli per danneggiare la madre. Le province con la maggior incidenza sono state quelle di Almeria (11,7 femminicidi ogni 100.000 donne in 15 anni), e Granada, con una incidenza di 8,8 donne uccise. Una caratteristica spagnola riguarda pure la formazione specifica dei giudici. Mentre in Italia il 95% dei tribunali civili non è formato dal punto di vista giuridico e culturale a identificare i casi di violenza domestica nelle cause di separazione coniugale, secondo il Rapporto sulla violenza di genere e domestica nella giustizia della Commissione femminicidi, in Spagna esistono 106 tribunali dedicati alla violenza di genere. Una donna che si reca in tribunale può contare dunque sulla presenza di unità forensi e mediche specializzate e nella maggioranza dei casi di uno sportello dove psicologi, assistenti sociali e avvocati la informano sugli aiuti a disposizione.

Percorsi di supporto psicosociale e di accompagnamento legale e terapeutico

Non stupisce dunque che tra le buone prassi raccolte in Spagna siano numerose quelle in cui si tiene conto della lettura della storia personale dal punto di vista della vittima per un efficace supporto psicologico e a lungo termine. Questo supporto è garantito da diverse organizzazioni che assistono in modo specifico le vittime tra le migranti e che hanno un approccio culturalmente sensibile oltre ad un adeguato approccio di genere.

La rete denominata Red Sira ne è un esempio emblematico. Si tratta infatti di una rete di accompagnamento terapeutico, legale e psicosociale con l'obiettivo di fornire assistenza e supporto specifico alle vittime di varie forme di violenza personale, strutturale, politica, che causano sofferenza psicologica. Sira fornisce cure cliniche multidisciplinari specializzate a persone o gruppi e specialmente a coloro che sono stati direttamente o indirettamente colpiti da situazioni traumatiche, perdite o crisi e sopravvissuti a violenze politiche o catastrofi. Sira lavora intorno alla narrazione, cercando di risignificare quegli elementi dell'esperienza che causano la maggiore sofferenza. L'approccio utilizzato nell'accompagnamento parte da una prospettiva psicosociale e transculturale, incorporando elementi chiave nella concezione culturale dei sintomi nel processo di recupero. Inoltre il team di Sira lavora con competenze medico-psicologiche in relazione al contenzioso strategico dei casi, procedimenti penali di denuncia o difesa in situazioni di aggressione, maltrattamento o violenza istituzionale legati a violazioni dei diritti umani, processi di valutazione psico-legale, preparazione e accompagnamento di testimoni e vittime e rapporti per le domande di protezione internazionale. Le donne beneficiarie provengono da diverse parti del paese: Spagna (34,5%), America Latina (33,4%), Africa occidentale (17,8%),

La ONG Fundaciòn de solidaridad Amaranta offre assistenza psicologica e psicoterapeutica a donne vittime in particolare di sfruttamento sessuale e della prostituzione, assistenza mantenuta durante la pandemia anche attraverso i mezzi telematici. La Fondazione opera ad Algeciras, Asturie,

Granada, Isole Baleari, Logroño, Ourense e Valencia. Le donne vittime di sfruttamento sessuale e/o prostituzione accedono all'accompagnamento psicoterapeutico perchè manifestano un disallineamento personale e sono inviate dai servizi o altre istituzioni. Nell'aprile 2021, la sessione plenaria della Conferenza settoriale sulla parità (CSI) ha approvato la creazione di servizi di assistenza completa h24 alle vittime di violenza sessuale. E nel 2022 è prevista, a partire dal Piano globale di lotta contro la tratta di donne e ragazze per sfruttamento sessuale 2015-2018, una implementazione dei servizi di cura e protezione in una nuova Legge sulla libertà sessuale che includa tutte le forme di violenza.
Interessante in questo caso è l'idea di salute mentale intesa come "benessere sociale" della donna, che significa anche soddisfare bisogni e sviluppare potenzialità/competenze. L'intervento psicoterapeutico è dunque indirizzato a promuovere condizioni che facilitino lo sviluppo delle potenzialità e delle proprie risorse. A livello metodologico lo psicoterapeuta lavora con il fenomeno che emerge sul momento, secondo l'approccio fenomenologico centrato sulla persona: è la donna che dà la direzione al percorso, lei permette l'ingresso dello psicoterapeuta alla sua esistenza. Il vissuto della persona non la rinchiude in una categoria basata sul sintomo ma viene valorizzata la costruzione della sua soggettività, la persona come portatrice di un progetto di vita. Tra le beneficiarie donne spagnole, latinoamericane e provenienti dai Caraibi, dai paesi orientali e dall'area Subsahariana. Si tratta di nuclei monoparentali e/o con più figli nel paese di origine. Sono donne spesso abituate a sopravvivere con i figli che sono state costrette a migrare per mantenere la famiglia. Hanno un'alfabetizzazione carente, una limitata educazione sanitaria e cultura. Spesso sono adescate da reti psicologiche e fisiche, o per inganno con aspettative lavorative, o da legami affettivo-dipendenti e perversi, o tramite Yu Yu (sottomissione rituale e minaccia familiare). Le fasi della manipolazione psicologica, subìta dall'uomo maltrattante e/o dalla figura dello sfruttatore nel caso del commercio del sesso, sono elementi fondamentali da tenere in conto per un efficace supporto psicoterapeutico.

Programma di intervento di gruppo per donne vittime di GBV
Un'altra prassi d'interesse è il programma di intervento gruppale del centro psicologico Rosario Vaca rivolto a donne che hanno subìto violenza con PTSD ma anche con altri problemi psicologici, derivanti dalla GBV. Tra gli obiettivi del programma, il miglioramento della qualità della vita delle donne, il riconoscimento dei valori personali, l'attivazione comportamentale, l'adozione di azioni che per proteggere se stesse e risolvere i problemi, il saper riconoscere gli indicatori di abuso in una relazione, l'accettazione della storia personale, e sentimenti e pensieri legati alle esperienze traumatiche. Questo programma viene realizzato all'interno del Servizio di assistenza psicologica di gruppo per le donne vittime di violenza di genere da parte di un partner o ex partner, gestito dalla Fondazione spagnola di psicologia e salute e dalla Fondazione per la formazione e la pratica della psicologia, creata dagli ordini professionali di Psicologia dell'Andalusia orientale e occidentale. Il programma di intervento di gruppo con -12 donne è praticato nella provincia di Cadice, in Spagna.

Percorsi di cura a lungo termine anche tramite tutoraggio tra pari e laboratori per l'autonomia
Infine come descritto in precedenza in Germania e in Italia, il programma di peer mentors nel supporto motivazionale e nella integrazione di donne migranti, richiedenti asilo vittime di sfruttamento sessuale, come anche di abusi e matrimoni forzati nel paese di origine, è portato avanti anche in Spagna dalla ONG SURT. Il benessere mentale delle donne migranti che sono già inserite in un programma di integrazione e di inserimento lavorativo, anche durante la pandemia, è stato potenziato grazie alle informazioni in lingua e all'accompagnamento motivazionale da parte di donne sopravvissute nei confronti di altre donne appena uscite dai circuiti di sfruttamento della prostituzione o comunque ancora inserite in programmi di recupero per le vittime. Le peer mentors non sostituiscono le mediatrici culturali e nemmeno l'assistenza psicologica che in molte parti della Spagna, come per esempio nel comune di Barcellona dove è attiva la ONG citata, indipendentemente

dalla loro situazione amministrativa. Data la saturazione di molti servizi pubblici, le organizzazioni private forniscono anche assistenza psichiatrica alle vittime. Per favorirne il processo di uscita dalla violenza e per supportarle verso l'autonomia, sono garantite da organizzazioni private, come SURT, anche cure terapeutiche attraverso approcci innovativi come l'arte terapia. L'attenzione per diversi livelli di supporto di professionisti accanto a sopravvissute che motivano altre donne come peer mentors è ormai una strategia che si sta sviluppando non solo per agevolare la comprensione della lingua ma soprattutto per accrescere le potenzialità e l'empowerment attraverso una relazione di fiducia tra pari. Come abbiamo visto infatti, oltre che in Germania, Italia e Spagna anche in Belgio risulta una delle sfide vincenti in questo tempo di pandemia.

Alcune raccomandazioni del GREVIO

Secondo il rapporto Grevio sull'applicazione della Convenzione di Istanbul, i principali cambiamenti raccomandati in Spagna sono i seguenti:

⇨Creare condizioni favorevoli durante le interviste iniziali perché possano emergere vissuti traumatizzanti da parte delle richiedenti asilo attraverso personale specializzato.

⇨Adeguata formazione delle forze dell'ordine preposte all'ascolto delle interviste iniziali.

⇨Incrementare qualità e quantità dei servizi di interpretariato e di interpreti di genere.

⇨Prestare attenzione alle condizioni socio economiche e politiche dei paesi di origine delle richiedenti, all'interno dei quali spesso hanno origine situazioni di violenza.

⇨Assicurare l'accesso alle procedure di asilo indipendentemente dal punto di arrivo, via mare, terra, aereo.

⇨Introdurre uno screening sistematico delle vulnerabilità per identificare all'arrivo le richiedenti potenziali vittime di genere e segnalare ai servizi specialistici.

⇨Prevedere all'interno degli accordi per gli alloggi la possibilità di usufruire di servizi specialistici ed evitare così possibili casi di rivittimizzazione.

Altre prassi promettenti nei paesi di approdo: l'esempio della Grecia

Tra le buone prassi promettenti, non raccolte in questo Report ma segnalate dalle ONG contattate nella fase di ricerca, sono da annoverare anche percorsi di supporto psicologico offerti in Grecia, porta dell'Europa, dove è pressante e costante il flusso di profughi che hanno attraversato la Turchia, provenienti dal continente asiatico e africano, e quindi di richiedenti asilo e rifugiati tra cui anche donne e minori. Queste e tante altre che possono essere approfondite nella terza parte di questo Report, dimostrano come la sfida più significativa nel contesto della migrazione in Europa è la creazione di team di professionisti della salute e anche della salute mentale - e il rinnovamento di quelli già esistenti - formati su un approccio di genere, culturalmente sensibile e su competenze interculturali e interreligiose.

