



PROVIDE

PRoximity On Violence

Defence and Equity – PROG-776957



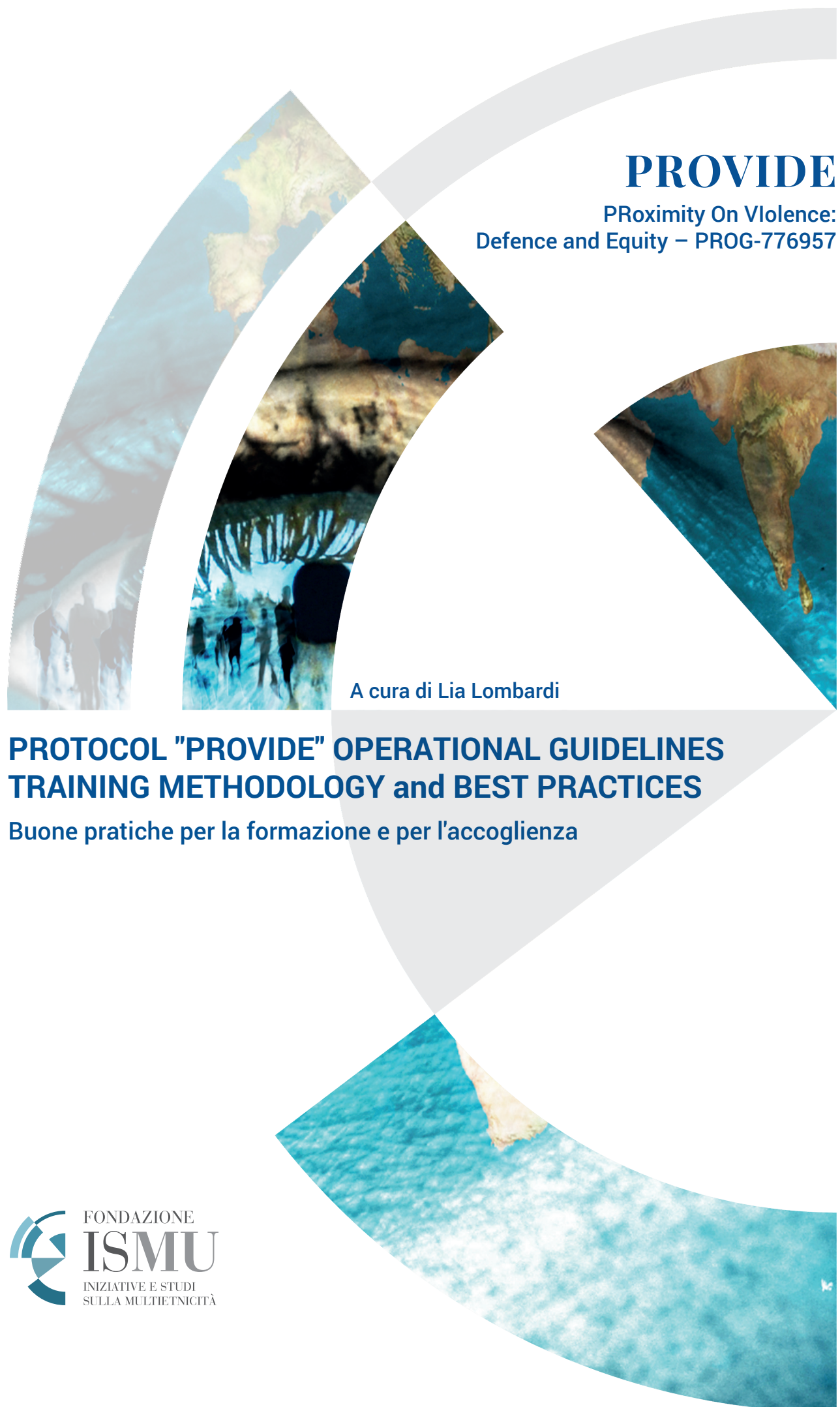
GUIDA ISMU

Gennaio **2020**

A cura di Lia Lombardi

PROTOCOL “PROVIDE” OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Buone pratiche per la formazione e per l'accoglienza



PROVIDE

PRoximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

A cura di Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Buone pratiche per la formazione e per l'accoglienza



"This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Violence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)."

Fondazione ISMU

via Copernico 1 - 20125 Milano

Tel: +39 02 678779.1

Fax: +39 02 67877979

www.ismu.org

Translations:

English, Joan Rundo

French, Virginie Gaugey

Spanish, Maria Clara Conti

Graphic design and layout: Veronica Gariboldi

© Fondazione ISMU, Milan 2020

ISBN 9788831443029

Partners



"The content of this publication draft represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains."

Indice

Introduzione di Lia Lombardi

6

sezione 1

BUONE PRATICHE PER LA FORMAZIONE

1 | Violenza di prossimità e violenza di genere nei contesti migratori

A cura di Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>	11
Scheda 1.1 Stato delle migrazioni e sistema di accoglienza: ambito europeo e nazionale	12
Scheda 1.2 Discriminazioni di genere, violenza, prossimità. Definizioni, cause e forme di violenza	14
Scheda 1.3 Violenza di genere, di transito e di prossimità nei percorsi migratori	18
Scheda 1.4 Le conseguenze della violenza	23
Workshop Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	28

2 | Diritti umani, diritti dei migranti nella legislazione internazionale, europea e nazionale

A cura di Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>	31
Scheda 2.1 Diritto internazionale e normativa comunitaria	32
Scheda 2.2 Violenza di genere e Protezione Internazionale	39
Scheda 2.3 Tratta delle persone e Protezione Internazionale	41
Scheda 2.4 La normativa nazionale	44
Scheda 2.5 Informazione/assistenza ai rifugiati, ai richiedenti asilo e alle vittime	45
Workshop Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	46

3 | Cura della persona e cura della salute

A cura di Valeria Alliata di Villafranca e Chiara Dallavalle

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>	49
Scheda 3.1 Il diritto alla salute nelle fonti normative internazionali	50
Scheda 3.2 Il diritto alla salute nelle fonti normative nazionali e locali	50
Scheda 3.3 Definizioni e concetti di medicina, cura, salute/malattia, bisogni fondamentali e altre evidenze	51
Scheda 3.4 Il ruolo della cultura e la sua influenza sulla salute dei migranti vulnerabili	54
Scheda 3.5 La salute dei migranti	55
Scheda 3.6 Migranti e malattie	57
Scheda 3.7 Supporto psicologico alle vittime di violenza	59
Scheda 3.8 Gli attori coinvolti	61
Workshop Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	62

4 | Violenze, torture e disagio mentale

A cura di Chiara Dallavalle

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>	65
Scheda 4.1 Trauma e aspetti post-traumatici	66
Scheda 4.2 Disturbo post-traumatico da stress	68
Scheda 4.3 Il trauma nella migrazione	70
Scheda 4.4 Migrazione e violenza	72
Scheda 4.5 Etnopsichiatria	74
Scheda 4.6 Resilienza e resistenza	76
Scheda 4.7 Differenze nell'esperienza di violenza legate al genere	78
Workshop Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	80

5 | Stress management

A cura di Chiara Dallavalle

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>	83
Scheda 5.1 Accogliere e ascoltare	84
Scheda 5.2 Come gestire la paura, lo stress, la frustrazione, il burn-out	86
Scheda 5.3 Gli strumenti per la gestione dell'aggressività	88
Scheda 5.4 Riconoscere l'esistenza di violenza di genere e/o di prossimità e saperla prendere in carico	91
Workshop Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	94

sezione 2

BUONE PRATICHE PER L'ACCOGLIENZA

Individuare, prevenire, curare

di Lia Lombardi

<i>Introduzione e obiettivi</i>	97
Scheda 1 Sistemi di accoglienza	98
Scheda 2 Buone pratiche di accoglienza	102
Scheda 3 Criticità e prospettive	107
Il caso Resistenza e resilienza	108

Appendice	109
Bibliografia e sitografia	110
Ringraziamenti	114

introduzione

di Lia LOMBARDI

Queste linee guida operative sono l'elaborazione dei risultati delle due macro-azioni del progetto Provide: la ricerca (Bartholini 2019a) e la formazione agli operatori (Bartholini 2019b).

La ricerca qualitativa evidenzia le difficoltà degli operatori dei servizi e dei centri di accoglienza che affrontano un elevato turn-over; la mancanza di competenze specifiche sulla violenza di genere e di prossimità; la carenza di offerta formativa specializzata (Lombardi 2019a).

Dalla narrazione dei bisogni formativi degli operatori, abbiamo individuato alcune parole chiave che sono state oggetto di confronto fra gli esperti del team "Provide", dando vita a cinque moduli formativi (Bartholini 2019b), oggetto di queste linee guida.

- 1 **Violenza di genere versus violenza di prossimità.** Evidenzia la duplice violenza a cui sono esposte/i le/i migranti richiedenti asilo e rifugiate/i: quello prima, durante e dopo il viaggio, quella istituzionale e strutturale che incontrano nei paesi di approdo (Lombardi 2019a).
- 2 **Diritti umani e diritti dei migranti nella legislazione.** Corrispondenza delle fonti di diritto internazionale sui diritti umani con le direttive/raccomandazioni europee e dei paesi membri, partner del progetto.
- 3 **Cura della persona e cura della salute.** Si tratta delle conseguenze della violenza sulla salute dei/delle migranti richiedenti asilo e rifugiate/i rilevando i bisogni di salute specifici per i quali si rendono necessarie competenze adeguate.
- 4 **Salute mentale.** Potenziamento dei percorsi psicosociali e delle competenze sui disturbi da stress post-traumatico degli operatori/operatrici coinvolti/e nella formazione.
- 5 **Stress management.** Pone attenzione allo stress e al burn-out degli operatori/operatrici che lavorano con migranti vittime di violenze e quindi rafforzare le loro capacità e competenze per la gestione dello stress.

Il gruppo di progettazione del "Corso di formazione per esperti in violenza di prossimità" ha disegnato l'impianto del corso facendo riferimento alle metodologie attive rivolte alla formazione professionale. Considerando i contenuti dei cinque

moduli formativi e le caratteristiche professionali dei/delle corsisti/e (assistenti sociali, educatori/educatrici professionali, psicologi/psicologhe) abbiamo immaginato una struttura modulare di cinque ore, suddivisa in una parte frontale in cui i/lal docente sottopone ai/alle partecipanti i concetti e i riferimenti di base del modulo, e una seconda parte strutturata in un workshop a partecipazione attiva dei/delle corsisti/e. La tipologia del workshop trae ispirazione dal "metodo dei casi" (Massa, 1997) ed è condotto da un/a docente e da un/a co-docente (Lombardi 2019b). Il/i caso/i, riferiti a storie reali e inerenti al modulo di riferimento, vengono letti e proposti al gruppo d'aula, il quale è invitato a suddividersi in gruppi di 4-8 partecipanti. Il/la docente e il /la co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di analisi: 1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso; 2. sue fragilità e punti di debolezza; 3. gestione del caso da parte dei servizi (criticità, buone pratiche, efficacia).

Al termine del lavoro (30-40 minuti circa), il/la portavoce di ogni gruppo viene invitato/a a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo - e ogni partecipante - ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Il workshop si conclude con un breve intervento del/della docente e del/della co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti e aggiungere informazioni e/o aspetti rilevanti.

Abbiamo quindi strutturato le linee guida in due parti: la prima riguarda le "buone pratiche" del percorso formativo; la seconda evidenzia le "buone pratiche" dell'accoglienza delle/dei migranti vittime di violenza, emerse dalla ricerca.

Per rendere agevole ai/alle formatori/formatrici l'utilizzo di queste linee guida le abbiamo realizzate seguendo un percorso a schede che ripercorre gli eventi formativi, riprendendo i contenuti e gli approcci più significativi della formazione svoltasi nei territori target (Sicilia, Lombardia, Toscana, regione di Parigi, Andalusia), indicando i casi esemplificativi e la modalità di organizzazione e conduzione del workshop.

La seconda parte dedicata alle "buone pratiche di accoglienza" si basa su tre criteri - individuare, prevenire, curare - e segue anch'essa una struttura a schede che riguarda: i sistemi di accoglienza in Italia, Francia e Spagna e di alcune realtà locali; le buone pratiche di accoglienza e cura delle persone migranti vittime di violenza e il lavoro di rete (governance, protocolli, azioni); le criticità e le prospettive del sistema.

Sezione 1

Buone pratiche per la formazione

5h



Violenza di prossimità e violenza di genere nei contesti migratori

A cura di *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

Il modulo introduce le tematiche legate alla violenza di genere e di prossimità e mira a analizzare le cause e le diverse forme di violenza che avvengono prima, durante e dopo il percorso migratorio. Attraverso l'esposizione di informazioni e l'analisi laboratoriale dei casi, il percorso formativo si pone come obiettivo di fornire agli operatori strumenti utili ed efficaci, sia per individuare le vittime di violenza sia per inquadrare gli ambiti e i contesti entro cui si consumano gli abusi e le violenze, al fine di attivare percorsi efficaci di assistenza e empowerment delle vittime.

Le migrazioni forzate erodono i supporti familiari, amicali, comunitari dei contesti di partenza mettendo sotto pressione le identità culturali, religiose e di genere. I bambini, i giovani e le donne sono i più vulnerabili e maggiormente a rischio di subire violenza, abusi, sfruttamento, intimidazione, rappresaglie e conseguenze sulla salute fisica e mentale.

Scheda 1.1

Stato delle migrazioni e sistema di accoglienza: ambito europeo e nazionale

35'



Flussi migratori verso l'Europa. Le vie di terra e di mare dei migranti.

In questa sessione si deve indicare e discutere il quadro corrente dei flussi verso l'Europa e degli sbarchi sulle coste del Mediterraneo. Indicare quindi i dati quantitativi:

- » Sugli arrivi via terra e via mare, specificando anche i luoghi di arrivo e di smistamento.
- » Sulle provenienze e i paesi di origine.
- » Sulla presenza di categorie vulnerabili (come specificate nella scheda 3).
- » Sulle richieste d'asilo: laddove possibile indicare quelle accolte e quelle respinte
- » Sui respingimenti e sui rimpatri.
- » Altre informazioni ritenute importanti dal formatore nel contesto storico temporale in cui avviene la formazione.

Ambito nazionale

In questa sessione si deve riferire dei contesti e delle situazioni riguardanti il paese membro dove si svolge la formazione, con particolare attenzione ai seguenti argomenti:

Richiedenti Asilo nel paese membro (es. Italia, Francia, Spagna ecc.)

- » Sugli arrivi via terra e via mare, specificando anche i luoghi di arrivo e di smistamento.
- » Sulle provenienze e i paesi di origine.
- » Sulla presenza di categorie vulnerabili.
- » Sulle richieste d'asilo: laddove possibile indicare quelle accolte e quelle respinte
- » Sui respingimenti e sui rimpatri.
- » Altre informazioni ritenute importanti dal formatore nel contesto storico temporale in cui avviene la formazione.

Il sistema di Accoglienza migranti

- » Come funziona il sistema di accoglienza nazionale e locale.
- » I livelli di accoglienza e i servizi erogati dai centri di assistenza ai migranti
- » Buone pratiche e criticità.



La salute dei migranti regolari, irregolari, richiedenti asilo e rifugiati.

Diritto e accesso alle cure.

In base al loro status amministrativo, che tipo di accesso ai servizi è garantito ai migranti?

Indicare quindi se vi sono differenze tra:

- » Migranti regolari: residenti, permesso/carta di soggiorno.
- » Migranti irregolari: non residenti, senza PS, senza documenti.
- » Titolari di protezione internazionale/sussidiaria/altro.
- » Richiedenti asilo.

Scheda 1.2

Discriminazioni di genere, violenza, prossimità. Definizioni, cause e forme di violenza

35' + break 15'
a fine scheda



Discriminazioni di genere e disuguaglianze

La parità di genere altro non è che l'uguaglianza nel trattamento tra uomini e donne in base ai loro rispettivi bisogni. Questa deve portare a una perfetta equivalenza in termini di diritti, benefici, obblighi e opportunità. Nella maggior parte delle società le disuguaglianze si esprimono proprio attraverso il non riconoscimento di queste equivalenze e l'attribuzione quindi di responsabilità, diritti, benefici e opportunità diverse per uomini e donne, sia nelle attività di cui si occupano, sia nell'accesso e nel controllo delle risorse sia nei processi decisionali.

Alcuni Indicatori di discriminazione e disuguaglianza di genere

Accesso all'istruzione, Attività economica, Potere decisionale e di controllo.

Secondo il "Rapporto Social Watch 2012, GEI Gender Equity Index" risulta che a livello mondiale il rapporto medio di disuguaglianza di genere sia: nell'istruzione pari a 0,82 – max Nord America 1,00, min Medio Oriente e Nord Africa -; nella attività economica pari a 0,57 – max 0,74 Asia Centrale min 0,23 Medio Oriente e Nord Africa – infine nel potere decisionale e di controllo pari a 0,28 – max 0,48 Europa e Nord America, minimo 0,14 Asia meridionale, Medio Oriente e Nord Africa.

Salute riproduttiva e accesso ai servizi sociosanitari

Per quanto riguarda la salute riproduttiva, i problemi ad essa legati sono ancora la principale causa di malattia e di morte per le donne in età riproduttiva in tutto il mondo. Secondo il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) muore una donna ogni minuto durante il parto per cause che potevano evitarsi - con adeguati accessi ai servizi sociosanitari spesso negati - e per ognuna di queste morti ci sono più di 20 donne che hanno problemi permanenti di salute legati a complicazioni insorte durante il parto.

I primi riconoscimenti dei diritti umani fondamentali e al «femminile»

1993: la Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani, mediante la *Dichiarazione di Vienna e Programma d'Azione*, riconosce i diritti umani delle donne e delle bambine come «parte inalienabile, integrante e indivisibile dei diritti umani universali». Si ha quindi un riconoscimento delle «varie forme di discriminazione e violenza a cui le donne sono continuamente esposte in tutto il mondo».

La violenza di genere (*gender based violence*) viene dunque riconosciuta come una violazione dei diritti umani fondamentali.



Definizione Violenza contro le donne

(Art. 113 della Piattaforma per l'azione della Conferenza di Pechino)

"Ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, includendo la minaccia di questi atti, coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata"

"La violenza contro le donne è la manifestazione di relazioni di potere storicamente ineguali fra uomini e donne [...]. La violenza contro le donne esperita nel ciclo di vita deriva essenzialmente da fattori culturali e in particolar modo dagli effetti dannosi prodotti da alcune pratiche tradizionali o consuetudinarie, ma anche da atti di estremismo legato alla razza, al sesso, alla lingua e alla religione, atti che perpetuano la condizione di inferiorità delle donne in seno alla famiglia, nei luoghi di lavoro, nella comunità e nella società".

"Sulla base di tale convinzione, la violenza di genere viene declinata secondo tre diverse accezioni (fisica, sessuale e psicologica) che sono fra di loro interrelate nei vari ambiti di vita (famiglia, comunità e stato)."

Forme di violenza contro le donne

La violenza contro le donne comprende:

- » **Violenza fisica, sessuale e psicologica all'interno della famiglia**, incluse le percosse, l'abuso sessuale di bambine nell'ambito domestico, la violenza derivante da cause di possesso di eredità, lo stupro coniugale, la mutilazione genitale femminile e altre pratiche tradizionali dannose per le donne, la violenza extra-coniugale e la violenza derivante dallo sfruttamento.
- » **Violenza fisica, sessuale e psicologica che avviene in ambito pubblico**, inclusi lo stupro, l'abuso sessuale, la molestia sessuale, l'intimidazione nei luoghi di lavoro, nelle istituzioni educative e altrove, il traffico di donne e la prostituzione forzata.
- » **Violenza fisica, sessuale e psicologica perpetrata o tollerata dallo stato**, ovunque si verifichi.

Violenza intrafamiliare e domestica

Definizione

Qualsiasi atto o comportamento agito da una persona, che abusando della sua posizione di potere (fisica e/o psicologica), produce un danno fisico e/o psichico su

Scheda 1.2

un familiare. Comprende: minacce o atti di violenza fisica, psichica o sessuale agiti all'interno di un rapporto familiare o di coppia.

Maltrattante / Vittima

Partner intimo, coniuge, genitore, fratello/sorella, figlio/a, anziano (ad es. nonni), altri familiari.

Il profilo Del Maltrattante o Carnefice

Violento solo in famiglia: soggetti moderatamente violenti sia all'interno che al di fuori della famiglia, non presentano rilevanti disturbi psicopatologici.

Disforico - borderline: moderatamente o seriamente violenti soprattutto nei confronti del partner. Seriamente disturbati, hanno difficoltà ad accettare l'abbandono. Patologicamente gelosi.

Antisociale generalmente violento: aggressori antisociali violenti. In genere con precedenti penali.

Alcune caratteristiche della persona vittima

La vittima di maltrattamento, quando chiede aiuto, di solito presenta: paura, vergogna, dipendenza emotiva, distorta percezione del pericolo (talvolta), ambivalenza rispetto alla possibilità di lasciare il maltrattante.

Il Contesto

Qualsiasi tipo di famiglia e/o di coppia (eterosessuale, omosessuale, altro), di ogni fascia d'età, di qualsiasi gruppo di appartenenza (gruppi etnici, ecc.), di qualsiasi livello socio-economico e culturale.

Forme di Violenza Intrafamiliare e/o Domestica

- » **Violenza psicologica.** Umiliare, svalutare, colpevolizzare, controllare azioni e/o decisioni, limitare l'autonomia, isolare.
- » **Violenza economica.** Vietare o ostacolare l'accesso ad un lavoro fuori casa; privare dello stipendio o controllarlo; non permettere il controllo della gestione economica familiare; negare o limitare l'accesso alle finanze familiari (e.g. conti in banca); non adempiere ai doveri di mantenimento stabiliti dalle sentenze, sfruttare la persona come forza lavoro nell'azienda familiare (contadina, turistica, artigiana) senza alcuna retribuzione né potere decisionale o accesso ai mezzi finanziari, indebitare la donna per far fronte alle proprie inadempienze.
- » **Violenza fisica.** Schiaffeggiare, graffiare, mordere, soffocare, colpire con oggetti, tirare i capelli, prendere a pugni e/o calci, ustionare con sigarette o altri oggetti arroventati, ferire con armi.
- » **Violenza sessuale.** Costringere al rapporto sessuale con la forza, con minacce o ricatti, imporre pratiche indesiderate, imporre rapporti che implicano il far male fisicamente e/o psicologicamente.

Violenza Di Prossimità

Cosa si intende per violenza di prossimità?

La violenza di prossimità si situa fra la violenza di genere evidenziata dalla normativa internazionale e la violenza normalizzata esplicitata dalle indagini sociologiche. Essa



si contraddistingue attraverso:

- » Un nesso fra violenza interpersonale e simbolica e violenza fisica che il contesto favorisce e struttura.
- » Un'interconnessione fra dominio pubblico, spazio privato e sfera dell'immaginario.
- » Una violenza radicata nella vita quotidiana e nei suoi interstizi più deboli.
- » L'esito del riconoscimento dell'altro da parte della vittima all'interno di un contesto o di una situazione.
- » La manipolazione della fiducia interpersonale che conduce all'abuso della vulnerabilità dell'altro.

Il termine deriva da "proximus" e si riferisce a quella forma grammaticale di assoluto superlativo che indica **la persona più vicina all'altra persona** in uno spazio dato e in un dato momento (Bartholini 2013). Si riferisce quindi a un tipo di relazione in cui i soggetti sono reciprocamente legati da una vicinanza che deriva dalla condivisione di un'esperienza emotiva (Collins 2008).

Il "Proximus" è l'altro come un partecipante in un'esperienza emotiva provocata nella vittima attraverso azioni violente.

Rispetto alla vittima, il carnefice si trova in una posizione asimmetrica e prevaricante. Da questo punto di vista, la possibilità di realizzare la violenza di prossimità è subordinata al comportamento e alle azioni di carnefice che domina una vittima in condizioni di assoluta vulnerabilità determinata dalla situazione.

Come avviene la manipolazione dell'altro in quanto soggetto vulnerabile ed esposto?

La manipolazione della vittima, in quanto soggetto vulnerabile ed esposto, avviene attraverso:

- » ***Fiducia manipolata:*** ottenimento della fiducia ad opera del carnefice.
- » ***Individuazione di un altro significativo:*** riconoscimento del potere/identità dell'altro in quanto carnefice.
- » ***Resistenza:*** attivazione di processi di resistenza da parte della vittima.
- » ***Resilienza:*** attivazione di processi di resilienza da parte della vittima.

Gli elementi positivi

Fiducia, attenzione, cura, che connotano particolari relazioni fra persecutore e perseguitato, come nel caso di donne vittime di sfruttamento sessuale e i soggetti a cui fanno riferimento, sono in realtà fattori di resistenza, che ritardano o impediscono la presa di coscienza della loro pressappoco assoluta vulnerabilità.

Perché è più consono parlare di violenza di prossimità?

- » Si tratta di una violenza azionata nei soggetti più vulnerabili da soggetti «prossimi» alla persona e persino alla famiglia delle vittime.
- » Implica un'iniziale accettazione volontaria che si basa sulla fiducia nel carnefice o nello sfruttatore.
- » Produce meccanismi di difesa nella vittima che rendono accettabile o impossibile da recidere il legame abusante azionato a loro danno (resistenza).
- » Produce meccanismi di resilienza attiva che inducono all'accettazione della situazione.

Scheda 1.3

Violenza di genere, di transito e di prossimità nei percorsi migratori



Genere, Violenza, Conflitto, Migrazione

Esiste una stretta relazione tra genere, violenza, conflitto e migrazione perché la violenza, nelle sue varie forme (fisica, sessuale, psicologica, strutturale, istituzionale) diventa uno strumento di potere, sottomissione, prevaricazione. Nei conflitti e in situazioni critiche il corpo femminile, in particolare, diventa "luogo pubblico" (Duden, 1984; Lombardi, 2019a). I rifugiati e i richiedenti asilo nella maggior parte dei casi fuggono da guerre, persecuzioni, difficoltà estreme dei paesi di origine e la maggior parte di loro vive in condizioni di privazione, violenza e abusi nei paesi di transito (ad es. Libia).

La violenza di genere può verificarsi in contesto di conflitto, durante il viaggio migratorio e negli Stati membri dell'UE ospitanti (ad esempio, nelle strutture di accoglienza e/o di detenzione).

La violenza di genere - incentrata sulle esperienze di violenza di donne e ragazze - è intesa come comprendente violenza fisica, sessuale e psicologica, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, il ricatto.

La violenza si riferisce ad atti che si verificano in luoghi pubblici o privati. Può quindi includere violenza da parte di familiari (partner intimo e violenza domestica da parte di diversi membri della famiglia), e anche forme di molestie sessuali, insieme ad altre forme di violenza sessuale, da parte di autori diversi (Ibidem).

Violenza contro donne rifugiate e richiedenti asilo

Il quadro europeo

Secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM 2015) un numero senza precedenti di persone e famiglie e minori, provenienti da Medio Oriente, Africa, Asia centrale, hanno attraversato il Mediterraneo e l'Egeo alla ricerca di sicurezza e protezione in Europa. Nel 2015, più di 3.500 persone sono annegate o scomparse nel tragitto. Tra le molte fragilità che portano con sé, la salute mentale e psicologica e i problemi psichiatrici sono tra i più importanti e meritano particolare attenzione. Rifugiati e richiedenti asilo nella gran parte dei casi fuggono da guerre, persecuzioni, difficoltà estreme dei paesi di origine. Molti vivono deprivazioni, violenze e maltrattamenti nei paesi di transito, affrontano viaggi molto rischiosi.

Le migrazioni forzate erodono i supporti familiari, amicali, comunitari dei contesti di partenza mettendo sotto pressione le identità culturali, religiose e di genere. I bambini, i giovani e le donne sono i più vulnerabili e maggiormente a rischio di subire violenza, abusi, sfruttamento, intimidazione, rappresaglie e conseguenze sulla salute fisica e mentale.



Categorie di Migranti Vulnerabili

Donne e minori a rischio; minori non accompagnati; donne in gravidanza; genitori con figli minori; disabili; persone che necessitano di cure mediche che possono essere garantite solo con il reinsediamento; persone bisognose di un reinsediamento di emergenza o urgente per ragioni di protezione giuridica o fisica, comprese le vittime di violenza o tortura.

Classi di vulnerabilità

Violenza psico-fisica; lutti o perdite familiari; vittime di conflitti tribali/guerre; abusi sessuali; vittime di tratta; gravidanza a seguito di abusi; dipendenze.

Indicatori dello stato di salute dei migranti vulnerabili

- » **Malattie infettive:** incidenza superiore rispetto alla media del paese di accoglienza.
- » **Malattie sessualmente trasmissibili:** soprattutto tra migranti irregolari e vittime di violenza.
- » **Salute mentale:** problemi psicologici e psichiatrici tra rifugiati e richiedenti asilo quale esito di torture, violenze, viaggi estremamente pericolosi.
- » **Salute riproduttiva:** molte donne sono in stato di gravidanza e, nella maggior parte dei casi, le gravidanze si sono verificate durante il viaggio. Per questo motivo, chiedono un IVG, ma questo non è sempre possibile. Per affrontare problemi di salute riproduttiva (gravidanze, nascite, aborti, contraccezione, ecc.), è buona prassi dei centri di accoglienza stabilire una cooperazione con i consultori familiari.

Violenza Di Genere (VdG) nei percorsi migratori

Rispetto alla VdG l'United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), l'United Nations Population Fund (UNFPA) e la Women Refugees Commission (WRC) hanno espresso grande preoccupazione per i rischi e le violenze a cui sono sottoposte le donne rifugiate in transito verso l'Europa. Nel 2015 l'UNHCR, UNFPA e WRC hanno realizzato un'inchiesta sul campo sui rischi che affrontano le donne e le ragazze in transito verso l'Europa. Uomini e donne sono esposti a rischi e vulnerabilità diverse durante il tragitto migratorio. Le donne e le minori sono particolarmente soggette a discriminazioni, violenza sessuale e di genere e quindi necessitano di accoglienza e strutture specifiche. I centri di accoglienza sono spesso sovraffollati e questo pone a maggior rischio di violenze, abusi e sfruttamento le donne e i minori (Lombardi, 2017).

Scheda 1.3

Rischi nel tragitto e nell'accoglienza. Violenza di Transito, Familiare e Domestica, Strutturale, Istituzionale e di "Prossimità"

Una recente valutazione dei rischi per donne e bambini rifugiati ha individuato casi di violenza sessuale e di genere, compresi matrimoni precoci e forzati, tratta, violenza domestica, abusi sessuali e fisici sia nel paese di origine sia nel tragitto e nei paesi di transito (Lombardi, 2017).

Secondo il rapporto dell'UNHCR, UNFPA e WRC la risposta alla crisi umanitaria europea è insufficiente e spesso inconcludente, incapace di prevenire le violenze e di curarne le conseguenze. Inoltre non vi sono attualmente molti dati dettagliati sulla attuale crisi umanitaria e questo può alimentare la **percezione che la violenza contro le donne non sia una caratteristica importante di questa crisi**. Infine, sempre secondo la relazione dell'UNHCR, UNFPA e WRC, le donne e le ragazze sono vulnerabili alla violenza di genere anche nei centri di accoglienza e in altre strutture una volta arrivati in Europa (ad esempio: polizia, professionisti amministrativi, gestori dei centri).

Violenza di Transito. Molte donne migranti, quando intervistate, riferiscono che sono state violentate e obbligate a prostituirsi per pagare i documenti del viaggio e il viaggio stesso, per paura di dover rimandare il viaggio negano di subire violenza e non chiedono cure mediche. Un numero sempre maggiore di uomini e di minori mostrano segni di violenze e di torture all'arrivo, raccontano di essere stati maltrattati, picchiati anche prima dell'inizio del viaggio con il ricatto di non portarli a destinazione (Ibidem).

Violenza familiare o domestica. E' emerso più volte che durante il viaggio sono state create false famiglie per protezione nei confronti delle donne e per beneficiare delle strutture fornite ai nuclei familiari, ma in seguito, nella convivenza queste coppie "esplodono". Ci sono anche famiglie reali, ma attraversando molte situazioni difficili nel paese ospitante, "esplodono" a causa dello stress. In entrambi i casi, il disagio della famiglia può essere tradotto in abuso fisico contro donne e/o minori.

Violenza strutturale. Per violenza strutturale ci si riferisce a quelle situazioni in cui le vittime (donne, ma anche uomini) vivono condizioni in cui la violenza è un *modus vivendi*, sperimentata sin dall'infanzia, contesti in cui i bambine/i perdono ogni forma di protezione e tutela, sono alla mercé di adulti per i quali queste/i bambine/i sono strumenti da utilizzare, utili per i loro affari. Questa tipologia di violenza è così basata su principi gerarchici radicati nelle comunità e nelle società in cui le persone, più vulnerabili, sono oggetto di sfruttamento e abusi senza che questi siano riconosciuti e definiti come tali (Lombardi, 2019a).

Violenza Istituzionale E' rappresentata da tutte quelle forme di violenza generate dalle leggi, dalle pratiche amministrative, dalle inconsapevolezze degli operatori che ricevono i migranti (polizia, centri di accoglienza, servizi sociali, burocrazia). È legata ad ogni forma di discriminazione istituzionale che mantiene le donne in una posizione subordinata, sia fisica sia ideologica. La violenza istituzionale è a volte data da regole severe che non sono adattate alla situazione specifica e individuale.



Violenza di Prossimità. Si tratta di situazioni collettive riferibili soprattutto ai grandi centri di accoglienza. A volte cose banali, come una lite tra bambini, possono generarla. A volte si traducono in atti vessatori nei confronti dei vicini, si tratta di forme di violenza che gli operatori non riescono a gestire. Altre situazioni riguardano adolescenti e giovani: dove ci sono adolescenti vulnerabili o giovani, spesso si verificano episodi di stalking e bullismo contro di loro. I migranti più giovani sono anche esposti ad altri rischi: alcuni adulti italiani si presentano loro come "protettori", come quelli che promettono protezione e aiuto. All'inizio danno denaro o fanno regali agli immigrati ma in realtà non sono altro che "reclutatori" di ragazzi e ragazze per il mercato della droga e della prostituzione o della microcriminalità. Il problema sta anche nel fatto che questi giovani non sanno come proteggersi, non sanno di chi possono e dovrebbero fidarsi. I bambini molto piccoli a volte non si rendono conto che questi metodi sono abusivi ma non sanno a chi rivolgersi, non sanno se possono fidarsi del "personale del centro di accoglienza" o meno (Ibidem).

Il Fenomeno Migratorio e la Violenza Normalizzata.

Per parlare di uno dei più grandi business della storia più recente della criminalità transnazionale è fondamentale individuare le modalità di ingresso, i percorsi seguiti, i flussi, le rotte, le nazioni di partenza e quelle di transito di un numero consistente di soggetti in Italia, per di più giovani donne, che dai paesi dell'Est, dall'Africa e in proporzioni minori, anche da altre aree geografiche, sono giunte in questi anni nel nostro paese, per essere immesse nel variegato mercato della prostituzione. Quando si parla di tratta di esseri umani, si pone particolare attenzione ad una popolazione specifica, ovvero quella nigeriana, costituita da un'alta percentuale di giovani donne, colpite in misura maggiore dal fenomeno della tratta a scopo di sfruttamento sessuale.

Il viaggio delle donne richiedenti asilo dalla Nigeria verso l'Italia.

L'Italia, come il resto d'Europa, rappresenta una delle mete principali per la maggior parte delle donne migranti in condizioni di vulnerabilità. Secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni "...circa l'80% delle migranti nigeriane arrivate via mare - nel 2016 - è probabilmente vittima di tratta destinata allo sfruttamento sessuale in Italia o in altri paesi dell'Unione Europea".

Inoltre, l'OIM denuncia "il significativo e preoccupante aumento di vittime di tratta adolescenti". Molte di queste ragazze al momento dello sbarco si dichiarano maggiorenni, seguendo le indicazioni dei trafficanti: «In questo modo, infatti, le ragazze verranno collocate in strutture di accoglienza per adulti, dove sarà più facile contattare i loro trafficanti che le andranno a prelevarle con maggiore facilità».

La tratta di esseri umani comunque sta coinvolgendo ragazze di età sempre più bassa (16/19 anni): «Sono sempre più giovani, scarsamente scolarizzate e sempre più povere. Si tratta prevalentemente di ragazze tra i 15 e i 17 anni, con una quota crescente di bambine». I soldi che guadagnano le minori devono essere restituiti alla *maman* per ripagare il debito e ogni sospetta rottura di questo patto va compensata/controbilanciata da un nuovo giuramento.

Scheda 1.3

Figure, ruoli, modalità di reclutamento nel paese di origine e sfruttamento

La **mamam** è la donna che esercita ruoli chiave in tutte le fasi del ciclo di sfruttamento. In particolare, regola ogni aspetto della quotidianità delle ragazze, ossia ha il controllo assoluto del loro debito e della loro vita. Infatti, decide la destinazione finale in Italia e gli eventuali successivi trasferimenti. Decide, inoltre, i luoghi, i tempi e modi delle attività di prostituzione delle minori, per esempio se devono fare il doppio turno o se devono lavorare solo di giorno o di notte.

Il **reclutamento** avviene a Benin City, nelle aree rurali e nei villaggi più remoti degli Stati dell'Anambra, del Delta e del Lagos. Partono dalla Nigeria in direzione Niger, e gli stupri iniziano spesso nel deserto e nella primissima parte del viaggio. Testimonianze raccolte rivelano che in Niger avviene l'induzione forzata alla prostituzione **indoor**, ossia presso case chiuse. In questo caso, lo sfruttamento sessuale forzato viene imposto alle vittime, al fine di iniziare a ripagare i trafficanti del debito contratto per il viaggio. Dal Niger, il viaggio delle donne prosegue verso la Libia. Il viaggio per queste ragazze è un incubo fatto di abusi e violenze.

Spesso, vengono chiuse in *guest house*, dalle quali non possono uscire e dove si recano gli uomini per obbligarle ad avere rapporti sessuali o a prostituirsi. In Libia, il soggiorno e lo sfruttamento prosegue per mesi, nelle cosiddette *connection house*, prima della partenza per l'Italia: sono forzate alla prostituzione indoor senza protezioni di alcun tipo, infatti alcune di loro rimangono incinte. (Dossier Save the Children, *Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento*, 2015).

Le fasi e le tipologie di violenza subita dai migranti vulnerabili nel percorso migratorio

Durante il conflitto, prima di fuggire dal loro paese di origine	Abuso commesso da persone in situazioni di autorità; tratta di esseri umani; violenza sessuale, stupro; rapimento da parte di gruppi armati, comprese le forze di sicurezza ufficiali; stupri di massa; gravidanze forzate.
Lungo la rotta migratoria	Aggressione sessuale da parte di banditi, guardie di frontiera, pirati; rapimento per tratta di esseri umani e tratta "moderna" degli schiavi.
Nel paese di asilo	Aggressione sessuale, coercizione, estorsione da parte di persone in posizione di potere; abusi sessuali, bambini presi alle loro famiglie e messi in case affidatarie; violenza domestica; violenza sessuale durante le faccende quotidiane; rapporti sessuali transazionali in cambio di sopravvivenza/prostituzione forzata; pratiche tradizionali.
Durante la deportazione / rimpatrio	Ritorno/espulsione/rimpatrio. Abuso sessuale di donne e bambini che sono stati separati dalle loro famiglie; abusi sessuali da parte di persone in posizioni di potere; stupro; violenza sessuale; espulsione forzata.
Nel percorso di reintegrazione	Abusi sessuali contro i rifugiati come forma di punizione; rapporti sessuali transazionali per legittimare la propria situazione legale; esclusione dai processi decisionali; rifiuto o diniego dell'accesso alle risorse, al diritto ai documenti di identità, al diritto al recupero dei beni.



Scheda 1.4

Le conseguenze della violenza

35'



Resistenza e Resilienza

Uno dei problemi principali che ruota intorno alla violenza di genere e che rende difficile la ricerca delle modalità per ostacolarla, è che per la maggior parte delle donne intervistate la violenza di prossimità è ammessa, tollerata e giustificata all'interno di una visione tradizionale della coppia o per effetto di una dipendenza affettiva.