Tra le organizzazioni più coinvolte nella prima accoglienza dei migranti è emersa l'esperienza di supporto e assistenza psicologica del progetto *Chamomile*. Sviluppatosi nel luglio 2020 per sostenere gli sfollati in Grecia, il programma abitativo dispone di 11 appartamenti individuali nella zona centrale di Atene che ospitano persone e famiglie di diversi gruppi etnici e con diverso status giuridico. Il programma psicosociale offre alle persone senzatetto e anche migranti mediazione linguistica, supporto per la salute fisica e medica, percorsi di integrazione comunitaria.

Un'altra prassi promettente è quella offerta da Babel, organizzazione che opera ad Atene a favore di coloro che hanno difficoltà di accesso o sono esclusi dai servizi di salute mentale o perché non hanno un permesso di soggiorno valido in Grecia o perché non hanno raggiunto un livello soddisfacente di conoscenza della lingua greca per comunicare coi professionisti. La sua mission principale è prendersi

cura della salute mentale degli immigrati (indipendentemente dal loro status) che vivono ad Atene e che si distinguono, tra l'altro, per la loro triplice alterità (condizione di immigrazione, diversa origine etnoculturale ed esperienza di un disturbo mentale). L'obiettivo è creare uno "spazio intimo" (inclusa la cura delle condizioni materiali di vita) in cui ascoltare, comprendere, sostenere ogni persona che chiede aiuto. In questo spazio si possono sintetizzare il significato della perdita della patria e le aspettative per una nuova vita a livello individuale, familiare e sociale/culturale.

Sfide per il benessere mentale delle vittime di violenza

TERZA PARTE

Prassi promettenti negli Stati membri dell'UE

Una prassi è un modo particolare di realizzare un'azione rivolta ad un target. Può riguardare un intero programma o può semplicemente riferirsi ad una procedura abituale o ad interventi mirati o ad un modo di guardare le cose dal punto di vista pratico e non solo teorico. Una prassi è di solito un insieme di attività o un'iniziativa intesa a raggiungere un risultato complessivo, che può avere un impatto positivo su una situazione specifica. In questo senso, e nel contesto della salute mentale delle vittime di violenza di genere, le prassi hanno il potenziale per affrontare efficacemente questioni che possono ridurre le conseguenze e gli effetti di esperienze traumatiche da loro vissute, con un impatto positivo sulla loro vita e sulla possibile reintegrazione sociale. Al fine di individuare e confrontare buone prassi e interventi promettenti relativi all'impatto sulla salute mentale della violenza nel contesto delle migrazioni, Comunità Papa Giovanni XXIII, Differenza Donna e Fundaciòn de solidaridad Amaranta hanno realizzato la mappatura dei seguenti paesi: Belgio, Bulgaria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Svezia. Quindici prassi promettenti sono state scelte per essere incluse in questo Report, suddivise nelle seguenti categorie: iniziative di formazione sulla salute mentale; consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità; laboratori artistici ed espressivi, percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale, approcci multisettoriali.

3.1.1 Iniziative di formazione sulla salute mentale

Formazione di operatori sanitari con approccio etno-sistemico narrativo

Etnopsi, Italia
Website www.etnopsi.it

CONTESTO

La Scuola di psicoterapia etno-sistemico narrativa in Italia collabora periodicamente con ONG, servizi sanitari e servizi sociali territoriali e anche con i Dipartimenti di salute mentale. Questi ultimi sono l'insieme delle strutture e dei servizi che dagli anni '80 hanno il compito di farsi carico della domanda di cura, assistenza e tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale. Il percorso formativo promosso nel 2020 e intitolato *La salute mentale dei migranti forzati: costruzione di un percorso di "cura" territoriale nella Regione Marche* ha coinvolto i centri di salute mentale che nel servizio pubblico in Italia sono i centri di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Essi coordinano nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Ai centri di salute mentale fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

DESCRIZIONE

Il corso on line, composto di 13 seminari, convegni, e supervisioni settimanali specifiche sui casi, ha avuto l'obiettivo di sviluppare nel territorio regionale un modello organizzativo di psichiatria territoriale integrata e di adottare un approccio culturalmente sensibile comune che rispetti i sistemi di appartenenza del soggetto. Inoltre sono state approfondite le competenze etnopsichiatriche per la comprensione dei diversi orizzonti culturali, la decodifica dei segnali della sofferenza, la presa in carico della persona - dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione - e le azioni volte a facilitare e stabilizzare la relazione tra il servizio sanitario pubblico e i soggetti privati. La teoria e la tecnica etnopsichiatriche si basano sulla narrazione del proprio percorso biografico in modo da sottolinearne il carattere di holding della sofferenza: uno strumento per ricollocare gli eventi in un ordine e in una costellazione dotati di senso. L'etnopsichiatria infatti si occupa della salute mentale dei migranti. Nell'esperienza migratoria infatti, specie se è forzata e accompagnata da eventi traumatizzanti, il racconto e la memoria possono costituire un valido momento di ri-organizzazione dei progetti e dei desideri a lungo termine, spesso bloccati o spezzati. È proprio la pratica del racconto che consente di co-costruire assieme al paziente, e al gruppo etnopsichiatrico, il significato della violenza migratoria, controllandone così gli effetti devastanti e le crisi reiterate che non trovano possibilità di contenimento.

TARGET

I beneficiari diretti sono 50 operatori, infermieri, assistenti sociali, psicologi, psichiatri dei Dipartimenti di salute mentale della Regione Marche e di alcune cooperative sociali del territorio che lavorano con i migranti. I beneficiari indiretti sono i migranti presi in carico dalle cooperative presenti sul territorio: richiedenti asilo, migranti forzati e vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale, lavorativo e accattonaggio; donne vittime di matrimoni forzati, mutilazioni genitali, aborto forzato, violenza domestica, stupro.

FINANZIAMENTO

Il percorso condotto dai formatori di Etnopsi è stato parte di un progetto FAMI realizzato da On the road con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute mentale della Regione Marche, finanziato dal Ministero dell'Interno e cofinanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 dell'UE.

3.1.2 Laboratori artistici ed espressivi

Laboratorio teatrale per persone con disturbi mentali

Comunità Papa Giovanni XXIII, Italia
Website www.*apg23.org*

CONTESTO

La Comunità Papa Giovanni XXIII è un'organizzazione internazionale, fondata nel 1968 da don Oreste Benzi, e impegnata nella lotta all'emarginazione e alla povertà. Dal 1996, ha avviato un servizio antitratta in particolare per vittime di sfruttamento sessuale, con un approccio intersezionale ed interculturale. È infatti attualmente iscritta nel registro degli enti attuatori del programma unico di emersione della tratta. Il servizio prevede: 27 unità di strada e 5 team di primo contatto indoor; accoglienza in case di accoglienza e/o case famiglia che forniscono assistenza sanitaria, sostegno psicologico e assistenza legale, formazione linguistica e professionale, reinserimento nel mondo del lavoro, integrazione sociale, educazione finanziaria e, nel caso delle madri, sostegno alla maternità; sensibilizzazione e azione politica per rimuovere le cause delle forme gravi di sfruttamento e della violenza di genere, iniziative di prevenzione in scuole e università.

Questa buona pratica è portata avanti dalla Cooperativa sociale Comunità Papa Giovanni XXII che nasce dalla Comunità di don Benzi per garantire un programma terapeutico a persone emarginate con dipendenza da alcool, droghe o gioco e con problemi di salute mentale.

DESCRIZIONE

L'obiettivo del laboratorio teatrale ed espressivo, realizzato da educatori e da arteterapeute, è quello di riappropriarsi della propria dignità, esprimendo le proprie emozioni e i propri talenti, e di un sano rapporto col proprio corpo. Il laboratorio si basa sui principi della comunicazione empatica nonviolenta, con un focus sulla parità di genere. Inoltre i beneficiari sono protagonisti nella costruzione di competenze utili nel processo di reintegrazione sociale e lavorativa. Sperimentano anche il valore dei diritti umani e sviluppano consapevolezza di sé per migliorare le relazioni nella comunità in cui vivono e nella società in cui dovranno re-integrarsi, superando lo stigma della salute mentale. La prima fase riguarda l'espressione delle proprie emozioni e la costruzione dell'empatia. I beneficiari imparano quali condizioni li ostacolano, migliorano anche l'ascolto attivo, l'attenzione alle emozioni e ai bisogni, praticano l'orientamento nello spazio e nel tempo, la respirazione, la postura, il contatto visivo e corporeo. La seconda fase consiste nell'esternalizzazione e messa in scena, partendo dall'identificazione di un tema, un autore, un testo letterario/poetico attraverso l'improvvisazione fino alla costruzione del copione e della scenografia.

TARGET

I beneficiari sono persone emarginate, donne e uomini, che vivono nella casa di accoglienza "San Giovanni Battista", inviati dai servizi di salute mentale e dai servizi sociali territoriali o anche dai servizi per le dipendenze patologiche o da altre comunità di accoglienza. Tra loro sono ospitate anche donne detenute con i loro figli in pena alternativa al carcere, in collaborazione con l'Ispettorato generale dei cappellani del carcere, donne vittime di sfruttamento sessuale e violenza domestica. Generalmente le vittime di sfruttamento sessuale provengono da Italia, Nigeria, Romania, Albania, Bulgaria, Moldavia, Ucraina, Brasile e la loro età è tra i 25 e i 50 anni. Le vittime di violenza domestica sono donne anziane tra i 35 e i 50 anni.

FINANZIAMENTO

Il laboratorio riceve contributi annuali dalle istituzioni pubbliche comunali o da fondazioni locali o da donazioni private ed è anche incluso nel progetto di vita stabilito per ogni beneficiario dai servizi sociali.