Da tale angolatura, il patriarcato (Edwards, 1987; Garcia-Moreno, 2006) non è solo una categoria interpretativa della violenza che rimanda alle peculiarità economiche, culturali o religiose dei suoi attori, ma trova la sua caratterizzazione epistemica in quella violenza che è subita dalle vittime da parte di un carnefice prossimo, sia durante il "viaggio abusante" che nello sfruttamento prostitutivo.

Meccanismi di resistenza delle vittime che possono generarsi solo attraverso rapporti di prossimità

La resistenza delle vittime

In contesti particolarmente stressanti, deprivati o dolorosi, la vittima trova una ragione o motivazione che giustifichi almeno in parte la violenza e le consente la resistenza. Ne deriva quindi la possibilità di una successiva narrazione dei fatti di violenza che, andando oltre la semplice dicotomia tra carnefice e vittima, trasforma la vittima in una quasi-vittima e il carnefice un quasi-carnefice. Ne consegue così una narrazione dagli effetti contrastanti e dagli esiti contraddittori che giustifica l'esercizio della violenza.

Meccanismi di resilienza che possono generarsi solo attraverso rapporti di prossimità

La resilienza è un elemento dinamico. Indica:

- » La resistenza alle difficoltà.
- » La capacità di ricostruirsi «positivamente».

Il termine viene dalla fisica e indica la capacità di un metallo di riprendere la propria forma dopo avere ricevuto un colpo così forte da provocarne la rottura.

Nel caso delle vittime di violenza, si tratta di valutare la tenuta stessa all'azione di violazione subita o vissuta e l'interesse a trovare elementi positivi all'interno di relazioni di sfruttamento e abuso.

Resilienza e Frame

Goffman ha spiegato come tutte le forme d'interazione fanno ricorso al *framing*. Il frame consente di attribuire un significato alle esperienze, di incorniciare le situazioni.

Scheda 1.4

quotidiane dando, attraverso questa operazione di "incorniciamento", un significato alle interazioni.

Il frame è una cornice all'interno della quale i partecipanti assumono specifici ruoli. Essa non è una cornice/struttura statica. È, al contrario, un framework.

Il *framework* - costituisce una vera e propria attività di adeguamento alla realtà.

La capacità di adeguarsi ad un determinato frame non è innata, bensì acquisita. La dinamica con la quale "ci rendiamo partecipi" di determinate esperienze entro specifici schemi interpretativi è, appunto, indicata da Goffman con il termine *framework* (Frame Analysis, 1974) ed è da interpretarsi come una forma di resilienza con la quale le vittime modulano la percezione stessa della realtà che le contestualizza come vittime ritracciando gli elementi positivi del loro stare al mondo.

Naturalizzazione e Razzializzazione

Separare il discorso sulla violenza di prossimità subita dalle rappresentazioni culturali che lo giustificano, così come dai processi di resilienza e resistenza, significherebbe disgiungerlo da ogni possibile interpretazione che "naturalizza" la violenza di prossimità. Ciò produrrebbe una sorta di **razzializzazione** delle migranti (Crenshaw, 1991; Razack, Smith, Thobani, 2011).

Dalle interviste rivolte alle donne migranti si evidenzia come spesso **solo la violenza fisica viene considerata tale**, mentre tutte le altre forme di maltrattamento, da quello economico a quello simbolico allo sfruttamento sessuale all'interno di una relazione, vengono spesso percepiti come comportamenti giustificabili da parte dell'uomo, a cui è demandata l'autorità con cui decidere l'ordine all'interno della relazione e l'uso strumentale della donna ai fini stessi del mantenimento della relazione.

Risulta evidente come alla base del rapporto ci sia un'asimmetria, caratterizzata dal fatto che l'uomo esercita un ruolo di superiorità (Romito, 2000), in un contesto di violenza strutturale (Farmer, 2003). È qui che, come affermato da Butler (2016), queste donne vivono in un contesto di resistenza alla "loro" violenza, attraverso un processo di naturalizzazione della violenza

Il Potere Regolativo Della Violenza

Come conseguenza della resistenza e resilienza della vittima la relazione diviene così autoimmune ed esclude il conflitto.

- » **Autosufficiente.** Quando la violenza – in forme e in modalità diverse – diviene il collante stesso della relazione, essa assume i caratteri di autosufficienza. La violenza, cioè, "basta" a tenere in piedi la relazione, e fa sì che all'interno del rituale comportamentale dei partner coinvolti svolga una funzione costituente tale da consentire il protrarsi della relazione. E ciò vale sia nel caso della relazione di coppia, che nelle relazioni fra adolescenti o giovani (quando si manifestano dinamiche di violenza di gruppo).
- » **Autoimmune.** In quanto autoimmune, la relazione basata sulla violenza esclude dal suo interno ogni altra forma di resistenza alla violenza, divenendo quest'ultima indispensabile al mantenimento della relazione. La violenza diviene



così il fondamento su cui si basa il dominio dell'uno sull'altro, in assenza di ogni altra forma di attaccamento vicendevole e reciproco.

- » **Sostituisce il conflitto** che - nella sua forma "addomesticata" di competizione, concorrenza, rivalità, dialettica - prevede "la simmetria intenzionale" dei soggetti coinvolti ad agire per l'ottenimento di un risultato o della posta in gioco e, contemporaneamente, «un'asimmetria di obiettivi, di aspettative e di risorse finalizzata alla ricerca di un equilibrio o di un riposizionamento delle parti» [Bartholini 2012: 18].

La violenza è sia uno strumento di regolazione dei rapporti, che una forza sociale autonoma in grado di dare significato alla realtà

Per la prima definizione, la violenza è finalizzata all'ottenimento di un potere maggiore o è volta a riequilibrare il potere fra gli attori coinvolti. La seconda definizione rimanda invece alla possibilità stessa che la violenza, in quanto forza strutturante la relazione, coinvolga i partecipanti conferendo ad essi un ruolo – vittima, carnefice, spettatore – e dunque un'identità.

Come Individuare La Violenza Di Prossimità

In quanto fenomeno unitario, la violenza di prossimità è individuabile attraverso i caratteri di:

- » **Durée**, opposta alla liquidità dei legami e ad ogni rapsodicità temporale che connota relazioni occasionali, la durée consente di "fissare" l'identità dei partecipanti mediante il rituale di coppia che si reitera nel tempo.
- » **Manipolabilità del corpo**, considerato come il luogo concreto in cui si esercita la potenza del carnefice, negando così ogni libertà individuale della vittima.
- » **Oppressività relazionale** e reciproca referenza degli attori coinvolti come condizione emozionale necessaria al fissarsi stesso del **rituale situazionale**, opposta alla libertà di essere e di scegliere e alla stessa possibilità di **rin-novare/fare evolvere** la relazione.

Quando implode la relazione violenta?

La risposta a questa domanda, fondamentale affinché la performance si concluda nel più breve tempo possibile, dipende dalla *tenuta della transazione complementare o della sua trasformazione in transazione incrociata*. Ciò può accadere solo quando il **framework** su cui si innesta ha esaurito la sua capacità di soddisfare le esigenze di ruolo di tutti i partecipanti coinvolti, ovvero quando la performance di ciascuno non soddisfa più le esigenze di scena, quando l'attore non è più in sintonia con il co-protagonista o non soddisfa più le esigenze del pubblico. E, ultima ma cruciale possibilità, quando il **testimone**, l'osservatore all'interno o all'esterno di un centro per richiedenti asilo, si trasforma nel salvatore.

Scheda 1.4

Elementi Indicativi Delle Fasi Della Violenza

Fase 1

Fase della suggestione giustificata dall'amore per il partner.

Che cosa consente di giustificare la relazione violenta nei suoi inizi:

- » Quale immaginario.
- » Quali aspettative.
- » Quali nodi (relazioni con altre donne? aspettative di contesto?).

Fase 2

Fase della stabilizzazione della violenza di prossimità.

Che cosa consente di giustificare la relazione violenta nel suo stabilizzarsi:

- » Quali paure legano la vittima al suo partner? (paura del vuoto? Del dopo?)
- » Quali scommesse con se stessa fa la vittima?
- » Quali rapporti incrociati con il partner vengono evidenziati?

Fase 3

Fase della interruzione della relazione violenta.

- » Ruolo dello spettatore/assistente sociale - scenario aperto.



Conclusione e considerazioni condivise

10'



Break

15'



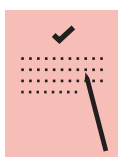
1,45h



Workshop

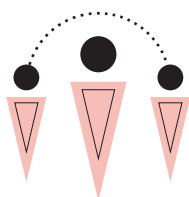
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

Consegna del lavoro 15'



Il docente e co-docente leggono e illustrano il caso scelto (solitamente reale) alla classe. Invitano i partecipanti a suddividersi in gruppi di 4-6 persone e distribuiscono copia scritta del caso illustrato (almeno una copia per gruppo).

Lavoro di gruppo 40'

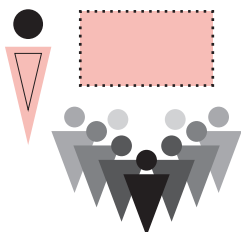


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
2. fragilità e punti di debolezza della persona, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
3. la gestione del caso da parte dei servizi (centri d'accoglienza, servizi sanitari, sociali e altri), le criticità, le buone pratiche, come avrebbero potuto/dovuto agire per una maggiore efficacia dell'intervento.

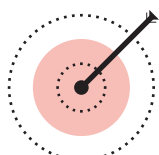
Il gruppo lavora per 30-40 minuti.

Esposizione lavoro 40'



Al termine del lavoro, il portavoce di ogni gruppo viene invitato a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo – e ogni singolo partecipante – ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Conclusioni 10'



Il workshop si conclude con un breve intervento del docente e del co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti ed eventualmente aggiungere informazioni richieste dai partecipanti e/o aspetti non emersi ma ritenuti rilevanti.



Il Caso di Ede

Ede, 16 anni, è nigeriana ed è in Italia da oltre un anno, fatta venire da una madame a seguito di un giuramento che la vincola a ripagare completamente il debito. All'arrivo in Italia Ede viene portata a casa della madame e due settimane dopo inizia a lavorare come prostituta in Sicilia. Nel frattempo la ragazza riprende i contatti con la madre ma quando la madame lo scopre le infligge punizioni molto severe che includono anche violenze fisiche. Ciononostante Ede mantiene i rapporti con la madre che la mette in contatto con il fratellastro. Quest'ultimo, saputa la condizione in cui si trova la sorella, la raggiunge in Sicilia e la convince a denunciare la madame. Successivamente Ede segue il fratello al nord ma essendo minorenni e non avendo il fratello i mezzi per mantenerla, viene affidata ai Servizi Sociali. A questo punto si pone un nuovo problema: i servizi del Comune l'affidano a una famiglia senegalese musulmana che a modo suo cerca di proteggerla. La ragazza sostiene di non trovarsi bene nella famiglia affidataria e manifesta il desiderio di voler ritornare dalla madame. Davanti a questa richiesta, i Servizi Sociali le trovano una nuova famiglia. In aggiunta viene attivato un sostegno psicologico per Ede. Nella prima seduta Ede sembra aver dimenticato tutte le brutte esperienze avute sia durante il viaggio sia durante il periodo in cui si prostituiva. Ede racconta alla psicologa che si sente triste quando è sola, e che la ragione della sua fuga è la sua famiglia. Dice: "io voglio pagare il debito con la madame perché lei mi ha fatto venire in Italia, è la mia famiglia che mi ha fatto del male, non lei. Mio padre era un pessimo uomo, lui e i miei fratellastri mi hanno trattato peggio di come si trattano le persone in Libia. Il mio problema sono loro, tranne mia mamma".



5h



Diritti umani, diritti dei migranti nella legislazione internazionale, europea e nazionale

A cura di *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

Il modulo introduce alla normativa internazionale e europea in materia di Diritti Umani e si propone di analizzare l'effettività delle norme che in ambito europeo e nazionale promuovono i diritti umani, con particolare riguardo all'accoglienza e alla tutela dei migranti e richiedenti asilo. Specifica attenzione viene posta a quegli strumenti volti a rispondere alle esigenze di persone vulnerabili, quali, ad esempio, le donne migranti vittime di violenza di genere e di prossimità, le vittime della tratta di esseri umani, le persone LGBTI.

Scheda 2.1

Diritto internazionale e normativa comunitaria



Il riconoscimento dei diritti Umani in Europa

5 maggio 1949: il Consiglio d'Europa viene fondato mediante il Trattato di Londra, con lo scopo di promuovere i diritti umani.

4 novembre 1950: viene firmata a Roma la Convenzione di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) dagli Stati europei e rappresenta il primo strumento giuridico internazionale che garantisce la protezione dei diritti dell'uomo.

1 novembre 1998: viene istituita a Strasburgo della nuova Corte europea dei diritti dell'uomo nell'ambito del protocollo n.11 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Mandato:

- » Difendere i diritti umani, la democrazia pluralista e lo stato di diritto.
- » Favorire la presa di coscienza e la valorizzazione dell'identità e della diversità culturale in Europa.
- » Trovare soluzioni comuni ai problemi della nostra società.
- » Consolidare la stabilità economica in Europa favorendo le riforme politiche, legislative e costituzionali.

La Protezione Internazionale

Lo Status di rifugiato in Europa

(art. 1A, Convenzione Ginevra)

È rifugiato colui "che temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo cittadinanza e trovandosi fuori dal Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra".



PROTEZIONE INTERNAZIONALE



TIPOLOGIE DI BENEFICIARI



La nozione di gruppo sociale nel diritto dell'UE (art.10 Direttiva 2011/95)

Si considera che un gruppo costituisca un particolare gruppo sociale in particolare quando:

- » I membri di tale gruppo condividono una caratteristica innata o una storia comune che non può essere mutata oppure condividono una caratteristica o una fede che è così fondamentale per l'identità o la coscienza che una persona non dovrebbe essere costretta a rinunciarvi.
- » Tale gruppo possiede un'identità distinta nel paese di cui trattasi, perché vi è percepito come diverso dalla società circostante.

Orientamento sessuale e identità di genere

In funzione delle circostanze nel paese d'origine, un particolare gruppo sociale può includere un gruppo fondato sulla caratteristica comune dell'orientamento sessuale. L'interpretazione dell'espressione «orientamento sessuale» non può includere atti penalmente rilevanti ai sensi del diritto interno degli Stati membri. Ai fini della determinazione dell'appartenenza a un determinato gruppo sociale o dell'individuazione delle caratteristiche proprie di tale gruppo, si tiene debito conto delle considerazioni di genere, compresa "l'identità di genere".

Scheda 2.1

La nozione di persecuzione

Sono atti di persecuzione ai sensi dell'articolo 1A della Convenzione di Ginevra gli atti che:

- a. Sono, per loro natura o frequenza, sufficientemente gravi da rappresentare una violazione grave dei diritti umani fondamentali, in particolare dei diritti per cui qualsiasi deroga è esclusa a norma dell'articolo 15, paragrafo 2, della convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.
- b. Costituiscono la somma di diverse misure, tra cui violazioni dei diritti umani, il cui impatto sia sufficientemente grave da esercitare sulla persona un effetto analogo a quello di cui alla lettera a).

Sono atti di persecuzione:

- a. Atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale.
- b. Provvedimenti legislativi, amministrativi, di polizia e/o giudiziari, discriminatori per loro stessa natura o attuati in modo discriminatorio.
- c. Azioni giudiziarie o sanzioni penali sproporzionate o discriminatorie.
- d. Rifiuto di accesso ai mezzi di ricorso giuridici e conseguente sanzione sproporzionata o discriminatoria.
- e. Azioni giudiziarie o sanzioni penali in conseguenza al rifiuto di prestare servizio militare in un conflitto.
- f. Atti specificamente diretti contro un sesso o contro l'infanzia.

Atti di persecuzione nelle domande di protezione in relazione alla violenza di prossimità:

- » Stupri e violenze sessuali, specie in situazioni di detenzione e nell'esercito.
- » Matrimoni forzati.
- » Trattamenti correttivi.
- » Trattamenti medici o sperimentazioni scientifiche non consensuali.
- » Discriminazione nell'accesso a beni e servizi essenziali.
- » Violazione diritto di assemblea e libertà di parola.
- » Emarginazione sociale.

I richiedenti Asilo LGBTI

Nell'ambito della violenza di genere assume particolare rilievo quella avente come matrice l'omo/transfobia. Le persone LGBTI (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali) sono spesso vittime nei Paesi di origine di atti discriminatori o persecutori, inclusa la **violenza fisica e psicologica**, ma talvolta i rapporti tra persone dello stesso sesso sono **penalmente sanzionati**, anche con la pena di morte.

Per le persone *transgender*, il rifiuto o l'impossibilità di accedere nel Paese di origine a trattamenti a sostegno del percorso di transizione, che vanno da terapie ormonali agli interventi chirurgici rappresenta una forma di **violenza psicologica in quanto negazione dell'identità di genere**.

Persone *intersessuali* potrebbero aver subito nel Paese di origine trattamenti medici o interventi chirurgici con fini di «normalizzazione» o adeguamento forzoso di genere.



I principali trattati internazionali in materia di diritti umani non riconoscono esplicitamente un diritto all'uguaglianza sulla base dell'orientamento sessuale e/o dell'identità di genere, ma il fondamento di tutela è nel diritto internazionale dei diritti umani. Un'analisi adeguata per valutare se un richiedente LGBT è un rifugiato ai sensi della Convenzione del 1951 deve partire dalla premessa che i richiedenti hanno diritto di **vivere nella società per quello che sono** e non devono nascondere la loro **identità**.

I Principi di Yogyakarta

Sono stati adottati nel 2007 da un gruppo di esperti in materia di diritti umani e, sebbene non siano vincolanti, riflettono dei principi consolidati del diritto internazionale.

Essi stabiliscono il quadro della tutela dei diritti umani applicabile in relazione all'orientamento sessuale e/o all'identità di genere e sancito il diritto di richiedere e di avvalersi della protezione internazionale dalla persecuzione perpetrata per motivi legati all'orientamento sessuale o all'identità di genere.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e la Protezione Internazionale

Dopo l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea ha acquistato lo stesso valore giuridico dei Trattati.

Essa è dunque da considerarsi come fonte di rango primario che, ovviamente, non può essere contraddetta dagli strumenti di diritto secondario (come i Regolamenti o le Direttive).

La Carta obbliga (art. 51) le istituzioni e gli organi dell'Unione, nonché gli Stati membri (ma questi solo quando attuano il diritto dell'Unione) a rispettarne i diritti, osservarne i principi e promuoverne l'applicazione.

Ai fini della protezione internazionale si segnalano in particolare:

Art. 4 (Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti):

"Nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti inumani o degradanti". (formulazione identica all'art.3 CEDU).

Art. 18 (Diritto di asilo): "Il diritto di asilo è garantito nel rispetto delle norme stabilite dalla Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 e dal protocollo del 31 gennaio 1967, relativi allo status dei rifugiati, e a norma del trattato che istituisce la Comunità europea".

Art. 19 (Protezione in caso di allontanamento, di espulsione, di estradizione): "Le espulsioni collettive sono vietate. Nessuno può essere allontanato, espulso o estradato verso uno Stato in cui esiste un rischio serio di essere sottoposto alla pena di morte, alla tortura o ad altre pene o trattamenti inumani o degradanti".

La Tortura e i trattamenti inumani e degradanti

Art. 3 CEDU: «nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene inumane e degradanti»

L'art. 3 consacra uno dei valori fondamentali delle società democratiche ed

Scheda 2.1

insieme all'art. 2 della CEDU gode di «una tutela differenziata e rafforzata rispetto ad altri articoli, in virtù del carattere assoluto ed imperativo dei diritti che essi vanno a garantire».

L'art. 3 non contiene l'enunciazione specifica degli atti e/o comportamenti che costituiscono trattamenti inumani e degradanti che, sono individuati con l'opera interpretativa della giurisprudenza della Corte.

La distinzione tra tortura, trattamenti inumani e trattamenti degradanti viene stabilita, caso per caso, sulla base della gravità delle sofferenze inflitte: la tortura è una forma particolarmente qualificata di trattamento inumano o degradante che provoca sofferenze molto gravi e crudeli. Trattasi ad ogni modo di una distinzione non cristallizzata una volta per tutte.