3.1.3 Consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità

Sportelli d'ascolto per donne detenute nei centri di espulsione

Differenza Donna, Italia
Website www.differenzadonna.org/

CONTESTO

Differenza Donna è impegnata sin dagli anni '90 nell'elaborazione di specifiche forme di accoglienza dedicate a donne coinvolte nella tratta di esseri umani, è iscritta nel registro degli enti attuatori del programma unico di emersione della tratta, ha sostenuto centinaia di donne nella fuoriuscita dalla condizione di sfruttamento sessuale e nei percorsi sociali e giudiziari, partecipando attivamente anche in sede processuale attraverso la costituzione di parte civile dinanzi alle Corti d'assise che, oltre al delitto di sfruttamento della prostituzione e tratta, hanno accertato anche la condizione di riduzione in schiavitù delle donne. Ha anche contribuito alla sensibilizzazione delle autorità sulla vulnerabilità delle richiedenti asilo, promuovendo una collaborazione formalizzata prima nel sistema di referral dinanzi alle Commissioni territoriali e poi nel protocollo di cooperazione siglato con la sezione XVIII del Tribunale di Roma per il riconoscimento delle vittime tra le richiedenti asilo che impugnano i provvedimenti di diniego delle Commissioni territoriali per la protezione internazionale. Oltre all'accoglienza di vittime di sfruttamento sessuale e/o lavorativo o accattonaggio nel centro "Prendi il volo", ha attivato uno sportello presso il Centro di Permanenza per il Rimpatrio (C.P.R.) di Ponte Galeria con l'obiettivo di far emergere situazioni di sfruttamento. Essere presenti al C.P.R., che ha una capienza di 125 posti, con uno sportello settimanale dà modo di monitorare la situazione e sostenere le donne vittime sul territorio italiano. Negli anni, Differenza Donna ha potuto sostenere anche altre donne all'interno del C.P.R. che sono state vittime di persecuzioni di genere, matrimoni forzati, mutilazioni genitali femminili, maltrattamenti e stalking, grazie alla presenza strategica di operatori esperti. Nel corso degli anni sono state sostenute non solo nella loro uscita dai C.P.R. ma anche nella fuga dalla violenza. In ogni C.P.R. (non solo nazionale, ma anche nei paesi dell'Unione Europea) è dunque raccomandata la presenza di un'associazione che si occupa di violenza di genere.

DESCRIZIONE

Differenza Donna ha strutturato una metodologia di accoglienza specifica e allo stesso tempo una rete, che comprende anche il personale dei C.P.R., consulenti, medici e commissioni territoriali. Si tratta di uno sportello che ha rilevanza per l'emersione di ogni forma di violenza e sfruttamento, per la presa in carico e il sostegno alle vittime e che utilizza una prospettiva di genere, intersezionale e femminista. Oltre alle operatrici specializzate, sono coinvolti avvocati esperti di diritto dell'immigrazione, penale, civile e dei minori. Differenza Donna dispone di una rete istituzionale (ospedali, consultori) dove, in caso di necessità, le donne accolte o ospitate possono essere inviate per cure legate al trauma. Negli anni Differenza Donna si è anche avvalsa di associazioni di etnopsichiatria per consulenze individuali o di gruppo. Dal 2016 col progetto *Stay - Start to talk about you*, finanziato dalla Regione Lazio, è stata implementata l'attività di sportello per le donne migranti in attesa di rimpatrio presso Ponte Galeria.

TARGET

Si rivolge a donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale/lavorativo e/o accattonaggio. Lo Sportello all'interno del C.P.R. di Ponte Galeria accoglie donne detenute prive di documenti di soggiorno validi. Età prevalente 20-35 anni. La nazionalità è principalmente nigeriana e rumena.

FINANZIAMENTO

Due anni di finanziamento da parte della Regione Lazio, e del Dipartimento Pari Opportunità.

3.1.4 Consulenza e sostegno alle donne migranti in condizioni di grave vulnerabilità

Centro di consulenza e supporto per persone nel commercio del sesso

Evonhuset, Svezia
Website https://malmo.se/evonhuset

CONTESTO

In Svezia, la prostituzione è ritenuta un problema sociale; per questo il servizio Evonhuset offre aiuto e supporto a chiunque sia caduto nella rete del commercio del sesso. Il quadro legislativo è ampio, nel senso che la tratta coinvolge i migranti e quindi tutto il contesto giuridico del diritto d'asilo vi è collegato. Vi sono due principali pratiche all'interno di questa attivitá.

Evonhuset è il centro di accoglienza, ascolto, supporto di persone che vendono o comprano sesso, dei loro parenti, nonchè di persone con problemi di dipendenza dalla pornografia. Qui vengono forniti i seguenti servizi: colloqui di supporto, consulenza e supporto nella organizzazione della vita, supporto nei contatti con le autorità e nella ricerca del lavoro e della formazione. Il servizio è rivolto a persone dai 15 anni di età in su.

Nel comune di Malmö lavorano anche coordinatrici regionali che si occupano di rafforzare il supporto alle vittime di tratta e a persone coinvolte dalla prostituzione, così anche come a vittime di matrimoni forzati, vendita di organi, sfruttamento ai fini di accattonaggio etc. Le coordinatrici intervengono personalmente per affiancare le beneficiarie nella conoscenza e messa in pratica dei loro diritti e nella creazione di una rete con le autorità e le organizzazioni locali. Un'altra funzione delle coordinatrici è quella di identificare i gap nel sistema, anche tramite i rapporti con le agenzie della migrazione e con la polizia.

DESCRIZIONE

Tutti gli operatori coinvolti sono *socionom* ovvero sociologi e non terapeuti. Le modalità a cui fanno riferimento nei colloqui di supporto sono legate al metodo "consiglio e supporto". Questo metodo è ispirato alla terapia cognitivo comportamentale ed è fondato sul colloquio motivazionale ma anche sulla rielaborazione del lutto. Sono formate anche per l'appoggio ai parenti delle beneficiarie. La consulenza è fondata sull'alleanza e sulla collaborazione con la beneficiaria, sullo stimolo della motivazione personale e sul fatto che non viene fornito un aiuto predefinito, ma che insieme si cerca di trovare una strada, e di dare forma alle modalità di aiuto che possano essere funzionali alla persona beneficiaria garantendone il coinvolgimento.

TARGET

Evonhuset incontra in numero maggiore persone che sono radicate sul territorio svedese, quindi svedesi di nascita o residenti con regolare titolo di soggiorno. La maggioranza delle persone che incontra vendono sesso, seguiti da quelli che comprano sesso, dai loro parenti e infine dalle persone con dipendenza da pornografia. Nell'attività di coordinatrici regionali invece si incontrano molte persone senza documenti o senza fissa dimora, di varie nazionalità. La maggioranza delle persone contattate provengono da Romania, Nigeria, Vietnam, Thailandia, Svezia, Siria, Ghana e altri.

FINANZIAMENTO

Evonhuset é un'attivitá completamente finanziata dal comune di Malmö, e anche le due coordinatrici regionali sono assunte dal comune di Malmö, con cofinanziamento di un'autorità nazionale che si chiama *Nationellt metodstöd mot prostitution och människohandel* (gruppo di supporto metodico contro la prostituzione e la tratta di esseri umani).

3.1.5 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Assistenza e accompagnamento di vittime di violenza politica, maltrattamento e tortura

Red Sir[a], Spagna
Website *http://redsira.psicosocial.net/*

CONTESTO

Sira è una rete di supporto terapeutico, legale e psicosociale in un contesto di violenza. Ha sede a Madrid, ha un team anche a Barcellona e una rete di professionisti a Valencia e nei Paesi Baschi. L'obiettivo è quello di fornire assistenza e supporto completo e specifico alle vittime di varie forme di violenza personale e strutturale che causano sofferenza psicologica. Sira fornisce cure cliniche multidisciplinari specializzate a persone o gruppi e specialmente a coloro che sono stati direttamente o indirettamente colpiti da situazioni traumatiche, perdite o crisi e sopravvissuti a violenze politiche o catastrofi. Le principali 'aree di rottura' individuate nel corso degli anni sono legate alla sensazione di perdita di controllo sulla propria vita e all'impatto ontologico e identitario delle esperienze traumatiche vissute. Sira lavora intorno alla narrazione, cercando di risignificare quegli elementi dell'esperienza che causano la maggiore sofferenza.

DESCRIZIONE

L'approccio utilizzato nell'accompagnamento parte da una prospettiva psicosociale e transculturale, incorporando elementi chiave nella concezione culturale dei sintomi nel processo di recupero. Si realizzano sessioni individuali, di coppia e familiari. Per quanto possibile, il lavoro viene svolto nella lingua madre della persona in cura. A questo scopo, è prioritaria la collaborazione con interpreti ai quali viene dato un ruolo fondamentale nell'interazione.

Nell'ambito dell'assistenza clinica, si realizza l'assistenza psichiatrica individuale, brevi interventi di consulenza, compresa la terapia walk-in e interventi di crisi e accompagnamento psicoterapeutico con approccio multidisciplinare. L'accompagnamento terapeutico è inteso come un processo integrale in cui possono essere coinvolti tutti i professionisti coinvolti nel processo di riparazione della persona. All'interno dell'intervento clinico o psicoterapeutico, si incorporano tecniche corporee - mindfulness. Oltre alle cure cliniche, il team di Sira lavora con competenze medico-psicologiche in relazione al contenzioso strategico dei casi, procedimenti penali di denuncia o difesa in relazione a situazioni di aggressione, maltrattamento o violenza istituzionale o violenza tra individui, quando sono legati a violazioni dei diritti umani, processi di valutazione psico-legale, preparazione e accompagnamento di testimoni e vittime e rapporti per le domande di protezione internazionale. In alcune occasioni, lavora anche con l'accompagnamento psicosociale della comunità.

TARGET

Persone che sono state vittime di varie forme di violenza personale e strutturale. Le donne beneficiarie provengono da diverse parti del paese: Spagna (34,5%), America Latina (33,4%), Africa occidentale (17,8%), Medio Oriente (4,3%), Maghreb (3,9%), Romania e Russia (3,9%) e Africa orientale (2,2%)

FINANZIAMENTO

I finanziamenti sono pubblici indiretti, da subappalti di diverse organizzazioni del sistema di protezione internazionale; finanziamenti privati da parte di organizzazioni o individui che possono pagare i servizi ricevuti; altri sussidi e donazioni private. Attualmente sono garantiti anche finanziamenti dal Fondo volontario delle Nazioni Unite per le vittime della tortura.

3.1.6 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Assistenza psicologica al Foyer AFJ

Foyer AFJ, Francia
Website www.foyer-afj.fr/

CONTESTO

L'AFJ è un'associazione specializzata nell'alloggio, protezione e sostegno alle donne vittime del traffico di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale. Grazie a 17 alloggi e ad un'equipe professionale multidisciplinare, viene offerto un sostegno globale e quotidiano: sostegno materiale, medico, psicologico, educativo, amministrativo e giuridico. L'associazione offre un ambiente sicuro lavorando su un approccio umanista che contribuisce alla creazione di un legame di fiducia. La vita comunitaria permette alle residenti di sentirsi circondate e di condividere le loro esperienze con donne che hanno avuto la stessa esperienza. Permette anche di lavorare sulla convivenza e l'apertura ad altre culture.

DESCRIZIONE

L'azione nel Foyer AFJ è strutturata intorno a quattro aree di attività per l'identificazione e l'orientamento delle vittime di tratta e di sfruttamento sessuale. Prima di qualsiasi trattamento, l'équipe effettua una rapida valutazione della situazione della persona e del suo stato psicologico. Il primo contatto avviene per telefono su iniziativa della struttura (associazione, polizia, ospedale, etc.) che desidera indirizzare la vittima. Successivamente viene fissato un appuntamento per valutare la situazione fuori dal Foyer e viene data una spiegazione del funzionamento della struttura. Poi l'equipe decide e propone all'interessato una data di ingresso. Durante la fase di identificazione, un'attenzione particolare è rivolta alle donne in una situazione di vulnerabilità sociale e psicologica. Appena arrivate al Foyer, le donne sono accolte dallo psicologo che fa loro una valutazione psicologica per identificare i vari disturbi e traumi. Se necessario, possono essere indirizzate a uno psichiatra per il trattamento farmacologico. L'assistenza psicologica continua durante tutta la loro permanenza al Foyer. Gli psicologi offrono regolarmente colloqui individuali e laboratori di gruppo una volta alla settimana, laboratori di conversazione e arteterapia. Nel Foyer sono disponibili 14 posti e 3 in una semi-autonomia costituita da appartamenti aperti nel 2016 in via sperimentale e destinati alle vittime impegnate in procedimenti giudiziari contro la rete di sfruttamento. E' garantito anche il sostegno alle vittime accolte dopo l'uscita dal Foyer sulla base di un supporto globale e multidisciplinare adattato ad ogni vittima.

TARGET

Il Foyer è aperto alle donne che hanno più di 18 anni. L'età media delle residenti è di 25 anni. Il Foyer non accetta minori o donne con bambini. L'88% delle vittime sono donne straniere di 26 nazionalità diverse e il 12% delle vittime sono donne francesi. La maggior parte delle donne presenta dei disturbi post-traumatici. Ogni anno il team di professionisti e volontari accompagnano circa 40 donne. Dagli anni 2000 sono state aiutate più di 800 vittime.

FINANZIAMENTO

Il Foyer è finanziato da enti pubblici fino a due terzi e da donatori privati per un terzo. Nel corso degli ultimi 5 anni, solo tre finanziatori pubblici (DRIHL, La Maire de Paris, Cour d'Appel de Paris) che rappresentano il 55% del bilancio hanno dedicato un importo costante per sostenere il Foyer.

3.1.7 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Assistenza sanitaria e psichiatrica secondo l'approccio dell'Open Dialogue

Open Dialogue, Finlandia
Website https://open-dialogue.net/

CONTESTO

Dall'inizio degli anni '80 è stato sviluppato un nuovo tipo di sistema psichiatrico, ora conosciuto come sistema di cura del dialogo aperto. Lo sviluppo di questo approccio era basato sulla visione di considerare il paziente e la sua famiglia come partecipanti attivi nella pianificazione e nell'implementazione, piuttosto che come oggetti del trattamento (Seikkula et al.,1995). Una modifica di un approccio orientato alla famiglia per il trattamento della psicosi, l'approccio adattato ai bisogni sviluppato da Alanen e dal suo team (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen, & Aaltonen, 1991), è stato applicato e ulteriormente sviluppato nella Lapponia occidentale, in Finlandia. Gli obiettivi concreti erano di sviluppare un modello di trattamento psichiatrico globale centrato sulla famiglia e sulla rete, al confine tra i sistemi di assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Dagli anni '90, l'intero sistema di servizi psichiatrici del Distretto sanitario della Lapponia occidentale è stato organizzato secondo i principi dell'Open Dialogue e applicato al trattamento di qualsiasi problema di salute mentale, non solo alle crisi psicotiche. Lo scopo del lavoro è quello di rispondere prontamente alle crisi, mentre si ha fiducia e si sostengono le risorse della famiglia e degli altri membri della rete. Fin dall'inizio del trattamento si presta attenzione ad ascoltare attentamente le preoccupazioni e le speranze delle persone coinvolte nel trattamento in modo da permettere un'interazione dialogica. Il dialogo aperto è ampiamente implementato in diversi contesti in tutto il mondo, dove l'obiettivo è quello di aumentare le risorse psicologiche ed emotive delle persone, evidenziando i diritti umani e l'empowerment nei processi di cura e sostegno.

DESCRIZIONE

L'idea centrale dei servizi psichiatrici si basa sulla collaborazione. C'è una posizione attiva nel creare e mantenere il dialogo con i partner e le altre agenzie della comunità. La fornitura di servizi nella Lapponia occidentale si basa sui sette principi del dialogo aperto. Questi principi hanno preso vita sulla base di uno studio fatto in quest'area dal 1980. I principi fondamentali su cui i servizi sono costruiti e a cui mirano nella loro pratica clinica sono: aiuto immediato, una prospettiva di rete sociale, flessibilità e mobilità, responsabilità, continuità psicologica, tolleranza dell'incertezza e dialogo.

TARGET

La pratica dialogica, adattata ai bisogni e collaborativa, è usata in tutte le situazioni in cui le persone sono in crisi. Donne e uomini utilizzino i servizi allo stesso modo. Dal momento che in Finlandia si trattano tutti i tipi di crisi, la violenza e gli abusi sono parte di queste situazioni. In questi casi la collaborazione con i servizi sociali è molto importante. L'approccio alle vittime comporta anche la necessità di interventi mirati come l'ospitalità in casa rifugio (che si trova a 130 km da questa zona e appartiene ad un'altra organizzazione) e di un gruppo di terapeuti informato sul trauma. Le persone coinvolte sono principalmente di lingua finlandese. Ma in diverse città sono accolti gruppi di rifugiati dalla Siria e dall'Iraq e con questo target è indispensabile la collaborazione di interpreti accanto ai professionisti della salute mentale.

FINANZIAMENTO

In Finlandia i sistemi di assistenza sanitaria sono sostenuti da finanziamenti pubblici.

3.1.8 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Consulenza e sostegno per vittime di violenza basata sull'onore, matrimonio forzato e rapimento

Papatya, Germania
www.verschleppung.papatya.org/

CONTESTO

In Germania esistono in particolare due network dedicati ai matrimoni forzati a cui prende parte Papatya. La Conferenza federale contro il matrimonio forzato (BuKo) è una rete di enti di protezione e centri di consulenza specializzati in matrimoni forzati, impegnata nello scambio di esperienze e nello sviluppo di rivendicazioni comuni sulla politica. Il Gruppo di lavoro di Berlino contro i matrimoni forzati, fondato nel 2001 su iniziativa di Papatya, è coordinato dal Funzionario per le donne e le pari opportunità del distretto di Friedrichshain-Kreuzberg ed è composto da rappresentanti di centri di accoglienza, centri di consulenza, scuole, uffici di assistenza ai giovani, funzionari dell'immigrazione e altre istituzioni. Papatya è dunque un team di donne interculturalmente competente nei settori del lavoro sociale, della psicologia, della politica e del diritto, che da oltre 35 anni fornisce consulenza e assistenza a ragazze e giovani donne - che devono fuggire dalle loro famiglie - attualmente in lingua turca, curda, araba, farsi, inglese e tedesca.

DESCRIZIONE

Papatya offre tre forme di supporto. Papatya Shelter è una struttura ad indirizzo segreto con 8 posti disponibili per ragazze e giovani donne che affrontano violenza familiare, matrimonio forzato, violenza basata sull'onore. Nata nel 1986 perché le ragazze turche non potevano essere adeguatamente protette dalle comuni istituzioni assistenziali per giovani (i genitori si presentavano nelle sedi dei servizi e le riportavano in famiglia con la forza e il personale veniva minacciato), questa casa rifugio specializzata è divenuta un modello per shelter in altri stati federali tedeschi. L'ingresso si fonda sulla volontarietà e il soggiorno dovrebbe durare circa 6-8 settimane ma può essere più lungo. Le giovani sono viste come una risorsa per le altre che affrontano gli stessi problemi, percependo che "non sono una sola pecora nera". Durante la permanenza, sono supportate nello sviluppo di prospettive future - in collaborazione con l'ufficio per l'assistenza ai giovani, il centro per l'impiego e altre istituzioni - tra cui il ritorno ai genitori o parenti o l'invio ad una comunità giovanile/casa per donne a Berlino o al di fuori.

SIBEL è una linea di consulenza anonima e gratuita, principalmente via mail, per vittime di violenza basata sull'onore, matrimonio forzato e rapimento ma anche per uomini, LGBTIQ e coppie contrastati dalle loro famiglie. Si offre dal 2004 consulenza in lingua tedesca, inglese e turca.

Il Centro di coordinamento contro il rapimento e il matrimonio forzato dal 2013 offre consulenza e aiuto a ragazze e giovani donne che temono di essere espulse all'estero, di essere costrette a contrarre matrimonio all'estero, oppure già detenute all'estero contro la loro volontà. Una volta portate in Turchia, Iraq, Libano o in un altro paese, per lo più senza passaporto e senza cellulare, sono infatti impossibilitate a difendersi dal matrimonio con un uomo non amato.

TARGET

Nella casa rifugio ci sono ragazze e giovani donne (dai 13 ai 21 anni) con un background migratorio. Le minori sono ammesse ai sensi dell'art. 42, le giovani donne ai sensi dell'art. 41 del Children and Youth Welfare Act.

FINANZIAMENTO

Papatya/Shelter è finanziato dal Senato della Gioventù di Berlino e dalle autorità locali di assistenza ai giovani. La consulenza online è finanziata dal Senato delle Donne di Berlino dal 2020.