Art. 1 Convenzione ONU contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti del 10.12.1984

Il termine «tortura» designa qualsiasi atto con il quale sono inflitti a una persona dolore o sofferenze acute, fisiche o psichiche, segnatamente al fine di ottenere da questa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che ella o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla od esercitare pressioni su di lei o di intimidire od esercitare pressioni su una terza persona, o per qualunque altro motivo basato su una qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o tali sofferenze siano inflitti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisca a titolo ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore o alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate.

Elementi della definizione:

1. La condotta che si attua nella inflizione intenzionale di dolore e sofferenza grave, sia di tipo fisico che mentale.
2. Gli scopi per i quali la tortura è inflitta [la tortura moderna si distingue da altre forme di violenza per il fatto di essere sempre intenzionale e frutto del voler del carnefice o di chi la autorizza. La pratica è sempre parte di un programma pianificato con uno scopo preciso e mai atto casuale o estemporaneo e si caratterizza per la gravità e l'intensità delle sofferenze].
3. Coinvolgimento dell'apparato statale anche nella mera forma dell'acquiescenza.
4. Esclusione delle lawful sanctions per cui non possono essere considerate tortura i dolori e le sofferenze dovuti a sanzioni legittime.

Le definizioni di tortura contenute nelle disposizioni giuridiche internazionali hanno il limite di cogliere solo alcuni aspetti delle finalità della tortura nel mondo contemporaneo che ha la finalità di «distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura d'identità che la definisce come persona» (Vinar, 1989).

L'obiettivo del torturatore è sempre quello di colpire «singoli individui affinché sia impedito ad un intero gruppo, comunque caratterizzato, di esprimere le sue specifiche modalità di esistenza, di coltivare i suoi saperi, le sue credenze ed i suoi valori; affinché sia privato di quelle funzioni che ne permettono la riproduzione sociale e



culturale».

LE DIRETTIVE EUROPEE

Direttive accoglienza

Direttive 2003/9/CE - Norme minime per l'accoglienza dei richiedenti asilo.

Direttiva 2013/33/UE - Norme per l'accoglienza richiedenti protezione internazionale.

Direttive qualifiche

Direttiva 2004/83/CE - Norme minime sull'attribuzione della qualifica di rifugiato/prot. Sussidiaria.

Direttiva 2011/95/UE - Rifusione della Direttiva "Qualifiche".

Direttive procedure

Direttiva 2005/85/CE - Norme minime sulle procedure applicate ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato.

Direttiva 2013/32/UE - Procedure comuni ai fini del riconoscimento e la revoca dello status di protezione internazionale (Rifusione Direttiva Procedure).

La gestione dei flussi migratori: il sistema europeo comune di asilo (CEAS)

Il CEAS fissa le norme minime per il trattamento di tutti i richiedenti asilo e di tutte le domande di asilo nell'UE.

In base alle norme attuali, i richiedenti asilo non sono trattati in modo uniforme in tutta l'UE e anche la percentuale di decisioni positive in materia di asilo varia notevolmente.

Di conseguenza, i richiedenti asilo viaggiano in tutta Europa e presentano domanda di asilo nei paesi in cui ritengono di avere maggiori possibilità di ricevere protezione internazionale.

Orientamenti della Commissione Europea alla luce delle emergenze umanitarie che negli ultimi anni hanno incrementato flussi migratori verso l'Europa

Il Consiglio d'Europa sta esaminando sette proposte legislative presentate dalla Commissione europea per migliorare le norme dell'UE in materia di asilo e:

- » Rendere il sistema più efficiente e più resistente alla pressione migratoria.
- » Eliminare i fattori di attrazione e i movimenti secondari.
- » Lottare contro gli abusi e fornire un sostegno migliore agli Stati membri più colpiti.

Proposte legislative avanzate in sede europea

La Commissione europea ha presentato sette proposte legislative volte a:

1. Riformare il sistema di Dublino al fine di ripartire meglio le domande di asilo fra gli Stati membri e di garantire il tempestivo trattamento di tali domande.
2. Rafforzare il regolamento Eurodac al fine di migliorare la banca dati dell'UE delle impronte digitali per i richiedenti asilo.
3. Istituire un'agenzia dell'UE per l'asilo a pieno titolo.

Scheda 2.1

4. Sostituire la direttiva sulle procedure di asilo con un regolamento che armonizzi le procedure dell'UE e riduca le differenze fra i tassi di riconoscimento nei vari Stati membri.
5. Sostituire la direttiva sulle qualifiche con un regolamento che armonizzi i livelli di tutela e i diritti dei richiedenti asilo.
6. Riformare la direttiva sulle condizioni di accoglienza al fine di garantire che i richiedenti asilo beneficino di standard di accoglienza armonizzati e dignitosi.
7. Creare un quadro permanente dell'UE per il re-insediamento.

Il progetto di norme è attualmente all'esame del Consiglio.

Aggiornamento della banca dati dell'UE delle impronte digitali

La banca dati Eurodac contiene le impronte digitali di tutti i migranti irregolari e dei richiedenti asilo che sono stati registrati negli Stati membri dell'UE e nei paesi associati.

Tale banca dati, che contribuisce all'attuazione del regolamento di Dublino, consente di:

- » Verificare se un richiedente ha presentato in precedenza domanda di asilo in un altro Stato membro.
- » Controllare se un richiedente è stato precedentemente arrestato all'atto di entrare illegalmente nel territorio europeo.
- » Stabilire quali Stati membri sono competenti per l'esame di una domanda di asilo.

Attualmente è in ipotesi la riforma del regolamento Eurodac per migliorare il sistema con la rilevazione di **ulteriori dati** (ad es. le immagini del volto), **ampliando il suo ambito di applicazione**, (incluso dati relativi ai cittadini di paesi terzi soggiornanti illegalmente nell'UE che non hanno chiesto asilo), semplificando l'**accesso** delle autorità di contrasto.



Scheda 2.2

Violenza Di Genere e Protezione Internazionale

20'



Convenzione di Ginevra

La Convenzione di Ginevra del 1951 non ricomprende espressamente tra i motivi di persecuzione il «genere» ma costituisce oramai un principio riconosciuto che la definizione di rifugiato debba tenere in considerazione i possibili aspetti relativi al genere.

L'interpretazione dell'**art.1 della Convenzione di Ginevra** tende a ricondurre casi di persecuzione collegati ad una questione di genere nel motivo convenzionale dell'appartenenza ad un **determinato gruppo sociale**.

Si considera che un gruppo costituisce un **particolare gruppo sociale**:

- » Quando c'è condivisione di una caratteristica comune innata (come il sesso o una casta o l'età), di una storia comune immodificabile (come aver fatto parte di un'associazione o di una classe professionale), o una caratteristica fondamentale per la loro coscienza e identità (come orientamento sessuale o identità di genere).
- » I membri del gruppo condividono una caratteristica che lo rende riconoscibile e lo contraddistingue dal resto della società, che ne identifica la diversità.
- » «Ne discende pertanto che il genere può essere propriamente considerato come una categoria che individua un gruppo sociale, essendo le donne un chiaro esempio di un sottoinsieme sociale definito da caratteristiche innate ed immutabili, e venendo spesso trattate in modo diverso dagli uomini» (Linee Guide UNHCR, p.4).

La Convenzione di Istanbul del 2011

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (nota come Convenzione di Istanbul del 2011) ha menzionato espressamente per la prima volta la persecuzione di genere:

L'art. 60 impegna gli stati contraenti a garantire che la violenza contro le donne basata sul genere possa essere riconosciuta come una forma di persecuzione ai fini del riconoscimento dello status di rifugiato e che nelle procedure di esame della domanda di protezione internazionale si adotti un'interpretazione gender sensitive, come pure sensibili ed adeguati al genere devono essere i sistemi di accoglienza e i servizi di supporto per rifugiati e richiedenti asilo.

L'art. 61 impegna gli stati firmatari ad adottare tutte le misure legislative necessarie affinché sia rispettato tassativamente il principio di non respingimento nei confronti di tutte le donne vittime di violenza che in caso di rimpatrio potrebbero essere esposte al rischio di tortura o trattamenti inumani e degradanti.

Scheda 2.2

In altre parole:

- » Le persecuzioni direttamente legate al genere derivano da squilibri di potere e di ruolo tra le persone di sesso/genere diverso, da rapporti di subordinazione che fanno sì che la violenza venga perpetrata e/o tollerata, anche all'interno della famiglia.
- » La violenza domestica e la violenza sessuale, come pure le altre forme di persecuzione legate al genere possono essere ricondotte alla protezione internazionale, anche se non poste in essere da agenti statali, quando lo Stato d'origine non possa o non voglia fornire adeguata protezione.
- » È internazionalmente riconosciuto che lo stupro e le altre gravi forme di violenza sessuale, quando commesse in un contesto di conflitto armato, rientrano tra i crimini di guerra e costituiscono gravi violazioni dei diritti umani.
- » Tutte le forme di mutilazione genitale femminile (FGM/MGF) costituiscono una forma di tortura e trattamento inumano e degradante e violano una serie di diritti umani delle ragazze e delle donne, quali quello alla non discriminazione, alla protezione dalla violenza fisica e mentale, ai migliori standard sanitari possibili ed anche il diritto alla vita.

Art. 3 Convenzione di Istanbul. Definizioni

Ai fini della presente Convenzione:

- a. Con l'espressione "violenza nei confronti delle donne" si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata.
- b. L'espressione "violenza domestica" designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima.
- c. Con il termine "genere" ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini.
- d. L'espressione "violenza contro le donne basata sul genere" designa qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato.
- e. Per "vittima" si intende qualsiasi persona fisica che subisce gli atti o i comportamenti di cui ai precedenti commi a e b.
- f. Con il termine "donne" sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni.



Scheda 2.3

Tratta delle persone e Protezione Internazionale

25' + break 15'
a fine scheda



Convenzioni Internazionali e europee, direttive europee

- » Protocollo addizionale alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini del 2000 (cd Protocollo di Palermo).
- » Convenzione del Consiglio d'Europa n. 197 sulla tratta di esseri umani, approvata a Varsavia il 16.5.05.
- » Direttiva 2004/81/CE sul titolo di soggiorno da rilasciare ai cittadini di Paesi terzi vittime di tratta di esseri umani o coinvolti in azione di favoreggiamento dell'immigrazione illegale che cooperino con le autorità competenti.
- » Direttiva 2011/36/UE concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime.

Definizioni e Nozioni

Smuggling of Migrants / Trafficking in Human Beings

Lo *smuggling of migrants* consiste nel favoreggiamento organizzato dell'immigrazione irregolare mentre il *trafficking in human beings* è finalizzato allo sfruttamento successivo delle persone trafficate. (Protocollo di Palermo)

Tratta di Persone

La Direttiva 2011/36/UE definisce la tratta di esseri umani «*il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'alloggio o l'accoglienza di persone, compreso il passaggio o il trasferimento dell'autorità su queste persone, con la minaccia dell'uso o con l'uso stesso della forza o di altre forme di coercizione, con il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di potere o della posizione di vulnerabilità o con l'offerta o l'accettazione di somme di denaro o di vantaggi per ottenere il consenso di una persona su un'altra, a fini di sfruttamento*» (art. 2).

- » Per posizione di vulnerabilità si intende una situazione in cui la persona in questione non ha altra scelta effettiva e accettabile se non cedere all'abuso di cui è vittima (art. 2, co. 2).
- » Lo sfruttamento ricomprende quello: della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale; il lavoro o i servizi forzati, l'accattonaggio, la schiavitù o pratiche simili alla schiavitù; la servitù; lo sfruttamento di attività illecite o il prelievo degli organi (matrimoni forzati, adozioni internazionali illegali).
- » Il *trafficking in human beings* costituisce una delle forme più evidenti e drammatiche di violazione dei diritti umani.

Scheda 2.3

- » Il consenso della vittima allo sfruttamento è irrilevante nei casi in cui sono utilizzati i mezzi coercitivi indicati e il reclutamento, trasporto, trasferimento.
- » Qualsiasi condotta afferente la tratta di persone, qualora coinvolga un minore, è punita come tratta di persone anche in assenza dell'utilizzo di un mezzo coercitivo.
- » Le vittime di tratta di persone devono vedersi garantite misure specifiche di assistenza e sostegno, indipendentemente dalla volontà delle stesse di collaborare con l'autorità giudiziaria, ed anche durante il «periodo di riflessione».

La vittima di tratta può ottenere il riconoscimento della protezione internazionale?

Normativa in materia di tratta e richiami alla protezione internazionale:

Art.14 Protocollo di Palermo del 2000: "Nessuna disposizione del presente Protocollo pregiudica i diritti, gli obblighi e le responsabilità degli Stati ed individui ai sensi del diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario e il diritto internazionale dei diritti umani e, in particolare, laddove applicabile, la **Convenzione del 1951 e il Protocollo del 1967 relativi allo Status dei Rifugiati e il principio di non allontanamento**".

Art. 40.4 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta alla tratta degli esseri umani (aperta alla firma il 16.5.2005 ed entrata in vigore il 1.2.2008): "Nessuna disposizione della presente Convenzione incide sui diritti, gli obblighi e le responsabilità degli Stati e degli individui in virtù del diritto internazionale, ivi compreso il diritto internazionale umanitario e il diritto internazionale relativo ai diritti dell'uomo e in particolare, laddove applicabile, **della Convenzione del 1951 e del Protocollo del 1967 relativi allo status di rifugiati e al principio del non-rimpatrio (non-refoulement) ivi stabilito**".

Il par. 377 del Rapporto esplicativo che accompagna la Convenzione del Consiglio d'Europa, in relazione all'art. 40, stabilisce che: "Il fatto di essere vittima di tratta di esseri umani non può precludere il diritto di chiedere e ottenere asilo e le Parti dovranno garantire che le vittime di tratta abbiano adeguato accesso a eque ed efficienti procedure d'asilo. Le parti dovranno inoltre intraprendere tutte le misure necessarie ad assicurare il pieno rispetto del principio di *non-refoulement*".

Normativa in materia di protezione internazionale e richiami alla tratta:

Direttiva 2011/95/UE (Rifusione Direttiva Qualifiche)

"Nell'attuare il presente capo, gli Stati membri tengono conto della specifica situazione di persone vulnerabili, quali [...] le vittime della tratta di esseri umani".

Direttiva 2013/33/UE (Rifusione Direttiva Accoglienza)

"Nelle misure nazionali di attuazione della presente direttiva, gli Stati membri tengono conto della specifica situazione di persone vulnerabili quali: [...] le vittime della tratta degli esseri umani".



L'applicazione degli elementi costitutivi della definizione di rifugiato alla vittima di tratta

"Inerenti all'esperienza di tratta sono forme di grave sfruttamento il rapimento, la detenzione, lo stupro, la riduzione in schiavitù sessuale, la prostituzione forzata, il lavoro forzato, il prelievo di organi, le percosse, la riduzione alla fame, la negazione di cure mediche. Si tratta di gravi violazioni dei diritti umani che generalmente costituiscono persecuzione".

"Oltre alla persecuzione vissuta dagli individui nel corso della loro esperienza di tratta, essi potrebbero essere oggetto di ritorsioni e/o di possibili nuove esperienze di tratta se fossero rinviati nel territorio dal quale sono fuggiti o nel quale sono stati vittime di tratta" (UNHCR, Linee guida 'Tratta-asilo').

Esempi di riconoscimento dello status di rifugiato in Europa a vittime di violenza e di tratta

Commissione d'Appello della Grecia: *"In conclusione, in riferimento alla persecuzione, il Comitato ha preso in considerazione la sottoposizione al lavoro forzato, l'insieme degli effetti che le varie forme di discriminazione potrebbero rendere la vita della richiedente nel Paese di origine intollerabile, nonché si è tenuto in considerazione il genere della richiedente. Tutti gli elementi sopra richiamati consentono di considerare la richiedente un membro di un particolare gruppo sociale quello "delle donne sole in Etiopia".*

Corte Nazionale per il diritto d'asilo Francese: *"le vittime di tratta possono essere considerate come costituenti un gruppo sociale a causa della caratteristica comune ed immutabile di essere state vittime di tratta. [...] Considerato infine che la tratta degli esseri umani [...] costituisce una persecuzione ai sensi dell'articolo 1 A 2 della Convenzione di Ginevra" [trad. lett.].*

Ordinanza Tribunale di Messina: *"I profili delle donne trafficate sono eterogenei e variano nel tempo. Sebbene sia impossibile tracciare un profilo specifico, le fonti consultate identificano alcuni tratti in comune [...] a causa dell'accesso limitato all'istruzione, al lavoro o alla protezione dalla violenza, non erano in grado di mantenersi ed erano vulnerabili alle offerte di aiuto fatte dai trafficanti. In genere le donne trafficate provengono da famiglie numerose, si trovano in gravi situazioni economiche [...] la richiedente asilo, già in quanto donna, appartiene senz'altro ad un particolare gruppo sociale più vulnerabile rispetto ai predetti atti persecutori, ma tale vulnerabilità risulta ulteriormente accresciuta dal quadro normativo ed istituzionale nigeriano, che pur prevedendo forme di tutela a favore della vittima della tratta, si reputa che tali misure, vista l'incidenza e l'estensione del fenomeno nel Paese, non possono essere assicurate con certezza ed efficacia tali da scongiurare il rischio rappresentato".*

Scheda 2.4

La normativa nazionale



In questa sessione si deve riferire dei contesti e delle situazioni riguardanti il paese membro dove si svolge la formazione, con particolare attenzione ai seguenti argomenti.

- » Il recepimento e l'applicazione:
 - delle convenzioni internazionali/europee, direttive e normative europee in materia di diritti umani fondamentali;
 - delle normative e direttive europee in materia di asilo, di protezione internazionale delle vittime di violenza di genere, vittime di tratta, fra cui anche i minori stranieri (compresi i msna).
- » Procedure per la acquisizione dello status di rifugiato la protezione sussidiaria e altre forme di permessi di soggiorno per motivi umanitari.
- » Il sistema di accoglienza e protezione dei rifugiati e richiedenti asilo, la tutela delle vittime di violenza di genere, delle vittime di tratta e dei minori stranieri (fra cui i msna).
- » I meccanismi per garantire assistenza alle vittime di violenza di genere e vittime di tratta, introdotti nelle norme di natura penale - per ciò concerne il contrasto al crimine e la tutela delle vittime nell'ambito delle indagini - e del procedimento penale e nelle norme in materia di immigrazione.



Scheda 2.5

Informazione/assistenza ai rifugiati, ai richiedenti asilo e alle vittime

40'

In questa sessione si deve riferire dei contesti e delle situazioni riguardanti il paese membro dove si svolge la formazione, fornendo indicazioni su:

- » Quali sono le istituzioni e i soggetti pubblici coinvolti nel sistema di accoglienza migranti, di protezione dei rifugiati e richiedenti asilo, di tutela e assistenza alle vittime di tortura, violenza di genere (nelle diverse tipologie) specificando quali sono i ruoli e gli obblighi nei confronti dei soggetti richiedenti asilo e/o tutela.
- » Quali sono gli enti locali e le associazioni del privato/sociale coinvolte nel sistema di accoglienza migranti, di protezione dei rifugiati e richiedenti asilo, di tutela e assistenza alle vittime di tortura, violenza di genere (nelle diverse tipologie) specificando quali sono i ruoli e gli obblighi nei confronti dei soggetti richiedenti asilo e/o tutela.
- » Quali sono i servizi e i soggetti verso cui l'operatore a contatto con la potenziale vittima può orientare quest'ultima, specificando le diverse tipologie di prestazione e assistenza fornita.

Conclusione e considerazioni condivise

10'

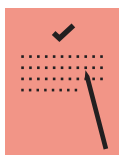
Break

15'

1,45h Workshop

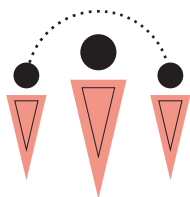
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

Consegna del lavoro 15'



Il docente e co-docente leggono e illustrano il caso scelto (solitamente reale) alla classe. Invitano i partecipanti a suddividersi in gruppi di 4-6 persone e distribuiscono copia scritta del caso illustrato (almeno una copia per gruppo).

Lavoro di gruppo 40'

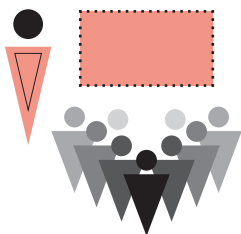


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
2. fragilità e punti di debolezza della persona, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
3. la gestione del caso da parte dei servizi (centri d'accoglienza, servizi sanitari, sociali e altri), le criticità, le buone pratiche, come avrebbero potuto/dovuto agire per una maggiore efficacia dell'intervento.

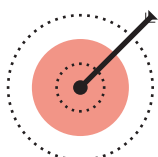
Il gruppo lavora per 30-40 minuti.

Esposizione lavoro 40'



Al termine del lavoro, il portavoce di ogni gruppo viene invitato a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo – e ogni singolo partecipante – ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Conclusioni 10'



Il workshop si conclude con un breve intervento del docente e del co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti ed eventualmente aggiungere informazioni richieste dai partecipanti e/o aspetti non emersi ma ritenuti rilevanti.



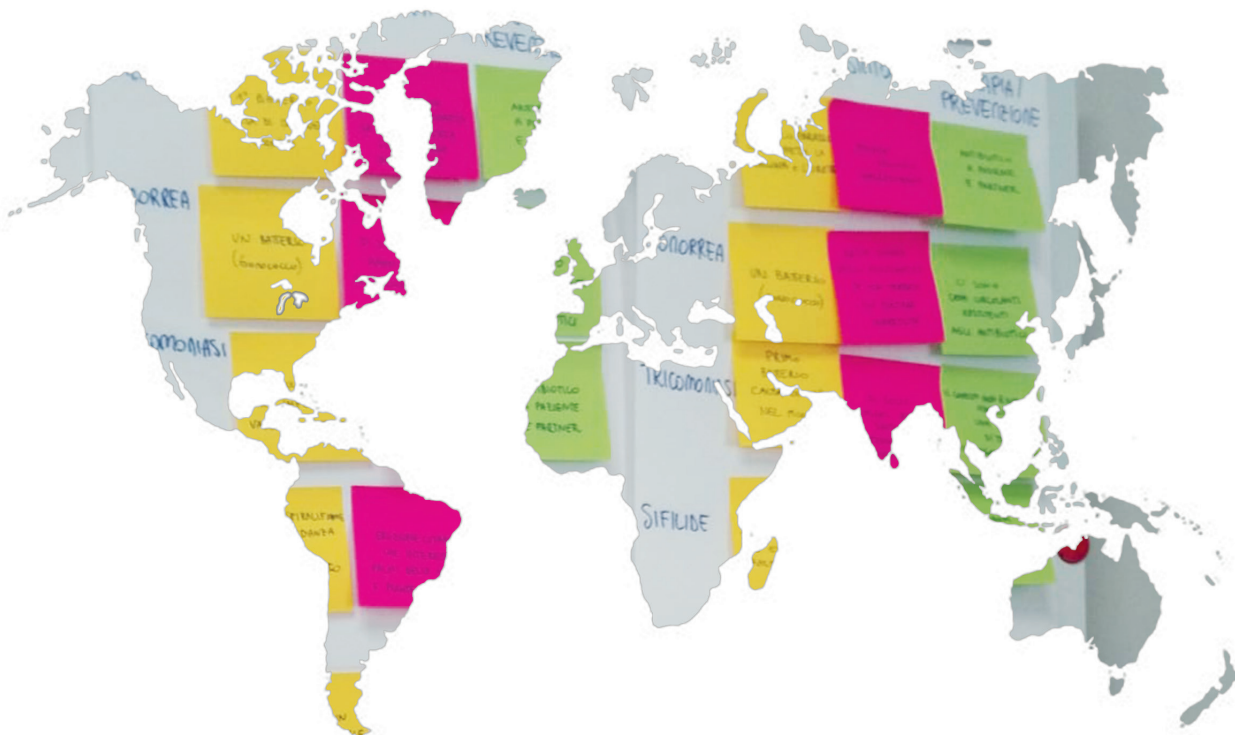
Il Caso

Una cittadina straniera, nel giugno 2012 riferì alle forze dell'ordine di essere stata picchiata insieme con la figlia dal coniuge (padre dei suoi 2 figli). La polizia intervenne, ma non fu fatta formale denuncia. Nell'agosto, la donna denunciò che fu costretta dal marito ad avere rapporti sessuali con lui e con suoi amici sotto la minaccia di un coltello. Al suo esposto seguì solo una sanzione pecuniaria al marito per porto illegale del coltello. Il 5 settembre 2012 ella sporse formale denuncia per lesioni, maltrattamenti e minacce, chiedendo protezione alle autorità pubbliche per sé e per i suoi figli. Venne interrogata per la prima volta il 4 aprile 2013. In tale circostanza, rivede le dichiarazioni già rilasciate. Di qui l'archiviazione del caso. Nell'ottobre 2013, si ebbe un nuovo episodio di lesioni e una sanzione all'uomo di €2000. Nel novembre, la donna chiamò la polizia, riferendo di una violenta lite con il marito. Poco dopo l'uomo tornò dalla donna e l'aggredì con un coltello da cucina. Nella colluttazione intervenne il figlio diciannovenne, il quale ricevette dal padre un colpo mortale. Nel tentativo di fuggire, la donna riportò numerose coltellate al petto. Nel 2015, l'uomo fu condannato all'ergastolo per omicidio e tentato omicidio, porto illegale di armi e maltrattamenti nei confronti di moglie e figlia. La ricorrente ha adito la Corte EDU, invocando gli artt. 2,3,4,13 e 14 della CEDU. La Corte ha poi accolto e riconosciuto la violazione degli articoli invocati accordando alla ricorrente un indennizzo di €30.000 (art. 41 CEDU).





3





15'

Il problema della salute di un individuo rappresenta un problema di salute pubblica. La salute è un diritto fondamentale che deve essere riconosciuto in misura uguale a tutti gli individui. L'obiettivo di questo modulo è di far prendere coscienza delle problematiche specifiche legate allo stato di salute dei migranti durante il loro percorso migratorio e all'arrivo nel paese d'approdo, con particolare riguardo alla salute delle categorie più vulnerabili. Il modulo intende determinare gli elementi per affrontare i diversi aspetti della salute tra cui anche quella sessuale e mentale. Infine si prefigge di indicare le competenze professionali e culturali degli operatori dei servizi che prendono in carico i soggetti vulnerabili e le vittime della violenza di prossimità.

Scheda 3.1

Il diritto alla salute nelle fonti normative internazionali



La salute è riconosciuta come bene primario dell'individuo, **un diritto fondamentale riconosciuto dalla comunità internazionale.**

Art.25 Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo adottata dalle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948: Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche.

Art.12 Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (New York 1966): gli stati membri del patto riconoscono il diritto di ogni individuo di godere delle migliori condizioni di natura fisica e mentale che sia in grado di conseguire.

Scheda 3.2

Il diritto alla salute nelle fonti normative nazionali e locali



In questa sessione si riferisce dei contesti e delle situazioni riguardanti il paese membro dove si svolge la formazione, con particolare attenzione ai seguenti argomenti:

Il recepimento e l'applicazione delle convenzioni internazionali/europee, direttive e normative europee in materia di diritti fondamentali alla salute, all'accesso ai servizi socio-sanitari con particolare riferimento ai migranti stranieri, rifugiati e/o richiedenti asilo, alle vittime di tratta e di violenza di prossimità.

Le misure e le strategie nazionali e locali per garantire assistenza e cura adeguata alle vittime di tortura, violenza di genere, violenza di prossimità e alle vittime di tratta.



Scheda 3.3

Definizioni e concetti di medicina, cura, salute/malattia, bisogni fondamentali e altre evidenze



Cura: prescrizione, medicina, solution-oriented. Dove il professionista diagnostica il problema e il paziente riceve un trattamento.

Care: enfasi sul pensiero, sulle emozioni. Viene valorizzato l'incontro, la persona. Non necessariamente la soluzione.

Medicina umanitaria: intesa come la medicina nella sua dimensione umana, non solo gli aspetti tecnici.

Ci sono delle situazioni in cui il «prendere a cuore» diviene il fattore terapeutico preponderante, se non l'unico. Agli operatori sociali/sanitari servono specifiche competenze in merito (comunicazione, ma anche resilienza e, appunto, umanità).

Salute (OMS): stato di completo benessere psichico, fisico e sociale dell'essere umano dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale e non la sola assenza di malattia (quindi dimensioni fisica + psichica + emotiva + relazionale + spirituale + sociale).

Salute sessuale (OMS): stato di benessere fisico, emozionale e sociale [...] che dà la possibilità di avere delle esperienze sessuali che apportano piacere in tutta sicurezza e senza vincoli, discriminazione o violenza.

Malattia: un'alterazione della normalità, una perdita transitoria o permanente dell'omeostasi, quando le capacità di difesa del nostro organismo non sono più in grado di controllare i danni prodotti dagli agenti patogeni. Può anche essere causato da avvenimento biografico o sociale.

Le 3 dimensioni della malattia (Kleinman): secondo l'antropologia medica lo «stare male» può essere suddiviso in 3 aree: disease, illness, sickness:

- » *Disease* è la parte «del medico», la parte codificata, la diagnosi, parte osservabile con metodo scientifico.
- » *Illness* è il lato soggettivo, la sofferenza della persona legata al fatto di avere una «disease».
- » *Sickness* è la rappresentazione sociale/simbolica della malattia, il senso che si attribuisce, il processo di «socializzazione» della malattia (la percezione della società).

Salute Mentale: capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, anche in correlazione a fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali. Questa capacità viene messa in crisi dall'esposizione alle avversità, esposizione che diventa un fattore di rischio allo sviluppo di disturbi mentali. Alcuni individui o gruppi sono più a rischio di soffrire di disturbi mentali. Si tratta dei soggetti più vulnerabili quali coloro in condizioni di povertà, chi è affetto da malattie croniche, i bambini abbandonati e maltrattati,

Scheda 3.3

coloro che fanno uso di sostanze, gli anziani, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, i detenuti, le vittime di conflitti, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie. Fra i migranti vi è un'elevata incidenza di disturbi mentali (depressione, ansia, disturbi legati al trauma, etc.) e una maggiore difficoltà sia nell'accesso ai servizi specifici, sia nella presa in carico vera e propria da parte dei servizi stessi.

I 14 bisogni Fondamentali di Virginia Henderson (1960)

Bisogno	Descrizione del bisogno
Respirare	Capacità di una persona di mantenere un livello sufficiente di scambio di gas e una buona ossigenazione.
Bere e mangiare	Capacità di una persona di bere o mangiare, masticare e deglutire. Anche di avere fame e assorbire abbastanza nutrienti per capitalizzare l'energia necessaria per la sua attività.
Eliminare	Capacità di una persona di essere autonoma per eliminare feci e urina e garantire la propria igiene personale. Anche di eliminare i rifiuti del funzionamento del corpo.
Muoversi e mantenere una buona postura	Capacità di una persona di muoversi da sola o con mezzi meccanici, organizzare la propria casa in modo adeguato e sentirsi a proprio agio. Anche di conoscere i limiti del proprio corpo.
Dormire, riposarsi	Capacità di una persona di dormire e sentirsi riposata. Anche di gestire la sua fatica e il proprio potenziale energetico.
Vestirsi e svestirsi	La capacità di una persona di vestirsi e spogliarsi, di comprare vestiti. Anche di costruire la propria identità fisica e mentale.
Mantenere la propria temperatura corporea entro il limite di quella normale (37,2 °C)	Capacità di una persona di attrezzarsi in base al proprio ambiente e di apprezzare i limiti.
Essere puliti e proteggere la propria pelle	Capacità di una persona di lavarsi, mantenere la propria igiene, prendersi cura di se stessa e usare prodotti per curare la propria pelle, sentirsi bene e sentirsi bella. Anche avere la percezione di sé attraverso gli occhi degli altri.



Evitare i pericoli	Capacità di una persona di mantenere e promuovere l'integrità fisica e mentale, con la conoscenza dei potenziali pericoli del loro ambiente.
Comunicare coi propri simili	Capacità di una persona di essere compresa e di comprendere grazie all'atteggiamento, alla parola o a un codice. Anche far parte di un gruppo sociale, vivere pienamente le tue relazioni emotive e la tua sessualità.
Agire secondo le proprie credenze e i propri valori	Capacità di una persona di conoscere e promuovere i propri principi, credenze e valori. Anche implicandoli nel senso che desidera dare alla propria vita.
Mantenersi occupati per realizzarsi	Capacità di una persona di svolgere attività ludiche o creative, svago, implicandole nella sua autorealizzazione e mantenere la propria autostima. Anche avere un ruolo in un'organizzazione sociale.
Ricrearsi	Capacità di una persona di rilassarsi e di coltivarsi, e anche di investire in un'attività che non si concentra su un problema personale e provare una soddisfazione personale
Apprendere	Capacità di una persona di imparare dagli altri o da un evento e di essere in grado di evolversi. Adattarsi anche ai cambiamenti, diventare resilienti ed essere in grado di trasmettere conoscenza.

Scheda 3.4

Il ruolo della cultura e la sua influenza sulla salute dei migranti vulnerabili



La competenza culturale nel sistema sanitario è l'abilità dei curanti di capire e integrare i fattori culturali nel proprio lavoro, così da fornire un'alta qualità di cure a tutti i pazienti, indifferentemente dall'etnia e dal background culturale. Competenza culturale non significa conoscere tutte le culture, ma sapere l'importanza del fattore culturale nella costruzione dell'esperienza e sapere come la cultura influisce sulla psiche! La scarsa competenza culturale genera pazienti non soddisfatti... (e altri problemi).

La cultura è l'insieme di idee, tradizioni e comportamenti condivisi fra chi fa parte di uno specifico gruppo. Queste persone vengono identificate come membri del gruppo, e si distinguono dai membri di altri gruppi culturali. Dentro ogni gruppo culturale ci sono diversi sottogruppi.

È in costante evoluzione, appresa e trasmessa da una generazione all'altra, condivisa (esplicitamente o meno), spesso espressa in modo simbolico (lingua/abbigliamento/atteggiamenti ecc.), è trasversale a tutti gli aspetti della vita dell'individuo, "siamo sempre dentro".

L'influenza della cultura sulla salute: percezioni di salute/malattia/morte, credenze sulle cause della malattia, l'esperienza stessa della malattia/dolore oltre che la loro espressione, dove/come ci si cura, quali trattamenti vengono privilegiati ecc.

Ogni attore del sistema è influenzato dalla propria cultura!

«Competenza culturale» intesa come la capacità di negoziare le differenze culturali, per poter chiedere quali sono le credenze del paziente circa la cura, la diagnosi e il trattamento.

La consapevolezza dell'influenza della cultura dà esiti migliori.

ATTENZIONE!

Attenzione all'etnocentrismo (mettersi in discussione!), ricordarsi che anche noi siamo portatori di una cultura, anche professionale.



Scheda 3.5

La salute dei migranti

30' + break 15'
a fine scheda



Al momento dell'arrivo in Europa i migranti presentano condizioni di salute migliori rispetto alla popolazione residente (Razum 2000, *Healthy migrant effect*). Questa condizione tende a perdersi con il tempo per le condizioni e gli stili di vita (Acevedo-Garcia 2010).

La perdita progressiva di occupazione legata alla crisi economica, ha provocato un impatto negativo sulla salute dei migranti, in modo particolare sulla salute mentale con incremento dei suicidi, sul peso corporeo (incremento del sovrappeso > nelle donne), sulla qualità della salute percepita che tende ad avvicinarsi a quella degli europei. Dopo dieci anni di soggiorno in un paese europeo, i migranti dichiarano uno stato di salute peggiore.

L'approccio dell'operatore socio-sanitario deve tenere in conto che:

- » Il migrante non è di per sé un portatore di malattie infettive.
- » Spesso non è possibile conoscere il suo stato sierologico e vaccinale prima dell'arrivo in Europa.
- » Alcune malattie infettive (es. TBC) si "slatentizzano" solo dopo un lungo periodo dall'arrivo.
- » L'origine geografica del migrante e i rischi cui si è sottoposto durante il periodo di migrazione rendono necessario uno screening sistematico delle malattie sessualmente trasmissibili.
- » La sorveglianza sindromica deve essere prolungata nel tempo per individuare quelle patologie non presenti o latenti al momento dell'arrivo, che compaiono dopo un periodo variabile dall'accoglienza.
- » Le competenze sull'effettuazione della sorveglianza sindromica dovrebbero essere meglio chiarite e normate, anche rispetto ai ruoli degli enti preposti.

I fattori che condizionano la salute dei migranti

- » Fattori pre-migratori (guerre, carestie, violenza di genere, abuso sessuale a scopo matrimoniale, MGF).
- » Fattori migratori (viaggio, violenza durante il viaggio).
- » Fattori legati alla gravidanza (spesso esito di violenza sessuale).
- » Fattori post-migratori (disoccupazione, isolamento, barriera linguistica, aspetti culturali legati alla salute mentale).

Scheda 3.5

Gli effetti

Prima della partenza dal paese d'origine

MIGRANTE ECONOMICO (spesso giovane ed in buona salute) = EFFETTO MIGRANTE SANO

MIGRANTE FORZATO (effetto dei conflitti ed estrema povertà sulla salute) = MIGRANTE ESAUSTO

Effetti dei conflitti sulla salute	Cause potenziali	Esempi
Aumento mortalità	Traumi, ferite, incidenti Malattie infettive Malattie croniche Emergenze	Combattimenti violenze, assalti Malaria, tetano, dissenteria Asma, diabete Parto
Aumento morbosità	Traumi, ferite, incidenti Malattie infettive Malattie croniche Disordini riproduttivi Malnutrizione Disturbi mentali	Attacchi, mutilazioni, ustioni Trasmesse da acqua/patogeni, sessualmente trasmissibili (ST) Interruzione trattamenti Morti perinatali, sottopeso, fistula Acuta/cronica, deficit nutrizionale Ansia, depressione, manie suicide
Aumento disabilità	Disabilità fisica Disturbi mentali Ridotta partecipazione sociale	Da mutilazioni/assenza vaccini Disturbi post-traumatici, psicosi, epilessia, disturbi emotivi Isolamento, perdita rete sociale

All'arrivo nel paese di approdo

Gli effetti delle fasi precedenti vengono alla luce e si esaurisce l'effetto migrante sano

Ulteriori fattori di rischio	Effetti
Fattori socio-economici: Disoccupazione, professioni rischiose o non tutelate, degrado abitativo, assenza rete familiare, malessere psicologico, clima, cambiamenti nutrizionali e/o comportamentali.	Conseguenze sull'individuo: » Peggiori condizioni di salute. » Aumento complicanze.
Limitato accesso/utilizzo dei servizi socio-sanitari: Barriere sul lato della domanda e dell'offerta	Impatto sociale » Aumento rischio infezioni e diffusione malattie trasmissibili. » Aumento spesa sanitaria. » Diminuzione capitale umano e sociale.



Scheda 3.6

Migranti e Malattie

25'



Patologie infettive trasmissibili

Queste patologie possono insorgere anche dopo l'arrivo in Europa e sono dovute a diversa condizione di immunizzazione e suscettibilità ed alle precarie condizioni di vita.

Le principali patologie infettive del migrante sono:

- » Varicella.
- » Parassitosi (scabbia, pediculosi) morbillo.
- » Morbillo.
- » Gastroenteriti.

Patologie sessualmente trasmissibili:

- » HIV.
- » Epatite B, C e D.
- » Eifilide.

Il problema reale è dato dalle malattie infettive che non sono abituali in Occidente e che spesso non siamo in grado di diagnosticare tempestivamente come le seguenti:

- » Malaria, lebbra.
- » Parassitosi cutanee ed intestinali (es. filariasi, schistosomiasi).
- » Tracomatosi.
- » Malattie da virus emorragici (Chikungunya, West Nile, dengue).

La Tubercolosi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene che la tubercolosi sia la malattia infettiva più diffusa a livello mondiale. Annualmente 8 milioni di persone si ammalano di tubercolosi e 2 milioni muoiono a causa della malattia in tutto il mondo. Le persone con HIV hanno un rischio 20-30 volte maggiore di ammalarsi di TBC se infettati. Non tutte le persone che si infettano sviluppano la malattia; il sistema immunitario, infatti, può far fronte all'infezione e il batterio può rimanere quiescente per anni. Questa condizione si chiama infezione tubercolare latente e ne è affetta circa un quarto della popolazione mondiale.