3.1.9 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Accompagnamento psicoterapeutico centrato sulla persona e basato sul metodo fenomenologico ermeneutico di intervista psicoterapeutica centrata sulle competenze

Fundación de solidaridad Amaranta, Spagna
Website www.fundacionamaranta.org/

CONTESTO

L'assistenza psicologica e psicoterapeutica è inclusa nel programma di Fundaciòn de solidaridad Amaranta che ha mantenuto i suoi servizi durante la pandemia anche attraverso i mezzi telematici. La Fondazione opera ad Algeciras, Asturie, Granada, Isole Baleari, Logroño, Ourense e Valencia. Le donne vittime di sfruttamento sessuale e/o prostituzione accedono all'accompagnamento psicoterapeutico perchè manifestano un disallineamento personale e sono inviate dai servizi o altre istituzioni. Nell'aprile 2021, la sessione plenaria della Conferenza settoriale sulla parità (CSI) ha approvato la creazione di servizi di assistenza completa h24 alle vittime di violenza sessuale. E nel 2022 è prevista, a partire dal Piano globale di lotta contro la tratta di donne e ragazze per sfruttamento sessuale 2015-2018, una implementazione dei servizi di cura e protezione in un unico Piano delle vittime di tratta e in una nuova Legge sulla libertà sessuale.

DESCRIZIONE

L'accompagnamento, nell'approccio centrato sulla persona, definisce maggiormente l'azione psicoterapeutica, avvicinandosi in forma pluridimensionale al mondo vissuto dalla donna (soddisfazione di bisogni vitali, sociali e culturali, affettivi ed emotivi, cognitivi ed intellettuali, esistenziali e spirituali). Il vissuto della persona non la categorizzano nel sintomo e non la "mutilano", tralasciando la costruzione della sua soggettività e la considerazione della persona come portatrice di un progetto di vita. L'intervento psicoterapeutico deve essere indirizzato a promuovere condizioni che facilitino lo sviluppo delle potenzialità e delle proprie risorse nella soluzione di problemi legati al benessere sociale. La salute mentale è intesa come "benessere sociale" della donna che significa anche soddisfare bisogni e sviluppare potenzialità/competenze. A livello metodologico occorre lavorare con il fenomeno che emerge sul momento: è la donna che dà la direzione al percorso, lei permette l'ingresso dello psicoterapeuta alla sua esistenza. Occorre lavorare sulla percezione di sé, delle proprie reazioni e sull'espressione della propria visione del mondo, di emozioni e sentimenti. La donna e il terapeuta sono coinvolti in una interazione intersoggettiva e interventi narrativi, in cui lei è il focus e il terapeuta lo strumento/cassa di risonanza.

TARGET

Il target comprende una ampia diversità di soggetti: donne spagnole, latinoamericane e provenienti dai Caraibi, dai paesi orientali e dall'area Subsahariana. Si tratta di nuclei monoparentali e/o con più figli nel paese di origine, o di donne provenienti da famiglie numerose o da diversi nuclei familiari. Sono abituate a sopravvivere con i figli e sono state costrette a migrare per mantenere la famiglia. Hanno un'alfabetizzazione carente, una limitata educazione sanitaria e cultura. Spesso sono adescate da reti psicologiche e fisiche, o per inganno con aspettative lavorative, o da legami affettivo-dipendenti e perversi, o tramite Yu Yu (sottomissione rituale e minaccia familiare).

FINANZIAMENTO

La legge 11/2020 di bilancio generale dello Stato per il 2021 prevede sovvenzioni per le organizzazioni che forniscono assistenza alle vittime di sfruttamento sessuale e tratta. Alcuni servizi di Fundaciòn de solidaridad Amaranta sono pertanto garantiti dal Ministero dell'Uguaglianza e altri dai governi regionali.

3.1.10 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Programma di intervento di gruppo per donne vittime di GBV

ROSARIO VACA FERRER

Centro di Psicología Rosario Vaca Ferrer, Spagna
Website www.rosariovaca.com

CONTESTO

Il programma del centro è rivolto a donne che hanno subìto violenza. Attraverso il programma, vengono trattate non solo le donne con PTSD ma anche con altri problemi psicologici, derivanti dalla GBV e che possono essere altrettanto invalidanti. Tra gli obiettivi del programma, il miglioramento della qualità della vita delle donne, il riconoscimento, il chiarimento dei valori personali (partner, famiglia...), l'attivazione comportamentale, l'adozione di azioni che promuovano i valori per proteggere se stesse e risolvere i problemi nella loro vita (problemi legali, economici...), il saper riconoscere gli indicatori di abuso in una relazione, l'accettazione della storia personale, e sentimenti e pensieri legati alle esperienze traumatiche. Questo programma viene attuato, insieme ad altri approcci terapeutici, all'interno del Servizio di assistenza psicologica di gruppo per le donne vittime di violenza di genere da parte di un partner o ex partner. Ed è gestito dalla UTE FUNPSI (Fondazione spagnola di psicologia e salute) e dalla FUNCOP (Fondazione per la formazione e la pratica della psicologia) creata dagli ordini professionali di Psicologia dell'Andalusia orientale e occidentale. Più concretamente, il programma di intervento di gruppo per donne vittime di violenza di genere con Terapie Contestuali è praticato nella provincia di Cadice, in Spagna.

DESCRIZIONE

L'intervento di gruppo - costituito da 6 a 12 donne - parte da un'ipotesi sui possibili comportamenti problematici e fattori comuni a tutti i partecipanti, vale a dire i sensi di colpa, la giustificazione della violenza, la difficoltà a identificare il rischio, il non riconoscere l'effetto della violenza sui figli e le figlie, il non voler lasciare la relazione o sentirsi incapaci di farlo e altri. Gli obiettivi terapeutici vengono definiti in base alla valutazione e al problema concreto dei partecipanti. In generale, gli obiettivi includono far sentire la donna riconosciuta, promuovere l'accettazione dei suoi sentimenti ed emozioni negative, porre l'accento sull'agire, prendere decisioni e impegnarsi in azioni che la porteranno a una vita più significativa e di valore, anche se inizialmente i sintomi persistono e possono anche aumentare. Nella prima fase del workshop in cui avviene il primo contatto tra le donne e il terapeuta, inizia la valutazione: le donne iniziano a raccontare la loro esperienza e si gettano le basi per creare una buona relazione terapeutica e una connessione nel gruppo, contestualizzando la violenza. La seconda fase affronta in modo approfondito le questioni emerse nelle sessioni iniziali. La distribuzione delle sedute e gli obiettivi sono adattati ai bisogni dei partecipanti e affrontano questioni relative alla coppia, al concetto di amore, al bisogno di scegliere e proteggersi, al senso di colpa e ai sentimenti di paura e dolore per le esperienze. Vengono offerte strategie per gestire l'ansia, per uscire da una situazione depressiva, per affrontare problemi legali, o difficoltà con figli e figlie e la capacità di prendere decisioni. In questa prospettiva, lavorare sui propri valori, e agire a partire da essi, è essenziale. Ogni sessione dura 2 ore, per un totale di 11 sessioni.

TARGET

Donne migranti e spagnole vittime di violenza, residenti in Andalusia, che hanno subìto violenza psicologica, sessuale, economica e fisica e che sono state vittime di violenza da parte del loro partner o ex partner, o vittime di tratta, sfruttamento sessuale, matrimonio forzato, tra gli altri.

FINANZIAMENTO

Il servizio è stato avviato nel 2005 dalla collaborazione tra l'Istituto Andaluso della Donna e la Scuola ufficiale di psicologia dell'Andalusia occidentale e orientale.

3.1.11 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Programma di prevenzione e riabilitazione delle persone colpite o a rischio di violenza

Фондация П.У.Л.С. Puls Foundation, Bulgaria
Website www.pulsfoundation.org/bg/

CONTESTO

La priorità della Fondazione PULS, che da oltre 20 anni fornisce assistenza e sostegno alle vittime di violenza e/o tratta attraverso un centro di crisi, una hotline e un programma di consulenza, è quella di creare e affermare programmi regionali di cura efficaci per bambini, adolescenti, adulti - e le loro famiglie - che hanno subìto o sono a rischio di violenza. Puls ha infatti avviato nel 2020 il primo monitoraggio nazionale delle politiche e pratiche istituzionali esistenti nel campo della violenza di genere in collaborazione con il Centro per lo studio della democrazia. Ad oggi, non esiste una tale revisione di monitoraggio in Bulgaria, nonostante i dati riportino che 1 donna su 4 subisce violenza. L'obiettivo è facilitare l'effettiva applicazione della legge sulla protezione dei bambini, la legge sulla violenza domestica e la legge contro la tratta in Bulgaria. Nel 2008 Puls ha aperto infatti un'unità di crisi per l'alloggio di emergenza delle donne che subiscono violenza e una casa rifugio per l'alloggio a lungo termine delle persone che vivono in strada per cambiare la loro situazione di vita.

DESCRIZIONE

Pulse Foundation offre due tipi di attività che si possono ritenere buone prassi in Bulgaria: prevenzione e riabilitazione. La prima azione riguarda i pregiudizi attitudinali e istituzionali esistenti nei casi di violenza domestica e di abuso infantile e adotta un approccio educativo e la pianificazione di strutture comunitarie; la seconda si riferisce ai casi di violenza identificati e adotta un approccio individuale e familiare. Il primo passo è garantire un intervento di emergenza nei casi di violenza prima di qualsiasi assistenza familiare o individuale e del trattamento del trauma. L'assistente sociale collabora pertanto con il Dipartimento per la protezione dell'infanzia, l'Aula pedagogica dei bambini, l'Ufficio del pubblico ministero, il Tribunale. L'approccio multidisciplinare permette di fornire supporto terapeutico psicologico, sociale, legale e lavorativo. Nel programma è incluso anche il Centro per la riabilitazione sociale e l'integrazione "Tatyana Arsova" per la fornitura di alloggi e servizi di recupero dopo il trauma. L'inserimento nel Centro di crisi per persone e bambini vittime di violenza e/o a rischio permette di mobilitare le risorse per superare la situazione di dipendenza dal maltrattante. L'alloggio viene garantito immediatamente, indipendentemente dalla residenza e può essere effettuato solo sulla base della domanda-dichiarazione presentata dalla beneficiaria. Quando la persona è accompagnata da un bambino ed è il suo genitore o tutore, o una persona che fornisce assistenza sostitutiva, il bambino è ospitato con lei. Quando la vittima di violenza domestica è una donna incinta o la madre di un bambino di età inferiore ai 3 anni e rischia di abbandonare il figlio, viene immediatamente accolta con il bambino. Sono anche promossi percorsi di formazione di specialisti dello sfruttamento, percorsi preventivi per bambini, giovani e adulti a rischio di tratta per la costruzione di comportamenti basati sull'uguaglianza.

TARGET

I destinatari sono uomini, donne e bambini che hanno subìto violenza domestica, violenza fisica, violenza mentale, violenza sessuale, abbandono, tratta a scopo di sfruttamento lavorativo, a scopo di sfruttamento sessuale/prostituzione, a scopo di accattonaggio, a scopo di borseggio, a scopo di matrimonio. Principalmente di nazionalità bulgara ma anche di altre nazionalità: persone ucraine, di origine araba etc.

FINANZIAMENTO

Il finanziamento del Centro di Crisi è garantito dal Bilancio dello Stato e le altre pratiche sono attuate in base al finanziamento di progetti.

3.1.12 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Programma di identificazione ed integrazione tramite peer mentors

Progetto Sisa, Germania - Spagna - Italia
Website https://sisa-europe.eu/

CONTESTO

Il Programma di identificazione e integrazione tramite mentors è parte del progetto *SISA. Strengthening the Identification and Integration of Survivors of Sex Trafficking from West Africa through a Peer-to-Peer-Approach and through Transnational Dublin Return Counselling and Assistance,* promosso da ONG tedesche in collaborazione con ONG italiane e spagnole. Le sopravvissute alla tratta selezionate dalle ONG in Germania vengono formate per identificare le potenziali vittime tra le richiedenti asilo usando un approccio peer-to-peer. In questo modo più donne ricevono informazioni sui loro diritti, entrano in contatto con assistenti sociali a cui denunciare la loro vittimizzazione durante il processo di asilo e sono informate sui servizi offerti da ONG locali specializzate. In Spagna e in Italia invece il programma di peer mentoring è finalizzato a sostenere nell'accoglienza e integrazione vittime dell'Africa occidentale già identificate dalle ONG. In Spagna i migranti che si trovano in una situazione irregolare hanno accesso all'assistenza sanitaria pubblica di emergenza. Tuttavia, per accedere ai servizi specializzati, essi devono essere registrati e avere un numero di previdenza sociale (e per ottenerlo, occorre un permesso di soggiorno). Per carenza del servizio pubblico, spesso le ONG forniscono assistenza psichiatrica e data la difficoltà di molte donne ad affidarsi ai servizi di assistenza psicologica, offrono anche percorsi terapeutici. In Italia, l'offerta di servizi è realizzata mediante un programma unico di emergenza, assistenza sociale e integrazione dei servizi sociali territoriali e/o di privati, iscritti alla sezione II del registro di associazioni e organismi che svolgono attività a favore degli immigrati (art.52 D.P.R. 394/1999). Riguardo all'accesso ai servizi sanitari in emergenza è garantito a tutti, come anche il trattamento farmacologico a breve termine. I percorsi di sostegno psicoterapeutico e/o riabilitativo raramente sono gratuiti e garantiti dal servizio pubblico se le donne non sono residenti. Ecco perché le donne - e i loro figli - espulse dal nord Europa, in base al Regolamento di Dublino, rischiano maggiormente di non ricevere assistenza.

DESCRIZIONE

Il Programma di peer mentoring per l'identificazione mira a sviluppare un corso di formazione che equipaggia le sopravvissute a identificare altre vittime all'interno dei centri di accoglienza per rifugiati in Germania. Questa strategia educativa si basa sull'influenza delle peer all'interno di un gruppo, in termini di comportamenti e abilità sociali perché sono anche percepite come soggetti credibili. Le peer sono a loro volta sostenute da supervisori della loro stabilizzazione emotiva. Il Programma di peer mentoring per l'integrazione avviene in due fasi: una di formazione (6 mesi) e una fase attiva (12 mesi). Nella fase attiva, i mentori sono in grado di utilizzare le informazioni e le competenze acquisite per sostenere l'integrazione delle loro coetanee ricevendo il sostegno delle formatrici e un confronto costante con l'equipe di operatrici.

TARGET

Le beneficiarie del supporto delle peer sono sopravvissute alla tratta per lo più tra i 18 e i 34 anni, nigeriane e camerunensi, madri con minori, anche con disabilità e sono state vittime di GBV nei paesi di origine e di transito: stupri di gruppo, matrimoni forzati, violenza domestica, tortura, aborto forzato, MGF. Le donne assistite attraverso il Transnational Dublin return counselling and assistance sono state anche esposte al rischio di rivittimizzazione e di impatto psicologico negativo (PTSD).

FINANZIAMENTO

La prassi è finanziata dal Fondo per l'asilo, la migrazione e l'integrazione dell'UE per due anni.

3.1.13 Percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale

Sostegno nella transizione dalla casa rifugio all'indipendenza

Payoke, Belgio
Website www.payoke.be/

CONTESTO

Fondata ad Anversa nel 1987, Payoke è stata la prima ONG antitratta in Belgio, impegnata nella lotta contro il commercio e lo sfruttamento delle persone. Col progetto *Life Beyond the Shelter* mira a garantire un'integrazione positiva a lungo termine per i cittadini di paesi terzi vittime della tratta nella società ospitante, rafforzando il sostegno nella transizione dalla vita nella casa rifugio all'indipendenza attraverso strumenti e soluzioni pratiche, innovative e responsabilizzanti. Attuato da cinque organizzazioni di supporto alle vittime provenienti da Belgio, Germania, Italia e Spagna, LIBES è stato progettato per produrre e applicare soluzioni di vita reale come un kit di intervento a lungo termine, un curriculum di formazione sulle abilità di vita indipendente, linee telefoniche di assistenza dedicate, un programma di mentoring, un programma di amicizia e una casa di transizione.

DESCRIZIONE

È stato sviluppato un piano di studi sulle abilità di vita indipendente che affronta aree come la gestione delle finanze personali, la fruibilità dei servizi della pubblica amministrazione, la ricerca di un appartamento, la gestione di una famiglia, la ricerca di un lavoro, la comunicazione tra le culture e la cura di sé. Ad Anversa, in Belgio, per facilitare le beneficiarie nel loro passaggio all'indipendenza Payoke offre una residenza temporanea per rispondere ai loro bisogni speciali e fornisce servizi di supporto centralizzati per rafforzare la loro autosufficienza. Ha anche sviluppato un piano di formazione che insegna le abilità di vita indipendente e offre alle sopravvissute una guida per la vita quotidiana su argomenti come il bilancio, la gestione della casa, la cura di sé, la sicurezza, le abilità sociali, trovare lavoro e alloggio, e navigare nei sistemi governativi. Inoltre, attraverso un programma di mentoring tra pari, abbina le beneficiarie che lasciano la casa rifugio ad ex vittime della tratta che si sono integrate con successo o volontari locali per promuoverne l'inclusione sociale e per la risoluzione indipendente dei problemi.

TARGET

Gli interventi sono stati attuati principalmente con donne vittime di sfruttamento sessuale per lo più nigeriane tra i 20 e i 30 anni.

FINANZIAMENTO

Il progetto è stato finanziato dal Fondo per l'asilo, la migrazione e l'integrazione dell'UE.

3.1.14 Approcci multidimensionali e di rete

Helpline MGF e matrimoni forzati

Differenza Donna, Italia
Website www.differenzadonna.org/

CONTESTO

In Italia, il Dipartimento per le Pari Opportunità svolge funzioni di coordinamento delle azioni mirate alla prevenzione ed al contrasto delle MGF, ai sensi della Legge 7/2006 contenente "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile". La legge italiana è stata definita un esempio di best practice anche dal Segretario generale delle Nazioni Unite nel Rapporto sulle MGF 2011. Le MGF sono diffuse principalmente in 28 paesi dell'Africa Sub Sahariana, ma sono presenti anche in Oman, in Yemen e in Indonesia. Le donne e le ragazze che hanno subìto MGF o sono a rischio di subirle vivono anche in Italia e in Europa. Avendo diverse ONG denunciato particolari situazioni di disagio e discriminazione soprattutto nei centri di prima accoglienza nei confronti delle donne migranti e nei centri per richiedenti asilo, nel 2017 sono state realizzate e diffuse Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose[55].

La linea telefonica di Differenza Donna è dunque rivolta a donne migranti presenti sul territorio italiano, vittime di MGF e/o matrimoni forzati. L'obiettivo principale è quello di ricevere le richieste delle donne, per indirizzarle ai servizi, come ospedali, consulenti, associazioni che si occupano di MGF/matrimoni forzati su territorio nazionale. Se la donna che contatta la linea si trova a Roma, verrà presa in carico da uno dei Centri Antiviolenza gestiti da Differenza Donna nella regione Lazio.

DESCRIZIONE

La metodologia applicata è quella che utilizza una prospettiva di genere, intersezionale e femminista. La linea telefonica risponde 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Al telefono rispondono operatrici specializzate in violenza di genere e MGF. È possibile chiedere informazioni tramite whatsapp o via mail o vedere i video sul sito in dieci lingue differenti. Nella rete di supporto multisettoriale sono coinvolti anche i consultori e gli ospedali del territorio romano, e l'ufficio legale di Differenza Donna. Differenza Donna ha costruito negli anni una rete istituzionale dove, in caso di necessità, le donne che ricevono consulenza o le ospiti delle case rifugio possono essere inviate per cure legate al trauma.

TARGET

L'helpline si rivolge a donne migranti vittime principalmente di MGF. Anche se nel tempo sono state ricevute richieste di aiuto anche da donne vittime di matrimoni forzati e combinati. Le nazionalità più contattate sono la nigeriana e la somala nella fascia di età compresa tra i 20 e i 30 anni. Oltre ad essere vittime di MGF e/o matrimonio forzato, le donne sono state anche vittime di maltrattamenti.

FINANZIAMENTO

Tra il 2018 e il 2020, la linea è stata finanziata dal progetto BEFORE. Alla conclusione del progetto Differenza Donna, riconoscendo l'importanza e l'efficacia di questa helpline unica nel suo genere, ha ritenuto opportuno sostenerla a proprie spese.