La tubercolosi è una malattia fortemente associata alle condizioni in cui vivono le persone, come nel caso dei migranti vulnerabili: l'abbassamento delle difese immunitarie, infatti, può dipendere dal fatto di vivere in condizioni igieniche molto scarse e di soffrire di uno stato di malnutrizione e cattive condizioni generali di salute. Ad oggi la tubercolosi rappresenta un'emergenza medica e sanitaria da non sottovalutare: la prevenzione è molto importante e per fortuna questa malattia può

Scheda 3.6

essere curata, ma è fondamentale che la diagnosi venga fatta in tempo per evitare l'insorgenza di ulteriori problemi.

Migranti e altre patologie

I migranti in ordine di frequenza, sono principalmente colpiti da:

- » Disturbi mentali.
- » Malattie cardiovascolari.
- » Ipertensione.
- » Insufficienza renale.
- » Diabete.

Salute riproduttiva e perinatale

In questo contesto di vulnerabilità multipla i periodi della gravidanza e perinatalità sono particolarmente pericolosi per donne e bambini. Molte delle gravidanze monitorate nei centri di accoglienza in Europa sono il risultato di stupri subiti prima della partenza o durante il viaggio migratorio.



Scheda 3.7

Supporto psicologico alle vittime di violenza



Aspetti psicologici delle vittime di violenza e/o delle persone traumatizzate

Le vittime di violenza spesso attraversano diverse «fasi» dopo l'evento traumatico, che tipicamente sono:

- » Shock/negazione.
- » Paura.
- » Apatia, rabbia, depressione, colpa, perdita del piacere, disperazione.
- » Risoluzione/repressione.

In aggiunta possono insorgere anche difficoltà relazionali, che minano la creazione di legami fiduciari con gli altri, oppure la distorsione dell'immagine di sé e del mondo, oltre che altri disturbi cognitivi.

Vittime di violenza di prossimità

Nel caso delle vittime di violenza di prossimità, gli effetti sono simili a quelli prodotti da altre forme di violenza, con l'aggravante del legame con il persecutore. Le vittime di violenza estrema (legate agli eventi vissuti nel paese origine, durante il viaggio e una volta giunti in Italia) spesso sono state a contatto con la morte. Possono avere segni fisici e hanno infinite cicatrici invisibili. Hanno spesso una sintomatologia specifica quale la presenza di flashback, incubi, allucinazioni, alterazioni emotive, ritiro sociale, comportamenti esplosivi, dissociazione. Possono inoltre essere compromesse le capacità cognitive, la regolazione emotiva, le abilità interpersonali.

I determinanti sociali per la salute mentale

1. La salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati in larga misura dal contesto sociale, economico e fisico in cui le persone vivono.
2. Le disuguaglianze sociali sono associate ad un aumento del rischio per molti disturbi mentali.
3. Agire per migliorare le condizioni di vita quotidiana da prima della nascita, durante la prima infanzia, in età scolare, durante la creazione del nucleo familiare, nel corso dell'età lavorativa, durante la vecchiaia, permette sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione sia di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali.

Il supporto alle vittime di violenza

I richiedenti asilo e rifugiati, le donne, i minori, le vittime di tratta, spesso hanno bisogni di salute specifici e sono necessarie competenze ad hoc per accoglierli, in modo da permettere la promozione della salute e una presa in carico integrata. Il trauma causa non solo il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) ma anche

Scheda 3.7

altre ferite invisibili che portano spesso all'abuso di alcool, cannabis, e ad episodi di somatizzazione. Questi fattori hanno importanti ripercussioni sulla salute mentale dei soggetti. Ad esempio è stato rilevato che nella popolazione migrante, il tasso di incidenza di psicosi è maggiore rispetto agli autoctoni, con una maggiore diffusione tra le donne. Per una presa in carico adeguata delle vittime di violenza in ambito sanitario, soprattutto se migranti, sono necessarie specifiche competenze che permettano di centrare il lavoro sulla persona, e non sulla cultura o sulla patologia. È necessario:

- » Riattivare le capacità cognitive e le strutture "sane" della persona.
- » Sostituire frasi e parole negative con frasi e parole positive.
- » Promuovere interventi di empowerment.
- » Sostenere le persone nel confronto con la realtà circostante.
- » Accogliere in maniera empatica e confermare le emozioni represses.
- » Pianificare un progetto migratorio.
- » Sostenere il radicamento nel nuovo contesto.

Rispetto alle vittime di tratta è fondamentale l'individuazione precoce delle condizioni di rischio, fisiche e psichiche, nelle donne straniere neo-arrivate e potenzialmente a rischio di tratta.

La mediazione linguistico-culturale è uno strumento fondamentale di supporto alle vittime di violenza, così come la mediazione di sistema intesa come processo di trasformazione organizzativa dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente sono sempre garantite.

La formazione degli/delle operatori/operatrici

È necessario che gli/le operatori/trici socio-sanitari sviluppino competenze specifiche quali:

- » Competenze medico-antropologiche.
- » Competenze relazionali (appartengono al bagaglio professionale degli operatori di alcuni ambiti sanitari, ma non fanno ancora parte di una cultura professionale diffusa a tutti i professionisti della salute).
- » Competenze nel lavoro multidisciplinare e di rete.
- » Competenze sulla psicotraumatologia.
- » Competenze sui percorsi psicosociali.



Scheda 3.8

Gli attori coinvolti

20'



L'identificazione degli attori coinvolti è di primaria importanza per il lavoro con le vittime di violenza. In ogni Paese è necessario identificare la rete dei soggetti che svolgono un ruolo nella ricognizione, presa in carico e accompagnamento di quei soggetti fragili vittime di violenza, partendo dal livello istituzionale fino alle realtà del terzo settore e del privato sociale. La costruzione della rete di riferimento deve inoltre includere sia il piano nazionale e sovranazionale, ma anche individuare tutti quegli interlocutori attivamente impegnati a livello locale.

Conclusione e considerazioni condivise

10'



Break

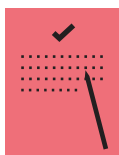
15'



1,45h Workshop

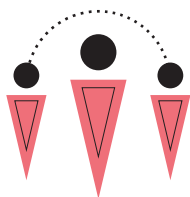
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

Consegna del lavoro 15'



Il docente e co-docente leggono e illustrano il caso scelto (solitamente reale) alla classe. Invitano i partecipanti a suddividersi in gruppi di 4-6 persone e distribuiscono copia scritta del caso illustrato (almeno una copia per gruppo).

Lavoro di gruppo 40'

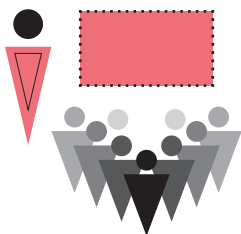


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
2. fragilità e punti di debolezza della persona, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
3. la gestione del caso da parte dei servizi (centri d'accoglienza, servizi sanitari, sociali e altri), le criticità, le buone pratiche, come avrebbero potuto/dovuto agire per una maggiore efficacia dell'intervento.

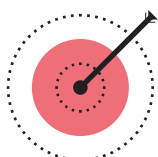
Il gruppo lavora per 30-40 minuti.

Esposizione lavoro 40'



Al termine del lavoro, il portavoce di ogni gruppo viene invitato a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo – e ogni singolo partecipante – ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Conclusioni 10'



Il workshop si conclude con un breve intervento del docente e del co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti ed eventualmente aggiungere informazioni richieste dai partecipanti e/o aspetti non emersi ma ritenuti rilevanti.



Il Caso di Aliou

Aliou ha 29 anni ed è senegalese di etnia fula, musulmano, diniegato in attesa dell'esito del primo ricorso. È ospitato presso una struttura del sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) e condivide l'appartamento con 3 persone. Viene inviato al servizio per due significativi episodi di crisi di rabbia e disperazione che hanno richiesto l'intervento del 118, il primo a seguito della notifica del rigetto della Commissione alla sua domanda d'asilo e il secondo alla notizia della morte dello zio materno.

La storia familiare e le condizioni di estrema povertà hanno spinto Aliou a lasciare il Senegal in maniera improvvisa, più volte esposto a pericoli e violenze. Riporta con grande sofferenza l'esperienza in Libia e quanto si senta fortunato ad essere sopravvissuto al viaggio via mare.

Orfano di padre dall'età di 5 anni, Aliou è vissuto con il fratello, la madre e con il patrigno. La madre ha avuto un ictus che la costringe sulla sedia a rotelle e l'unico fratello soffre di disturbi psichici. Ha dovuto interrompere la frequenza scolastica per lavorare come pastore.

Aliou riporta intensi vissuti di ansia e dolore legati alla condizione di incertezza e precarietà della sua richiesta di asilo, sente la preoccupazione per la situazione familiare in Senegal e la responsabilità di dover provvedere loro economicamente. Aliou vive come responsabilità individuale il diniego della commissione, esprime la ferma volontà di non parlare né del Senegal, né del viaggio migratorio. Fatica ad orientarsi nello spazio e nel tempo.



5h



Violenze, torture e disagio mentale

A cura di *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

L'esperienza della violenza, un fatto di per sé fortemente traumatico, può avere ripercussioni significative sullo stato di salute mentale della vittima, la cui integrità psichica viene sottoposta a forte pressione. Questo è particolarmente vero nel caso dei/delle migranti, in quanto la migrazione stessa è un evento potenzialmente traumatogeno, sia per la perdita dei legami fondamentali di appartenenza sia per la pericolosità del viaggio che i/le migranti si trovano ad affrontare. Il modulo si propone di fornire le conoscenze necessarie per individuare le vittime di esperienze traumatiche quali la violenza e la tortura, e gli approcci terapeutici più efficaci per la loro presa in carico.

Scheda 4.1

Trauma e aspetti post-traumatici



Trauma

Si tratta di un evento che per le sue caratteristiche non è integrabile nell'apparato psichico dell'individuo, e che ha quindi un effetto soverchiante sulle capacità dell'individuo di farvi fronte. Può trattarsi di un evento puntuale o, più spesso, di un evento ripetuto o di un rapporto traumatico con il contesto. I piccoli traumi sono quelle esperienze potenzialmente traumatiche a cui può andare incontro una persona nel corso della vita. Si tratta di eventi soggettivamente disturbanti caratterizzati da una percezione di pericolo non particolarmente intensa. Al contrario i grandi traumi si riferiscono a tutti quegli eventi che portano alla morte o che minacciano la propria integrità fisica o quella delle persone care.

Potenziale traumatogeno di un evento

La traumaticità di un evento non dipende esclusivamente dalle caratteristiche dell'evento stesso, ma anche dalla struttura e dalle risorse psichiche dell'individuo che vive tale esperienza.

Esistono variabilità individuali nella risposta a eventi traumatici analoghi. In questo senso le violenze ripetute hanno maggiore probabilità di innescare traumi, mentre le risorse e la resilienza dell'individuo costituiscono un fattore protettivo.

Meccanismi di difesa dissociativi

Sono operazioni difensive attivate dalla mente in condizioni di estrema minaccia all'integrità psichica. Impediscono ad un evento, un sentimento o un'esperienza di raggiungere la salienza psicologica alterando, temporaneamente, il senso della realtà senza una concomitante perdita dell'esame di realtà. La dissociazione è un processo che evita la costruzione di "legami" tra diverse esperienze psichiche: l'affetto o l'esperienza dissociata rimane come sospesa, priva di contatto con il resto della soggettività. Nei casi più eclatanti, possono esserci esperienze come la derealizzazione e la depersonalizzazione sia durante l'evento traumatico che in tempi successivi. Ciò che viene dissociato permane sotto forma di un nucleo di esperienza non contattabile dal soggetto. Talvolta l'affetto dissociato può venire percepito dallo/dalla operatore/operatrice in se stesso/a in modo anche apparentemente slegato dal momento.



Trauma e teoria dell'attaccamento

L'esposizione di bambini/e ad eventi traumatici è fortemente influenzata dalla qualità della relazione genitoriale. Infatti la madre regola l'*arousal* del bambino aiutandolo a rimanere in uno stato ottimale, ponendo così le basi per le successive capacità di autoregolazione del bambino.

Al contrario un attaccamento insicuro e disorganizzato si evidenzia anche nel corpo, nei movimenti non integrati e non armonici, nella difficoltà di utilizzare le capacità di autoregolazione e/o le capacità di regolazione interattiva dell'*arousal*. Esperienze di abuso (maltrattamento e trascuratezza) all'interno della relazione di attaccamento conducono ad un *arousal* cronicamente accresciuto o all'alternanza di stati di *iper* e *ipo arousal*. Esperienze di abbandono portano ad un appiattimento affettivo dovuto al cronico abbassamento dell'*arousal*.

Le memorie traumatiche restano come congelate e riemergono sotto forma di sensazioni corporee, postura, movimenti e immagini intrusive. La persona resta come divisa in due aspetti: quello che le permette di andare avanti nella quotidianità evitando i ricordi traumatici e quello che comprende tali ricordi e innesca azioni difensive automatiche contro la minaccia.

Scheda 4.2

Disturbo post-traumatico da stress



Disturbo Post-Traumatico da stress secondo il Diagnostic and Statistic Manual - 5

Criterio A: esposizione a un trauma, quale la morte reale o la minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale, sia tramite esperienza diretta dell'evento traumatico sia venendo a conoscenza di un evento violento o accidentale accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto.

Criterio B: insorgenza di sintomi intrusivi correlati all'evento traumatico (ricordi, sogni, *flashback*), che possono portare alla completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante.

Criterio C: evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico che viene messo in atto dopo lo stesso.

Criterio D: successiva manifestazione di alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico.

Criterio E: successiva manifestazione di marcate alterazioni dell'*arousal* e della reattività associati all'evento traumatico.

Criterio F: la durata delle alterazioni descritte è superiore ad 1 mese.

Criterio G: il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Criterio H: Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come ad esempio farmaci o alcol o a un'altra condizione medica.

Disturbi frequentemente associati al disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

Disturbi psicosomatici (cefalea, sindrome da dolore cronico, disturbi gastrointestinali, disturbi dell'alimentazione, disturbi dell'apparato genitale e della sfera sessuale).

Disturbi depressivi (pianto, astenia profonda/faticabilità, tristezza vitale/anedonia, sensi di colpa e autosvalutazione, disperazione e idee suicidarie).

Dipendenza da alcolici, sostanze psicotrope, farmaci.



Disturbo post-traumatico da stress complesso (C-DPTS)

Insieme di sintomi che insorgono in seguito a prolungati traumi cumulativi interpersonali vissuti nel corso dello sviluppo quali storie di abuso e maltrattamento ripetuto in famiglia, grave trascuratezza e abbandono, condizioni di tortura o prigionia, guerre e migrazioni forzate. Si parla qui di traumatizzazione cronica e non più di singolo evento traumatico.

Oltre ai sintomi del DPTS, il C-DPTS può implicare problematiche riguardanti: la regolazione delle emozioni e stati dissociativi, i rapporti interpersonali, la percezione di Sé, i sistemi di significato, la somatizzazione, l'attenzione e la consapevolezza, l'ideazione suicidaria, l'immagine corporea e il comportamento alimentare. La persona risulta frammentata, incoerente e imprevedibile. La gravità dei sintomi è in genere proporzionale alla precocità con cui la persona è stata esposta ai traumi.

ATTENZIONE!

Non tutti coloro che si trovano esposti a un'esperienza traumatica sviluppano il disturbo post-traumatico da stress. In certi casi un trauma può fungere da catalizzatore di adattamento, attorno a cui l'individuo ridefinisce i propri valori e obiettivi, riordinando il precedente caos interiore. Diversi sono i fattori che influenzano l'impatto psicologico di un evento traumatico sull'individuo: i diversi esiti di un'esperienza traumatica dipendono dalla complessa e imprevedibile interazione di tre componenti fondamentali: l'ambiente, l'eredità biologica e le caratteristiche psicologiche.

Scheda 4.3

Il trauma nella migrazione



Legame tra migrazione e sofferenza psichica

Viene riconosciuto intorno al 1700, quando per identificarlo si utilizza il termine "nostalgia", impiegato per la prima volta in ambito scientifico e medico da uno studente di medicina di nome Johannes Hofer. Successivamente si introduce il concetto di *shock culturale* o *stress da transculturazione*, secondo cui l'esperienza migratoria viene esplicitamente considerata in termini di trauma e in particolare di fattori individuali di resilienza e vulnerabilità. Nello specifico per *shock culturale* si intende una reazione psichica che segnala la difficoltà di accettare modi di essere culturalmente diversi dai propri e si traduce in malessere psichico, difficoltà ad affrontare il quotidiano, sconforto, insicurezza, senso di isolamento con nostalgia della propria cultura e stato depressivo.

Trauma migratorio

La migrazione è un evento in sé traumatico, una esperienza di rottura dei legami, di un equilibrio esistente tra l'individuo e il suo ambiente, rottura che comporta la ricerca di un nuovo equilibrio. Pertanto l'esperienza migratoria genera stress psicologico in termini di: sentimenti d'impotenza, perdita dell'autostima e della fiducia; emozioni intense, spesso congelate, emergono dissociate dalla parola, sotto forma di sensazioni somatiche e reazioni comportamentali. Il trauma migratorio è associato all'interruzione dei legami affettivi e sociali, della trama esistenziale, alla perdita delle difese culturali, dei ruoli sociali, dello *status*, oltre che dei "corredi d'identità" e dei riferimenti sensoriali. La dimensione sociale e collettiva del Sé è minacciata dalla migrazione e viceversa la possibilità di contattare il gruppo culturale di riferimento può essere fattore protettivo.

Gli *stressors* della condizione migratoria

- » Solitudine forzata: mancata possibilità di stare con la propria famiglia o l'incapacità di portarla nel paese ospite, anche in presenza di documenti, per mancanza di denaro o per ostacoli amministrativi.
- » Il fallimento del progetto migratorio, la mancanza di opportunità, nessuna possibilità di accesso al mercato del lavoro o lavorare in condizioni di estremo sfruttamento.
- » La lotta per la sopravvivenza: dove mangiare? dove dormire?
- » Paura, terrore, minacce da parte di organizzazioni criminali durante il viaggio migratorio, paura di espulsione, di abusi fisici e sessuali, vissuti di impotenza e di mancanza di aiuto. Di chi fidarsi?



Come si manifesta il disagio

Il/la migrante manifesta comportamenti e vissuti quali: "assenze" nella memoria autobiografica, sensazione di spaesamento e smarrimento, disorientamento nostalgico, crisi della presenza, passività, isolamento, ritiro, evitamento, e non ultime condotte esternalizzanti caratterizzate da devianze e atteggiamenti aggressivi.

Va fatto notare che l'impatto con il contesto italiano spesso avviene in modo brusco e l'individuo in condizione di migrante incontra un contesto che può essere incomprensibile. Inoltre, una volta giunto/a nel paese d'accoglienza, il progetto migratorio viene preso in carico dall'istituzione.

È importante che gli/le operatori/operatrici dell'accoglienza possano accompagnare la persona a ricostruire il senso di ciò che sta accadendo intorno, in termini di pratiche e significati anche culturali, come fattore protettivo rispetto al trauma migratorio.

Vulnerabilità

Il rapporto tra migrazione e trauma è mediato dal concetto di vulnerabilità. Il termine 'vulnerabile' deriva dalla parola latina *vulnus* che letteralmente significa ferita o lesione. Essa può essere fisica, psicologica e, per estensione, determinata dalla negazione di un diritto.

Scheda 4.4

Migrazione e violenza

20' + break 15'

a fine scheda



Cos'è la violenza

Secondo l'OMS (2002), per violenza si intende l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione. La violenza non è una componente eliminabile del comportamento umano, ed affonda le sue radici nella struttura sociale, culturale, religiosa ed economica.

La tortura

Esperienze come la prigionia e la tortura provocano gravi traumi psichici attraverso vissuti di estremo terrore, estrema sofferenza e negazione della soggettività. La tortura contiene una sovrabbondanza di caratteristiche che ne aumentano il potere gravemente traumatogeno, come per esempio:

- » Estremo terrore per la propria vita.
- » Estrema sofferenza fisica e psichica.
- » Condizione di estrema vulnerabilità.
- » Evento prolungato e/o ripetuto.
- » Relazione patologica con il contesto.

La tortura induce un senso di impotenza e disperazione che impatta sul senso di identità dei soggetti come individui incapaci di controllo sul loro futuro. L'assenza di regole, l'imprevedibilità e la casualità della violenza contribuisce alla mancanza di controllo che il soggetto esperisce.

La violenza agita

In passato era diffusa l'idea che vittime di violenza potessero essere più inclini ad agire comportamenti violenti secondo il meccanismo psicologico della "identificazione con l'aggressore". Sebbene non si tratti della regola, quando questo avviene di solito passa attraverso un processo di "spostamento" verso un soggetto più vulnerabile o meno minaccioso. La scelta del bersaglio può dipendere anche dal sentimento sottostante la violenza: odio, senso di colpa, senso di impotenza. In ogni caso l'esercizio della violenza è sempre un fatto relazionale da leggere anche nella sua collocazione rispetto al contesto.



Adattamento restitutivo e disfunzionale

Gli individui sono obbligati ad adattarsi in qualche modo all'impatto delle torture e delle violazioni dei diritti umani.

I cinque sistemi di adattamento messi in scacco dalle violenze estreme sono identificati nelle seguenti funzioni:

- » Sicurezza personale.
- » Il sistema di attaccamento e la capacità di legame.
- » L'identità ed la funzione del ruolo sociale.
- » La giustizia.
- » Il senso dell'esistenza.

Il senso di sicurezza nel mondo, o di generale affidamento, viene acquisito nei primi anni di vita in relazione con la prima figura di accudimento. Originatosi con la vita stessa, questo senso di fiducia sostiene una persona per tutto il corso della vita costituendo la base dell'intero sistema di relazioni e di fiducia. Gli eventi traumatici distruggono la costruzione del Sé che si è formato e sostenuto in relazione agli altri e violano la fiducia della vittima in un ordine naturale o divino gettandola in uno stato di crisi esistenziale.

Scheda 4.5

Etnopsichiatria



Definizione di etnopsichiatria

Si tratta di una materia multidisciplinare, comparativa, interattiva e pragmatica volta al trattamento del disagio mentale in individui di cultura diversa da quella del terapeuta. L'etnopsichiatria nasce dalla constatazione dell'inefficacia delle pratiche terapeutiche attuali con i migranti, e prevede quindi l'apertura del discorso terapeutico alle significazioni culturali del paziente (narrative religiose, strutture familiari, eziologie tradizionali). L'etnopsichiatria considera i modelli esplicativi abitualmente utilizzati da psicologia, psicopatologia e psichiatria a loro volta come narrazioni culturalmente definite e localizzate. Sostiene perciò la necessità di relativizzare le nostre teorie entrando in dialogo con le teorie di riferimento del paziente. Un approccio etnopsichiatrico comporta modificazioni nella teoria e nella tecnica della psichiatria tradizionale.

I riferimenti culturali della malattia mentale

Nella prospettiva etnopsichiatrica è fondamentale tenere presente nell'incontro con il paziente i suoi riferimenti culturali, a partire dalla lingua. Per esempio, a volte alcune espressioni, compreso il nome proprio, non sono traducibili se non con delle perifrasi, laddove il termine originale richiama un ampio campo semantico sociale e culturale. È necessario accogliere il valore delle eziologie tradizionali (quali ad esempio *djinn*, *marabuttaggi*) e delle strutture sociali interiorizzate: essi vanno riconosciuti non come elementi di ignoranza, superstizione o arretratezza, ma come componenti narrative fondamentali che consentono al/alla paziente di dare senso alla propria sofferenza.

Tre possibili configurazioni

Intraculturale: terapeuta e paziente appartengono alla stessa cultura, il terapeuta tiene conto sia della dimensione individuale che di quella socio-culturale.

Interculturale: il terapeuta non appartiene all'etnia del paziente, ma conosce bene la cultura del paziente e la usa come leva terapeutica.

Metaculturale: Terapeuta e paziente appartengono a culture diverse e il terapeuta non conosce specificamente la cultura del paziente, ma comprende il concetto di "cultura" e lo usa per stabilire diagnosi e terapia.



Critiche all'etnopsichiatria

Sebbene la clinica dei pazienti migranti necessiti degli apporti e della chiarezza forniti dalla conoscenza della loro cultura, è necessario evitare di appiattare l'individuo e la relazione sulla sola dimensione culturale ignorando gli aspetti individuali e socio-economici, quali ad esempio gli elementi intrapsichici come il trauma, gli aspetti di contesto, le relazioni di potere, l'eventuale condizione di marginalità sociale. Gli/le operatori/operatrici devono quindi potersi decentrare e lavorare utilizzando costantemente i due livelli, individuale e culturale, senza confonderli e tenendo conto delle relazioni necessarie e talvolta conflittuali tra di essi.

Scheda 4.6

Resilienza e resistenza



Ridare potere: il processo di empowerment

Le esperienze centrali del trauma psichico rappresentano una deprivazione del potere e del controllo su di Sé da parte della vittima e la distruzione dei suoi legami con gli altri. Il processo di guarigione pertanto si basa sulla restaurazione nel sopravvissuto del potere e del controllo su di Sé e sulla costruzione di nuovi legami. Il primo step verso la guarigione è l'accrescimento della capacità di controllare attivamente la propria vita *empowerment* da parte del/la sopravvissuto/a, che deve essere autore/autrice e arbitro della propria guarigione.

Fattori di resilienza

Caratteristiche individuali:

- » Solidità del Sé.
- » Solidità dell'identità culturale.
- » Flessibilità dell'identità culturale.
- » Stili di attaccamento efficaci.
- » Stili di coping efficaci.
- » Salute pre-migratoria.

Progetto migratorio:

- » Pre-migrazione (preparazione, volontarietà, aspettative realistiche).
- » Post-migrazione (realizzazione del progetto, rielaborazione efficace, supporto sociale efficace).

Fattori di vulnerabilità

Caratteristiche individuali:

- » Fragilità del Sé.
- » Fragilità dell'identità culturale.
- » Rigidità dell'identità culturale.
- » Stili di attaccamento deficitari.
- » Stili di *coping* inefficaci.
- » Morbilità pre-migratoria.

Progetto migratorio:

- » Assente (migrazione forzata).
- » Fallito (o minacciato di fallimento).

**Altri fattori:**

- » Stress da transculturazione (shock culturale).
- » Perdita di status.
- » Nostalgia, lutto.
- » Supporto sociale assente o inadeguato.

Resistenza al controllo istituzionale

La tortura induce un senso di impotenza e disperazione che impatta sul senso di identità dei soggetti come individui incapaci di controllo sul loro futuro. L'assenza di regole, l'imprevedibilità e la casualità della violenza contribuisce alla mancanza di controllo che il soggetto esperisce. Le strategie di resistenza per guadagnare qualche misura/senso di controllo sono di tipo cognitivo, emotivo e comportamentale, laddove i soggetti si prendono gioco delle guardie, non cooperano, non collaborano, sfidano l'autorità e mettono in atto provocazioni. La capacità di sviluppare strategie creative di resistenza e resilienza permette di tollerare meglio la prigionia e l'esperienza della tortura.

Scheda 4.7

Differenze nell'esperienza di violenza legate al genere



La condizione delle donne migranti

La migrazione può causare esperienze di violenza di diverso tipo nelle donne

- » Lasciare il proprio paese comporta la ridefinizione e riformulazione dei legami e degli equilibri familiari nonché un ripensamento della propria appartenenza alle tradizioni e ai valori della cultura di origine. A volte le donne migranti sono vittime di violenza anche nel contesto di provenienza, dove però la violenza è una modalità relazionale "accettata" e c'è poca consapevolezza dell'essere vittime. Nel paese d'approdo la frequente spinta degli/delle operatori/operatrici delle strutture, a denunciare la violenza subito, si trasforma in paura di emarginazione dalla comunità di appartenenza e rottura con le radici e preclusione con un eventuale rientro in patria.
- » Il viaggio stesso diventa spesso lo scenario di violenze verso le donne, prevalentemente di carattere sessuale, quindi violenza diretta contro il corpo sessuato, i genitali e l'apparato riproduttivo.

Uomini e violenza

La violenza sessuale non si riferisce solo alla pratica di stupro ma anche alle minacce, alla forzata nudità, alle molestie. Nel caso degli uomini, soprattutto quelli di religione musulmana, la forzata nudità è percepita come violenza peggiore della violenza fisiche in quanto produce forte umiliazione e mortificazione della propria dignità. L'esperienza della violenza, esercitata per produrre l'annichilimento dell'individuo e del suo gruppo di appartenenza, provoca la perdita del proprio status, del proprio posto nel mondo, particolarmente significativa per gli uomini.



Conclusione e considerazioni condivise

10'



Break

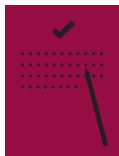
15'



1,45h Workshop

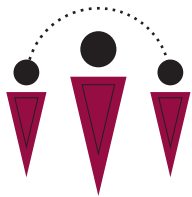
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

Consegna del lavoro 15'



Il docente e co-docente leggono e illustrano il caso scelto (solitamente reale) alla classe. Invitano i partecipanti a suddividersi in gruppi di 4-6 persone e distribuiscono copia scritta del caso illustrato (almeno una copia per gruppo).

Lavoro di gruppo 40'

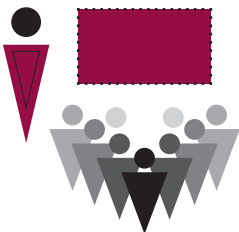


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
2. fragilità e punti di debolezza della persona, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
3. la gestione del caso da parte dei servizi (centri d'accoglienza, servizi sanitari, sociali e altri), le criticità, le buone pratiche, come avrebbero potuto/dovuto agire per una maggiore efficacia dell'intervento.

Il gruppo lavora per 30-40 minuti.

Esposizione lavoro 40'



Al termine del lavoro, il portavoce di ogni gruppo viene invitato a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo – e ogni singolo partecipante – ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Conclusioni 10'



Il workshop si conclude con un breve intervento del docente e del co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti ed eventualmente aggiungere informazioni richieste dai partecipanti e/o aspetti non emersi ma ritenuti rilevanti.



Il Caso di Ahmed

Ahmed ha 19 anni e proviene dalla Gambia. All'età di sei anni i suoi genitori divorziano e, a seguito del trasferimento della madre presso la famiglia di origine, Ahmed interrompe i contatti con lei. Il ragazzo riferisce di aver sofferto molto di questo allontanamento forzato e di essere stato cresciuto dal padre, un attivista del partito UDP, movimento in opposizione al regime dittatoriale. Ahmed riferisce di aver avuto con il padre una relazione difficile ed anaffettiva. Quando Ahmed ha 14 anni, un gruppo di paramilitari irrompe in casa alla ricerca del padre. A seguito di questo episodio, lui e lo zio lasciano il Paese e da allora Ahmed non ha più avuto notizie del padre. Successivamente i due si dirigono in Libia, dove Ahmed viene incarcerato e riesce ad essere liberato solo grazie al pagamento di un riscatto da parte dello zio. Una volta giunti in Sicilia, lo zio prosegue per la Germania, mentre Ahmed viene accolto in un centro per MSNA (Minori Stranieri Non Accompagnati).

Ahmed si mostra molto chiuso e diffidente, fatica a raccontare le sue sofferenze e fa consumo di cannabis, probabilmente per evadere da ricordi dolorosi e dalla paura di non farcela. Una sera Ahmed rientra al centro sotto l'evidente uso di alcolici/stupefacenti e in stato gravemente confusionario. Prende a calci un cestino, si accascia a terra piangendo e sbatte la testa più volte sul pavimento. A seguito dell'intervento del 118 e delle Forze dell'ordine, Ahmed viene ricoverato in ospedale sotto il monitoraggio dello psichiatra di turno. Successivamente a questo episodio Ahmed riferisce anche la volontà di suicidio.



5h



Stress management

A cura di *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

In questo modulo vengono trattati aspetti specifici della relazione con vittime di violenza di genere e di prossimità, soprattutto in termini di relazione d'aiuto e presa in carico di persone vulnerabili. L'estrema complessità delle storie di vita delle vittime di violenza, unita a forti componenti traumatiche, rende gli /le operatori/operatorici coinvolti/coinvolti particolarmente soggetti a condizioni di stress e a rischio burn-out. Il modulo si propone di fornire strumenti specifici per la presa in carico di questa tipologia di utenti, tutelando il benessere psico-fisico ed emotivo degli/delle operatori/operatorici.

Scheda 5.1

Accogliere e ascoltare



La relazione d'aiuto

Le professioni d'aiuto portano l'operatore/operatrice a muoversi in una dimensione relazionale che implica una forte componente emotiva, sia propria che dell'utente. Questo significa che nel suo lavoro l'operatore deve fare ricorso sia a risorse professionali (formazione, aggiornamento, specializzazione, conoscenza della mansione, coerenza tra formazione e ruolo ricoperto) sia a risorse personali (caratteristiche individuali, conoscenza di Sé, risorse relazionali, resilienza). Risorse e limiti della relazione d'aiuto prendono forma in uno spazio creato e delimitato dalla relazione operatore-utente-contesto. L'aiuto è sempre un fatto relazionale, così come lo è la violenza.

Il ruolo professionale di chi opera nell'accoglienza e di tutti coloro che si trovano a relazionarsi con migranti vittime di violenza è influenzato da fattori e dimensioni psicosociali, quali:

Il tempo

«... in molte istituzioni totali, è diffusa fra gli/le internati/internate la sensazione che il tempo passato nell'istituto sia sprecato, inutile, o derubato alla propria vita... Si tratta di un tempo messo tra parentesi, da coloro che lo hanno vissuto, con un intendimento costante e consapevole, difficilmente riscontrabile nel mondo esterno. Come risultato, l'internato tende a sentire che per la durata del suo internamento egli è stato completamente esiliato dalla vita.» (Goffman, 1961). Questa spesso è la percezione del migrante che si trova all'interno di una struttura di accoglienza. La struttura segna un tempo per ogni cosa: per mangiare, per dormire, per uscire e rientrare presso la struttura, per andare a scuola, per le visite mediche e gli adempimenti burocratici, e così via. La persona migrante non può far altro che adattarsi al nuovo "tempo per".

L'operatore fa invece riferimento ad un tempo diverso, anche dettato dalle istituzioni. Il tempo dell'operatore al lavoro dovrebbe coincidere con il tempo dell'orario di lavoro, ma non sempre è così, quindi l'operatore diventa un professionista disponibile h/24.

Le aspettative

Dal punto di vista del migrante, la spinta/tensione a realizzare la migrazione conduce ad una forma di stress chiamata Goal Striving Stress. Esso rimanda alla fatica e allo sforzo compiuti dal migrante per ottenere risultati plausibili secondo le proprie aspirazioni e il mandato migratorio. Qualora il progetto migratorio sia poco strutturato e le aspettative rispetto alla migrazione siano vaghe, il progetto stesso è a rischio fallimento, anche a causa di tutte quelle variabili intervenienti una volta giunti

nel paese di approdo (regolamenti, dinieghi sul rilascio pds, difficoltà integrazione/lavoro ecc..). Il/la migrante ha aspettative anche in relazione all'operatore: in che modo viene percepito l'operatore? Ha una funzione strumentale, di supporto, di dipendenza? È un ostacolo alla realizzazione personale oppure un mezzo per soddisfare bisogni e richieste?

ATTENZIONE!

Parte delle aspettative vengono costruite all'interno della relazione.

Per quanto riguarda l'operatore, sono diverse le variabili che possono influire sulle sue aspettative rispetto all'utente:

- » Consapevolezza dei limiti della persona che si intende "aiutare" rispetto alla sua condizione di autodeterminazione.
- » Componente culturale rispetto a determinati atteggiamenti/scelte/comportamenti dell'utente.
- » Conoscenza dei propri meccanismi di funzionamento psicosociale.
- » Capacità di gestire le aspettative disattese e di cambiarle sulla base di quello che accade nella relazione con l'utente.

L'appartenenza identitaria

Il migrante spesso vive una vera e propria crisi d'identità, laddove il senso del Sé individuale è alimentato dall'intreccio di relazioni con il prossimo, si nutre anche del rapporto contestuale e poggia su modelli e regole comportamentali determinate socialmente e culturalmente.

Ernesto de Martino (1978) parla di "Crisi della Presenza", come di quelle condizioni diverse nelle quali l'individuo sperimenta incertezza e incapacità di determinazione delle proprie azioni in un dato momento, al cospetto di particolari eventi o situazioni (malattie, morte, crisi morali, migrazione). La crisi della presenza è quel senso di spaesamento in cui le persone temono di perdere i propri riferimenti domestici che in qualche modo fungono da indici di senso (di presenza).

Scheda 5.2

Come gestire la paura, lo stress, la frustrazione, il burn-out

45' + break 15'
a fine scheda



Che cos'è lo stress

Per *stress* s'intende la risposta psicofisica alla percezione di uno squilibrio tra le richieste dell'ambiente circostante e le risorse disponibili per affrontarlo. Tale risposta ha innanzitutto una dimensione fisiologica, nel senso che in situazione di *stress* i reni liberano cortisolo su stimolo dell'ipofisi e dell'ipotalamo e bloccano il passaggio della serotonina, ma anche emotiva, cognitiva e comportamentale. È possibile distinguere tra *stress* positivo (*eustress*) e *stress* negativo (*distress*). Lo *stress* dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore.

Il Burn-out

La sindrome del *burn-out* è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni di aiuto, qualora queste non riescano a rispondere in maniera adeguata ai carichi eccessivi di *stress* che il loro lavoro li porta ad assumere. Si tratta di una condizione di disagio rilevata tra lavoratori impegnati nelle cosiddette professioni di aiuto, specialmente nell'area sociosanitaria. Il *burn-out* è caratterizzato da:

Esaurimento emotivo, cioè sensazione di stanchezza e di affaticamento che si sviluppa via via che le risorse emotive vengono a mancare, percezione di non aver più nulla da offrire a livello psicologico;

Depersonalizzazione, ovverosia atteggiamenti negativi, di distacco, cinismo e/o ostilità nei confronti delle persone con cui e per cui si lavora;

Realizzazione professionale, intesa come percezione di una propria inadeguatezza al lavoro che implica una caduta dell'autostima e un'attenuazione del desiderio di successo.

È possibile identificare il *burn-out* quando si riscontra:

- » Esaurimento emotivo.
- » Depersonalizzazione.
- » Atteggiamento improntato al cinismo.
- » Sentimento di ridotta realizzazione personale.
- » Evitamento dell'ambiente lavorativo.
- » Frustrazione e insoddisfazione.
- » Ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali ci si dovrebbe occupare.
- » Deterioramento del benessere fisico.
- » Insonnia.
- » Depressione.

Conseguenze personali e sociali/organizzative

Gli effetti del *burn-out* non si ripercuotono solo a livello personale ma tendono a propagarsi in maniera altalenante da un membro dell'équipe all'altro e dall'équipe fino a toccare anche gli utenti, coinvolgendo quindi l'intera organizzazione. Le conseguenze di tutto ciò sono molto gravi e si possono schematizzare in tre livelli:

Livello degli operatori che "pagano" il *burn-out*, anche attraverso somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali.

Livello degli utenti, per i quali un contatto con gli operatori in *burn-out* risulta frustrante, inefficace e dannoso.

Livello della comunità in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi.

Le cause del *burn-out*

Lo squilibrio tra individuo e lavoro, responsabile di conseguenze a livello comportamentale, sociale e di benessere individuale, può manifestarsi in sei aree:

1. Il carico di lavoro, se superiore alla capacità dell'individuo di farvi fronte.
2. Il controllo, poiché sembrerebbe esservi una connessione tra la carenza di autonomia o abilità di assumersi la responsabilità di decisioni importanti, e il *burn-out*.
3. La ricompensa, sia sociale che economica.
4. La comunità, in termini di qualità di relazioni con i propri colleghi.
5. L'equità, ossia la percezione di onestà e correttezza che favorisce engagement e soddisfazione.
6. L'area dei valori, ossia la congruenza tra i valori dell'individuo e dell'organizzazione, la cui assenza può tradursi nella pressione di una scelta tra ciò che si vuole fare e ciò che, invece, si deve fare.

Come prevenire il *burn-out*?