[55] Online: http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/file-unico-mgf_eng.pdf

3.1.15 Approcci multidimensionali e di rete

Networking e supporto alle vittime, Svezia

Noomi - Hela Människan i Malmö
Website www.noomimalmo.se/

CONTESTO

Noomi è una organizzazione che offre supporto alle persone sfruttate nella tratta a scopo sessuale o nella prostituzione. Noomi gestisce alloggi protetti, iniziative di sensibilizzazione e un centro di consulenza legale per vittime del traffico di esseri umani a scopo sessuale e le persone attive nella prostituzione. Oltre a questo, l'organizzazione ha un progetto centrato sul supporto alle persone nell'industria del massaggio tailandese di Malmö. Le attività sono gestite dall'organizzazione no profit Hela Människan di Malmö. Noomi sostiene le vittime del traffico di esseri umani a scopo sessuale e le persone attive nella prostituzione. Nell'organizzazione sono impegnati prevalentemente sociologi e assistenti sociali e si occupano maggiormente degli aspetti sociali, legali e pratici della vita dei loro clienti e lavorando in sinergia con cliniche e organizzazioni che aiutano a sostenere il target anche negli aspetti medici e nella salute mentale. In Svezia due leggi facilitano l'accesso al supporto medico anche per i non residenti: la legge 407 del 2013 "Sulla salute e l'assistenza medica per alcuni stranieri che soggiornano in Svezia senza i necessari permessi" e la legge 344 del 2008 "Sulla salute e l'assistenza medica per i richiedenti asilo ecc".

DESCRIZIONE

Noomi non fornisce assistenza sanitaria diretta ma lavora in rete con altri enti. "Medici del mondo" fornisce supporto medico gratuito a tutti coloro che non sono residenti in Svezia e quindi non hanno accesso all'assistenza sanitaria (solo pronto soccorso); "Flyktinghälsan" è una clinica per rifugiati e permette a tutti i richiedenti asilo e rifugiati di avere accesso all'assistenza sanitaria ad un prezzo accessibile, molti centri medici. Anche tutti coloro che non hanno un numero di sicurezza sociale possono accedere ai loro servizi ad un prezzo modico per assistenza fisica, ma anche mentale in quanto offrono consulenza psicologica. Prima di prenotare un appuntamento, l'assistente sociale di Noomi incontra la beneficiaria, valuta il suo livello di rischio, cerca di capire i suoi bisogni, raccoglie in un diario la storia personale. Infine propone un piano alla beneficiaria e se la sua risposta è positiva, si attiva per organizzare gli appuntamenti, spiegando la sua particolare situazione alle organizzazioni partner. La beneficiaria, dopo essere accompagnata nel primo appuntamento, riuscirà da sola ad organizzare gli incontri anche se è sostenuta nelle spese mediche e dei trasporti.

TARGET

Le beneficiarie sono donne in casa rifugio (a volte coi loro figli), minori sostenuti indirettamente attraverso i loro genitori e persone che entrano in contatto con Noomi attraverso il lavoro di prossimità tra cui persone che si prostituiscono, vittime di tratta, rifugiati, richiedenti asilo. La maggior parte di loro non sono cittadine europee e sono per lo più di età compresa tra i 20 e i 50 anni, incluse le donne trans. Le nazionalità prevalenti sono: latino-americane - provenienti da Repubblica dominicana ed Ecuador ma residenti in Spagna - e donne dell'Africa (Nigeria, Camerun, Kenya). Le donne nella prostituzione sono spesso vittime di rischi fisici (aggressioni, furti, malattie sessualmente trasmissibili) e sottoposte a violenza psicologica. Hanno pertanto bisogno di un sostegno specializzato visti i traumi subìti. Molte di loro soffrono di ansia e PTSD.

FINANZIAMENTO

Le pratiche sono sostenute da fondi statali, contributi dell'Agenzia per la parità di genere, sostegno di altre organizzazioni, fondi del comune di Malmö e dei servizi sociali, donazioni di privati.

CONCLUSIONI

Organizzazioni di 11 paesi dell'Unione Europea, in particolare quelle specializzate nei servizi antiviolenza e per le donne vittime di sfruttamento sessuale e prostituzione o dedicate all'accoglienza di richiedenti asilo, hanno risposto all'invito del team di ricerca a raccontare i servizi per la salute mentale e altri specifici servizi per il supporto delle donne migranti vittime di GBV. Ne è emerso che, pur essendo lo sfruttamento sessuale la forma di violenza più diffusa tra le donne migranti - e in parte anche i matrimoni forzati - le donne richiedenti asilo e rifugiate sono quelle che subiscono maggiormente violenze e discriminazioni multiple prima, durante e dopo il viaggio migratorio. Fattori oggi ancora più evidenti lungo le rotte verso l'Europa.

Le prassi raccolte, focalizzate sulle aspettative migratorie delle donne e sulla narrazione a valenza terapeutica della loro esperienza del viaggio anche nei vissuti traumatici e dei percorsi di recupero e riabilitazione sperimentati, hanno evidenziato anche una attenzione specifica per le madri da parte di gran parte delle ONG contattate. Le relazioni sullo stato della salute mentale della popolazione femminile in Europa hanno mostrato in effetti che le madri single sono state le più colpite dalla pandemia, specie tra le minoranze etniche e nelle aree più periferiche. Le difficoltà di accesso ai servizi basilari e anche a quelli per la salute mentale, riportate anche nei cosiddetti "rapporti ombra" al GREVIO da parte di ONG di diversi stati dell'UE, hanno anche stimolato le stesse a creare nuove strategie per intercettare le vittime e supportarle in percorsi di uscita dalla violenza a lungo termine.

Sono quindi state evidenziate alcune sfide per i prossimi anni che nell'attuale panorama migratorio verso l'Europa non possono essere sottovalutate. La sfida più significativa e attuale è la creazione di team di professionisti della salute - e il rinnovamento di quelli già esistenti - formati su un approccio di genere, culturalmente sensibile e su competenze interculturali e interreligiose, senza le quali è inevitabile la distanza tra i servizi e la vittima. Collegate a questa, è da sottolineare l'urgenza di creare maggiori connessioni con comunità etniche e religiose, gruppi più vulnerabili e minoranze etniche nelle aree più periferiche delle città e nelle campagne e anche di garantire informazioni sulla salute nelle lingue principali delle vittime di GBV, servizi di mediazione linguistica o interpretariato negli ospedali e nei servizi socio-sanitari. Questo è stato uno dei gap più evidenti nei mesi di lockdown del 2020. Inoltre è emersa la sfida della pianificazione e di un continuo evolversi di diversi tipologie di percorsi di supporto psicosociale basati su skill life e non solo su terapie farmacologiche, di percorsi di cura a lungo termine non solo in emergenza, al di là dello status del migrante, e la costruzione di progetti di vita anche tramite centri di reinserimento sociale/laboratori per l'autonomia.

Ciò che rimane vincente nella cura del benessere mentale delle donne migranti vittime di GBV è comunque l'approccio multidimensionale che rafforza non solo i meccanismi di referral laddove esistenti, ma anche rinnova in un processo aperto una rete efficace tra ONG, helpline, servizi socio-sanitari e servizi a bassa soglia in Europa. Resta in ogni caso da incentivare l'etica, la passione e il coraggio di operatori e operatrici, mediatrici interculturali, assistenti sociali, medici e infermieri che, nel settore pubblico e del privato sociale, continuano, nonostante la pandemia, ad offrire servizi di assistenza. E che pure continuano ad inventare nuove strategie, mettendo al centro i bisogni delle vittime e la relazione di fiducia possibile con ognuna - e spesso anche coi loro figli -, dando spazio nel proprio lavoro anche a donne sopravvissute, adeguatamente formate, per motivare "alla pari" altre donne appena uscite dalla GBV ad intraprendere progetti di empowerment a lungo termine.

GLOSSARIO

GBV (VIOLENZA DI GENERE). Si riferisce ad atti che procurano un danno ad una persona in base al suo genere, come la violenza intima da parte del partner, la violenza sessuale, il matrimonio forzato, la mutilazione genitale femminile e i cosiddetti crimini d'onore. È radicata nella disuguaglianza di genere, nell'abuso di potere e nelle norme inadeguate. La GBV rappresenta una grave violazione dei diritti umani e una minaccia per la salute e la protezione delle donne, specie nella migrazione e nelle crisi umanitarie. La GBV può includere danni sessuali, fisici, mentali ed economici inflitti in ambienti pubblici o privati. Comprende anche minacce di violenza, coercizione e manipolazione.

CENTRI ANTIVIOLENZA. Sono punti di accoglienza, sostegno e ascolto per le donne che hanno subito violenza o che sono a rischio di violenza, e per i loro figli minorenni. Essi sono promossi dai comuni o da altri enti che gestiscono funzioni sociali e assistenziali, o da associazioni e organizzazioni che operano nel settore del sostegno alle donne vittime di violenza, o congiuntamente o in consorzio da entrambi i suddetti enti.

CASA RIFUGIO. Luogo riservato e protetto in cui le donne che subiscono violenze e i loro figli possono soggiornare in condizioni di sicurezza gratuitamente e indipendentemente dal luogo di residenza, al fine di proteggerle. Gli appartamenti o le case possono essere riservati o sono strutture che garantiscono alle donne e ai loro figli la sicurezza fisica e psicologica come luoghi sicuri.

DISCRIMINAZIONE. È il diverso comportamento o diverso riconoscimento dei diritti nei confronti di determinati gruppi sulla base di categorie di identità sociali quali genere, razza, disabilità, religione. Nel caso delle donne migranti vittime di violenza, può riguardare le differenze di genere nell'accesso ai servizi, la stigmatizzazione delle donne straniere e forme di razzismo. È uno degli ostacoli all'integrazione. La discriminazione non è sempre legata ad una unica categoria perchè la persona può appartenere a più di un gruppo sociale svantaggiato e subire più di una forma distinta di discriminazione multipla. Nel caso dell'intersezione di più forme di discriminazione basate su categorie che interagiscono su più livelli contemporaneamente, si parla di intersezionalità.

IDENTIFICAZIONE. Processo in più fasi necessario per capire se una persona ha subìto violenza, attraverso l'analisi della storia personale (e della rotta migratoria nel caso delle donne migranti) e in generale degli elementi che emergono dalle interviste con la persona e/o dai risultati ospedalieri.

MEDIAZIONE INTERCULTURALE. Azione di ponte svolta da una persona, formata in materia di GBV, che non deve essere necessariamente mediatrice linguistica ma che sappia facilitare la comunicazione tra un servizio e il beneficiario dell'intervento, in una lingua comprensibile ad entrambi e veicolare i codici poiché conosce elementi basilari della cultura, della struttura sociale, dell'etica sociale, delle condizioni economiche e dello scenario sia del paese di origine che di quello ospitante. La mediazione prevede la sospensione del giudizio nell'ascolto attivo, la scelta di un approccio interculturale e multidimensionale, e la costruzione di una relazione di fiducia che tenga conto del punto di vista della vittima/sopravvissuta.

MULTIDIMENSIONALITÀ. Indica una serie di step diversificati e graduali che tengono conto negli interventi di una molteplicità di fattori, tra cui la persona, il suo ambiente, l'organizzazione del servizio, il contesto sociale, la sua dimensione spirituale-comunitaria. L'approccio multidimensionale

promuove sinergie tra risorse formali e informali e l'attivazione di esperti multidisciplinari a sostegno della persona, degli operatori, dei servizi socio sanitari e della collettività.

PRESA IN CARICO. Si riferisce all'attivazione di un programma che prevede un percorso personalizzato di uscita dalla violenza all'interno di una casa rifugio, in sinergia coi servizi territoriali. Comprende azioni a breve, medio e lungo termine, finalizzati all'inclusione sociale e al percorso di empowerment, attraverso un costante monitoraggio.

RESILIENZA. Processo dinamico che coinvolge l'interazione tra le risorse individuali e il contesto. Si definisce come la capacità umana di affrontare, di superare, e anche di essere reattivi nelle avversità, riuscendo ad utilizzare funzionalmente le proprie risorse e a riorganizzare la propria vita. Secondo diversi psicologi, si basa su tre elementi: sensazione di una base interna sicura, autostima e sensazione di efficacia personale. Le modalità di reazione alla violenza sono strettamente connesse con la percezione di sé e il senso di appartenenza ad una rete sociale e relazionale, propria di ogni donna e radicata anche nella sua storia personale.

RIVITTIMIZZAZIONE O VITTIMIZZAZIONE SECONDARIA. È un tipo di violenza istituzionale perpetrata da istituzioni, servizi sociali, sanitari. Si tratta di una reazione sociale negativa in conseguenza della vittimizzazione primaria e viene vissuta come ulteriore violazione dei diritti della donna.

SUPPORTO PSICOSOCIALE. Si riferisce ad attività di supporto motivazionale, individuale o di gruppo, attraverso colloqui con operatori/trici in un approccio multidimensionale e di sostegno etnopsicologico, realizzate nel corso del programma di assistenza in presenza di assoggettamento, vissuti traumatici e/o violenze fisiche/psicologiche. Comprende quindi sia l'accesso a servizi di psicoterapia ed etnopsichiatria sia l'insieme delle interazioni quotidiane positive con operatori/rici che nell'ascolto attivo delle beneficiarie, tenendo conto delle diverse visioni e tradizioni rispetto al concetto di salute e di malattia, giorno dopo giorno favoriscono il loro recupero, attraverso la costruzione di una relazione di fiducia. Quest'ultima parte dalla considerazione della donna come soggetto attivo delle sue decisioni e cambiamenti, ma si è al suo fianco per renderli possibili.

TRAUMA. Evento che scuote il senso di sé e l'identità della persona e dei suoi rapporti interpersonali; ha un'influenza e una ricaduta a livello psichico, cognitivo, somatico e relazionale. Per le donne migranti sopravvissute alla GBV, il trauma spesso non coincide con un evento, ma con più eventi traumatici, che si inseriscono inevitabilmente anche all'interno del processo migratorio e che possono assumere connotazioni psicopatologiche.

VITTIMA/SOPRAVVISSUTA. Persona che ha sperimentato la violenza di genere. I termini "vittima" e "sopravvissuta" possono essere utilizzati in modo intercambiabile. "Vittima" è un termine spesso usato nei settori legale e medico. "Sopravvissuta" è il termine generalmente preferito nel supporto psicosociale perché implica resilienza.

BIBLIOGRAFIA

Artibani S., Balestrin P., Ciambezi I., Galati M.,Godino M.E., Liotti R., Luciani V., Moroni V., Pellegrino V., Resta C., Taricco M., 2020. Opportunità e sfide. Linee guida sull'integrazione delle sopravvissute alla tratta.
Online: https://www.apg23.org/downloads/files/La%20vita/Antitratta/RIGHT_WAY_ENG_WEB.pdf

Beneduce R., 2003. Antropologia della migrazione, etnopsichiatria e mediazione culturale. In: Ferrero A., 2003. Corpi individuali e contesti interculturali. Torino.
Blöcher J., Eyselein L., Kolbe S., Wells A. Team accademico: Ciambezi I., Menzel-Kötz H., Mosebach-Kornelsen E., Sander C., Shrum J., Stefani G., 2020. Manuale per gli operatori. L'integrazione delle donne nigeriane sopravvissute alla tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale. Pagg. 18-20. Online: https://intap-europe.eu/wp-content/uploads/HB_NIG_IT_Digital.pdf

Blöcher J., Eyselein L., Shrum J., Wells A. Revisore: Simon Kolbe. Team accademico: Ciambezi I., Mosebach-Kornelsen E., Sander C., Stefani G., Menzel-Kötz H., 2020. Rapporto di ricerca. Approccio intersezionale al processo di integrazione in Europa per le sopravvissute nigeriane alla tratta di esseri umani: rafforzare le opportunità e superare gli ostacoli. Pagg. 57-61 e pagg. 83-87. Online: https://intap-europe.eu/wp-content/uploads/ResearchReport_Nigerian_SoT.pdf

Ciancio B., 2014. Sviluppare la competenza interculturale. Il valore della diversità nell'Italia multietnica. Un modello operativo. Bruno Angeli.

Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere, 2020. Rapporto sulla prospettiva di genere nella crisi COVID-19 e nel periodo post-crisi. Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0229_EN.html

Commissione Europea, 2021. Rapporto. La salute mentale e la pandemia: vivere, prendersi cura, agire! Online: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/ev_20210510_mi_en.pdf

Commissione Europea, 2021. Relazione sulla parità di genere nell'UE. Online: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_printable_en_0.pdf

Commissione Europea, 2021. Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla strategia UE contro la tratta di esseri umani. Online: https://ec.europa.eu/home-affairs/system/files_en?file=2021-04/14042021_eu_strategy_on_combatting_trafficking_in_human_beings_2021-2025_com-2021-171-1_en.pdf

Consiglio d'Europa, 2011. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. (STCE n° 210). Online: https://rm.coe.int/16806b0686

Consiglio d'Europa, 2020. Dichiarazione del Comitato delle parti della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul) sull'attuazione della convenzione durante la pandemia della COVID-19. Online: https://rm.coe.int/declaration-committee-of-the-parties-to-ic-covid-/16809e33c6

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M., 2009. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. Psychological Bulletin, 135(3): 495-510.

Dipartimento di Stato americano, 2021. Rapporto globale sulla tratta di persone. Online: https://www.state.gov/wp-content/uploads/2021/09/TIPR-GPA-upload-07222021.pdf

The European House – Ambrosetti, 2021. Headway 2023 – Mental Health Index Report. Online: https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/211005_Headway-2023_Report_DEF.pdf

European Network of Migrant Women, 2021. La salute mentale delle donne migranti e il loro benessere. Online: https://www.migrantwomennetwork.org/wp-content/uploads/Mental-Health-Report-FINAL-Oct-2021.pdf

Fresko-Rolfo B., 2018. Rapporto. Matrimoni forzati in Europa. (Doc. 14574). Online: assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24806&lang=en

Grevio, 2021. Seconda relazione generale sulle attività di Grevio. Online: https://rm.coe.int/grevio-s-second-activity-report-2021/1680a2165c

Huber M., 2014. Trauma und Prostitution aus traumatherapeutischer Sicht. Online: http://www.michaela-huber.com/files/vortraege2014/trauma-und-prostitution-aus-traumatherapeutisch er-sicht.pdf

International Labor Organization (ILO) & Walk Free Foundation, 2017. Stime globali della schiavitù moderna: lavoro forzato e matrimonio forzato.

Istituto europeo per l'uguaglianza di genere, 2020. Covid-19 e uguaglianza di genere: la violenza di genere. Online: https://eige.europa.eu/covid19-and-gender-equality/gender-based-violence

Kóczé A. 2009. Missing Intersectionality. Race/ Ethnicity, Gender, and Class in Current Research and Policies on Romani Women in Europe. Budapest.

Losi N., 2020. Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche. Quodlibet Studio. Macerata.

Manifesto dei terapisti traumatologi tedeschi contro la prostituzione, 2014. Online: https://www.emma.de/artikel/traumatherapeutinnen-gegen-prostitution-317787

Parlamento europeo, 2020, pag. 6. Proposta di relazione sulla prospettiva di genere nella crisi COVID-19 e nel periodo post-crisi.Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/FEMM-PR-653727_EN.pdf

Parlamento Europeo, 2021. Riconoscimento della violenza di genere come nuova fattispecie di reato fra i reati di cui all'articolo 83, paragrafo 1, TFUE Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0388_EN.html

Parlamento europeo, 2021. La strategia dell'UE per la parità di genere. Online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_EN.html

ODIHR - OSCE, 2021. INDICAZIONI. Affrontare le tendenze emergenti della tratta di esseri umani e le conseguenze della pandemia da COVID-19. Online: https://www.osce.org/files/f/documents/2/a/458434_1.pdf

OECD, 2021. Uno sguardo alla salute 2021: indicatori OECD. Online: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

Sansonetti S., 2016. Donne rifugiate e richiedenti asilo: la questione dell'integrazione. Studio commissionato dal Dipartimento per le politiche per i diritti dei cittadini e gli Affari Costituzionali su richiesta della Commissione FEMM. Online: www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/556929/IPOL_STU(2016)556929_EN.pdf

Save The Children, 2019. Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze. Online: https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini

Save the children, 2021. Piccoli schiavi invisibili. Fuori dall'ombra: le vite sospese dei figli delle vittime di sfruttamento. Online: https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/piccoli-schiavi-invisibili-2021_0.pdf

«Ogni persona si sente dono nella misura che esiste per qualcuno. Se uno non esiste per qualcuno, in realtà è come se non esistesse».
don Oreste Benzi