La prevenzione del *burn-out* passa attraverso diversi step, quali ad esempio:

- » Favorire delle équipe il più possibile stabili nel tempo e garantire la sicurezza del proprio lavoro.
- » Sviluppare sistemi incentivanti e di gratificazione secondo i vari ruoli professionali e le capacità del singolo.
- » Sviluppare ed incrementare il lavoro di *équipe*, attraverso la discussione dei casi e la partecipazione di tutti agli aspetti decisionali del lavoro.
- » Condividere la responsabilità dei percorsi con gli utenti, le loro famiglie e la comunità sociale in generale.
- » Rendere la formazione e la ricerca i maggiori obiettivi del Programma di Gestione.
- » Incoraggiare meccanismi formali di gruppo per la soluzione dei problemi organizzativi e la risoluzione dei conflitti.
- » Fornire periodici controlli del *burn-out* a tutta l'*équipe*.
- » Sviluppare momenti di ascolto e di accoglienza individuale e/o di gruppo per situazioni di conflitto.

Scheda 5.3

Gli strumenti per la gestione dell'aggressività



L'aggressività

L'aggressività presuppone un'interazione sociale in cui uno degli attori reca danno ad un altro in maniera intenzionale. Secondo la teoria evoluzionista, l'aggressività è funzionale al soddisfacimento dei bisogni primari dell'essere umano, mentre secondo un approccio fisiologico sono le strutture neocorticali e sottocorticali a giocare un ruolo importante nell'attivazione di un comportamento aggressivo attraverso il rilascio di sostanze specifiche. La psicologia psicodinamica vede invece l'aggressività come spinta, pulsione, reazione alla frustrazione. In ultimo le teorie dell'apprendimento sociale ritengono che l'aggressività sia appresa tramite modelli relazionali, sociali e culturali.

Il contributo della psichiatria individua nell'aggressività un sintomo di sofferenza determinato o comunque correlato ad un disturbo mentale. In questa direzione va detto che i comportamenti aggressivi non rappresentano di per sé una patologia psichiatrica ma sono espressione di malattia in situazioni specifiche, cioè quando non sono controllabili da chi li manifesta e non sono modulabili e adeguati alla situazione che li ha determinati. La presenza di atteggiamenti aggressivi può rappresentare il peggioramento di un quadro clinico in alcuni disturbi come la schizofrenia, il disturbo bipolare, il disturbo *borderline* e i vari disturbi d'ansia. I comportamenti aggressivi aumentano in correlazione all'utilizzo di alcool e sostanze stupefacenti.

Le variabili di contesto e i fattori di rischio

I fattori di rischio che possono influenzare l'insorgenza di comportamenti aggressivi dipendono fortemente dal contesto esterno, sia nel caso in cui la persona si trovi all'interno di un centro di accoglienza o di un servizio territoriale, e, a titolo esemplificativo, sono:

- » Le linee di condotta degli operatori.
- » Il mancato coinvolgimento della persona nella conduzione del proprio progetto (di accoglienza, integrazione ecc.).
- » La mancanza di privacy e la convivenza forzata con altre persone.
- » La forzata adesione alle regole del centro e la costrizione della libertà personale.
- » La sospensione della propria posizione giuridica.
- » La scarsa capacità di lettura del contesto.
- » L'assenza di relazioni familiari significative nel paese di accoglienza e nel contesto di accoglienza.



Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi

La conoscenza pregressa della persona può facilitare la gestione dell'incontro e gli eventuali agiti aggressivi, ad esempio quando si è a conoscenza di quadri psicopatologici diagnosticati o di temi e argomenti che possono suscitare reazioni negative nell'utente. Va inoltre tenuto conto dell'eventuale presenza di altre persone che possano "infastidire" la persona e aumentarne il nervosismo.

In assenza di adeguate informazioni sulla persona, è importante saper rilevare segni premonitori (necessari ma non sufficienti) quali: abusi verbali, postura minacciosa, minacce, attivazione emotiva, vicinanza disagiata, aumento del tono della voce, sguardo diretto negli occhi, sudorazione, mancanza dell'alternanza dei turni conversazionali.

Per prevenire l'insorgere di comportamenti aggressivi va prestata particolare importanza alla scelta degli spazi in cui incontrare la persona, ad esempio all'interno di una stanza accessibile e facilmente osservabile da altri colleghi, che offra sempre una via di fuga. Buona norma è, se si ipotizza che nel colloquio l'utente possa manifestare aggressività, far partecipare altri colleghi in modo da non rimanere soli con l'utente. Fondamentale è mantenere attivo l'ascolto della persona, anche se sta manifestando aggressività, e assumere una posizione del corpo passiva e non minacciosa (postura aperta). Anche provare a negoziare delle alternative, fornire informazioni precise e dettagliate, farsi riconoscere ricordando alla persona chi si è e utilizzare il NOI per enfatizzare la cooperazione, e mostrare sempre empatia sono indicazioni utili. Se la situazione dovesse degenerare, va immediatamente chiesto aiuto allertando i colleghi ed eventualmente le forze dell'ordine.

Cosa NON fare

- » Mostrare paura, ansia, timore.
- » Avere contatto fisico.
- » Approcciare la persona da dietro.
- » Avvicinarsi bruscamente.
- » Costringerla in uno spazio stretto.
- » Assumere atteggiamenti provocatori e di sfida.
- » Considerare come un'offesa personale l'aggressione verbale dell'altro.
- » Cercare di disarmare: in questo caso allontanarsi immediatamente.
- » Fare promesse non realizzabili solo per togliersi dalla situazione.
- » Tenere le braccia incrociate.
- » Dare enfasi alle emozioni.
- » Mostrare rabbia.

Scheda 5.3

Gli strumenti operativi

La gestione delle situazioni di aggressività avviene in modo efficace solo se il singolo operatore fa parte di un'équipe di lavoro, solida, coesa, organizzata, composta da professionisti con specifiche competenze, e con i ruoli professionali ben definiti.

Caratteristiche dell'équipe devono essere:

- » Una comune percezione delle finalità e degli obiettivi.
- » La comunicazione aperta e basata sulla fiducia e sul rispetto dei colleghi.
- » La presenza di una leadership diffusa.
- » La condivisione di procedure efficaci.
- » La valorizzazione delle differenze, personali e professionali dei vari membri.
- » La capacità di mostrare flessibilità e adattabilità alle diverse situazioni.
- » Apprendimento e formazione continui.

Per creare un'équipe solida e coesa, capace di far fronte a situazioni di crisi, vanno promossi spazi di incontro e confronto, quali:

- » La supervisione e discussione sui casi.
- » Il coordinamento delle attività lavorative.
- » La creazione e condivisione delle procedure di lavoro.
- » La programmazione degli interventi.
- » La verifica del lavoro svolto e l'analisi degli Incidenti critici.

Scheda 5.4

Riconoscere l'esistenza di violenza di genere e/o di prossimità e saperla prendere in carico

35'



Le maggiori difficoltà degli operatori di fronte agli/alle ospiti vittime di violenza riguardano la capacità di valutarne i segni, la possibilità di ridurre gli effetti e di controllare gli effetti di riflesso. In questo giocano un ruolo fondamentale il saper mettere in campo delle relazioni empatiche e anche il saper stabilire una giusta distanza.

Il trauma vicario

Indica la possibilità che un/una operatore/operatrice che lavora in contesti critici e con persone che hanno subito un trauma possa lui/lei stesso/a rivivere il trauma, a causa del contatto con la persona traumatizzata. La traumatizzazione vicaria modifica in negativo gli schemi cognitivi e le modalità di lettura del proprio lavoro e della realtà, a causa dei processi di empatia, immedesimazione e coinvolgimento emotivo con persone travolte da eventi ad altissimo impatto emotivo. I sintomi che ne scaturiscono sono diversi: depressione, stanchezza, irritabilità, sintomi psicosomatici, insonnia, ansia, affaticamento, fino ai problemi familiari.

Gli interventi per contrastare il trauma vicario sono:

Defusing: i partecipanti subito dopo un'eventuale situazione di emergenza possono riunirsi per 20-40 minuti per scambiarsi pensieri e stati d'animo legati agli eventi e ai racconti subiti/ascoltati.

Debriefing: vero e proprio intervento psicologico/clinico strutturato a cui gli operatori sono obbligati a partecipare con l'obiettivo di aiutare a comprendere e gestire emozioni intense e le strategie più efficaci per affrontare la situazione.

Terapia/sostegno psicologico individuale: all'interno di un setting clinico di tipo individuale, vengono discusse ed analizzate le variabili individuali e gli stati emotivi collegati all'essere venuti in contatto con persone traumatizzate.

Il controtrasfert

Termine coniato da Freud per designare gli affetti che insorgono nel terapeuta per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci. Negli sviluppi successivi, il *controtrasfert* inizia ad includere una serie di sentimenti, pensieri e azioni messi in campo dal terapeuta/operatore ma che sono legati alle specifiche caratteristiche di personalità e dalle modalità relazionali dell'utente. Il *controtrasfert* avviene in un continuo scambio dinamico ed è influenzato anche dalla personalità dell'operatore. Esistono diversi tipi di *controtrasfert*:

Controtrasfert concordante: indica la percezione empatica dello stato affettivo interpersonale dell'altro e fornisce informazioni sul modo in cui l'altro vive le relazioni. Esso rappresenta un'identificazione in ciò che l'altro prova o ha provato

Scheda 5.4

nel passato ed è assimilabile al concetto di "simmetria".

Controtransfert complementare: indica l'identificazione empatica con "l'oggetto" relazionale e offre informazioni su come gli altri reagiscono alle modalità relazionali abituali dell'individuo, oltre che informazioni su modelli ed eventi relazionali importanti nel presente o nel passato dell'utente.

Controtransfert culturale: rappresenta le risposte consce e inconsce all'alterità culturale e dipende dall'identità culturale dell'operatore ma anche da ciò che l'utente proietta nella relazione. Esso può rappresentare una reazione all'angoscia suscitata dall'alterità e può prendere diverse forme: negazione delle differenze, svalutazione, idealizzazione. Il *controtransfert* culturale si lega ad aspetti quali l'identità di genere, storica e sociale. La dimensione culturale non deve oscurare la componente sociale della sofferenza, concetto di "*controtransfert* sociale" dovuto al differente status socioeconomico di operatori e utenti.

Reazioni *controtransferali* con vittime di violenza

Le reazioni *controtransferali* nella relazione con vittime di violenza possono essere di vario tipo, ma tendono ad essere di elevata intensità e a diventare faticose e logoranti se non adeguatamente accolte. Le storie con cui l'operatore/operatrice entra in contatto presentano un'abbondanza di elementi emotivamente perturbanti e i traumi subiti dall'utente portano all'utilizzo di difese dissociative che provocano reazioni *controtransferali* specifiche. L'operatore/operatrice si interfaccia con forti livelli di sofferenza. Abbiamo diversi tipi di reazioni *controtransferali*:

Reazioni concordanti: caratterizzate da malessere, tristezza, senso di impotenza, paura per l'utente, ansia, rabbia verso "il sistema".

Reazioni complementari: caratterizzate da fastidio, evitamento, rabbia verso l'utente, non riconoscimento della sofferenza, comportamenti passivo-aggressivi come le dimenticanze, desiderio di "salvare" l'utente, paura dell'utente.

La paura

Può rappresentare una reazione concordante ad un sentimento vissuto dalla vittima di violenza o un aspetto di *controtransfert* culturale o sociale. Si riferisce anche alla percezione di componenti aggressive consce, inconsce o dissociate presenti nell'utente e rappresentare una reazione complementare. È fondamentale accogliere e valorizzare eventuali vissuti di paura da parte degli operatori come fattore protettivo da possibili aggressioni. Quando anche la paura rappresentasse un elemento *controtransferale*, si tratta di un affetto che è necessario metabolizzare in *équipe* per poter proseguire il lavoro con l'utente.

Il senso di impotenza (helplessness)

Si tratta di una delle reazioni emotive più comuni nel lavoro con i migranti e le vittime di violenza, e può essere una reazione concordante con il vissuto e l'esperienza dell'utente. Il senso di helplessness può dipendere da meccanismi organizzativi non virtuosi, dalla percezione di un contesto allargato non facilitante, dalla percezione di squilibri nei rapporti di potere tra i livelli. È una causa frequente di abbandono da parte degli operatori.



Conclusione e considerazioni condivise

10'



Break

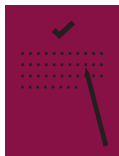
15'



1,45h Workshop

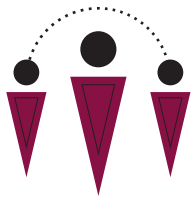
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

Consegna del lavoro 15'



Il docente e co-docente leggono e illustrano il caso scelto (solitamente reale) alla classe. Invitano i partecipanti a suddividersi in gruppi di 4-6 persone e distribuiscono copia scritta del caso illustrato (almeno una copia per gruppo).

Lavoro di gruppo 40'

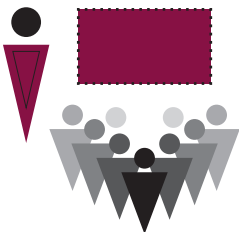


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

1. risorse e punti di forza della persona riferita nel caso, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
2. fragilità e punti di debolezza della persona, del suo contesto di provenienza e della sua situazione contingente;
3. la gestione del caso da parte dei servizi (centri d'accoglienza, servizi sanitari, sociali e altri), le criticità, le buone pratiche, come avrebbero potuto/dovuto agire per una maggiore efficacia dell'intervento.

Il gruppo lavora per 30-40 minuti.

Esposizione lavoro 40'



Al termine del lavoro, il portavoce di ogni gruppo viene invitato a riferire in plenaria la discussione avvenuta nel gruppo e i risultati emersi. Questo è uno dei momenti più importanti della giornata formativa poiché ogni gruppo – e ogni singolo partecipante – ha la possibilità di interagire con gli altri, in uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze.

Conclusioni 10'



Il workshop si conclude con un breve intervento del docente e del co-docente per sintetizzare le analisi dei gruppi, sottolineare gli aspetti più salienti ed eventualmente aggiungere informazioni richieste dai partecipanti e/o aspetti non emersi ma ritenuti rilevanti.

Il Caso di Mamadou

Mamadou è un operatore di un Centro di Accoglienza Straordinaria (CAS) da 1 anno, è senegalese ed è in Italia da più di 10 anni, lavora anche come mediatore linguistico culturale quando serve.

Il suo CAS ospita 25 ragazzi, di cui 3 senegalesi come lui. Proprio per questo motivo quando si tratta di gestire certe questioni, soprattutto alcune tensioni, i colleghi chiedono a M. di occuparsene.

Anche quando si tratta di tradurre in lingua, di fare i colloqui con lo psicologo e di accompagnare nei servizi, soprattutto medici, viene chiesto a M. di andare, così gli ospiti posso essere facilitati, oltre a facilitare gli operatori che, in questo modo, non devono chiamare il mediatore apposta.

In un primo momento questo ruolo viene preso da Mamadou come un riconoscimento importante, dà valore alle sue diverse competenze, ma col tempo diventa molto pesante, viene sovraccaricato di richieste e di aspettative.

Il tutto arriva a un punto di rottura quando M. viene accusato da uno degli ospiti dopo che la commissione gli dà il diniego, questo ragazzo accusa M. di non aver tradotto bene durante i colloqui, lo accusa di non averlo aiutato abbastanza e lo mette in cattiva luce con gli altri ospiti che da quel momento si comportano diversamente con lui.

Anche da parte dell'equipe del CAS questa situazione non viene gestita al meglio e Mamadou, non riuscendo a sostenere le tensioni, vuole dimettersi.

Domande:

- » Che *controtransfert* hanno gli operatori in questione?
- » Quali sono le criticità?
- » Quali risorse potrebbero essere messe in campo?





Sezione 2

Buone pratiche per l'accoglienza

Individuare, prevenire, curare

di *Lia LOMBARDI*

introduzione

Questa sezione è dedicata alle "buone pratiche di accoglienza" e si basa su tre criteri: *individuare, prevenire, curare*. La seconda sezione, come la prima, segue un percorso a schede che riguarda:

1. I sistemi di accoglienza in Italia, Francia e Spagna e di alcune realtà locali.
2. Le buone pratiche di accoglienza e cura delle persone migranti vittime di violenza e il lavoro di rete (governance, protocolli, azioni).
3. Le criticità e le prospettive del sistema.
4. Riflessione su resistenza e resilienza attraverso lo studio dei casi.

Scheda 1

Sistemi di accoglienza



Il sistema di accoglienza italiano

La revisione dei servizi di accoglienza (D.L. 113 del 2018) ristruttura complessivamente il sistema: la nuova normativa (articolo 12) prevede che i servizi di accoglienza integrata sul territorio (c.d. seconda accoglienza), predisposti dagli enti locali nelle strutture del sistema SPRAR (rinominato SIPROIMI) sia riservato esclusivamente ai titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati e non anche, come in precedenza, ai richiedenti asilo. La prima fase, antecedente alla accoglienza vera e propria, consiste nel soccorso e prima assistenza, nonché nelle operazioni di identificazione dei migranti, soprattutto nei luoghi di sbarco (CPA, CPSA, HotSpot). L'accoglienza vera e propria si articola a sua volta in due fasi: la fase di prima accoglienza per il completamento delle operazioni di identificazione del richiedente e per la presentazione della domanda di asilo (CDA, CARA) e una fase di seconda accoglienza e d'integrazione assicurata a livello territoriale dagli enti locali nelle strutture del Sistema SPRAR. In caso di esaurimento dei posti nei centri governativi i migranti possono essere ospitati in strutture temporanee denominate CAS (Centri di accoglienza straordinaria).

Per quanto riguarda la violenza di genere e di prossimità, nella maggioranza dei casi le donne *single* e le donne con bambini vivono in appartamenti o in piccoli centri dove non ci sono uomini; le famiglie sono abitualmente ospitate in appartamenti o in centri in cui è garantita la loro privacy.

Un altro aspetto della situazione italiana è rappresentato dalla Legge n. 119 del 15 ottobre 2013 che stabilisce alcune regole in materia di immigrazione, sicurezza e lotta alla violenza di genere. L'articolo n. 18bis della legge stabilisce che se la polizia o i magistrati verificano che un immigrato (donna o uomo) è vittima di violenza domestica o da partner intimo (VPI) perpetrata sul territorio italiano, il commissario può rilasciare un permesso di soggiorno speciale, per consentire alla vittima di sfuggire alla violenza. L'Articolo 8 del decreto legislativo n. 24 del 4 marzo 2014 ha esteso il tipo di protezione sopra descritto alle vittime di tratta di esseri umani e di riduzione in schiavitù.

Il Sistema di accoglienza del comune di Milano

Milano è l'unico comune d'Italia che gestisce un numero di CAS, di solito gestiti dalle Prefetture. Attualmente, le strutture CAS sono nove e da gennaio a settembre 2018 ospitavano 1.404 pari al 7% del numero totale di migranti sbarcati in Italia. La percentuale di donne è del 21,6% e il soggiorno medio degli ospiti varia da cinque a nove mesi. Le strutture SPRAR del comune comprendono otto centri di accoglienza (347 posti) e poco più di sette appartamenti (75 posti). La percentuale di donne tra

gli utenti è di circa il 21,8% (soprattutto donne somale), mentre quella dei minori è del 16,1%. Gli utenti con un soggiorno medio di almeno un anno sono pari al 24,2%.

Il Sistema francese di asilo e protezione

Negli ultimi anni, la Francia ha registrato un aumento delle domande di asilo, che ha messo il sistema sotto pressione. Nel complesso, l'approccio alla gestione della violenza e della vulnerabilità di genere rimane piuttosto frammentato. In Francia, le domande di asilo sono soggette a regolamenti conformi al CESEDA (Codice di ingresso e soggiorno per stranieri e per concessione di asilo). Ai sensi dell'articolo L.71-11 del CESEDA, esistono tre tipi di status di rifugiato:



- » **Asilo convenzionale:** concesso, in conformità con la Convenzione di Ginevra del 1951, alle persone che chiedono asilo per motivi di persecuzione o paura di persecuzione nei loro paesi di origine.
- » **Asilo costituzionale:** questo diritto è sancito dalla costituzione francese del 1946 (linea 4 del preambolo) e afferma che l'asilo sarà concesso alle persone perseguitate a causa della loro azione a favore della libertà.
- » **Richiedenti asilo:** questo status è concesso alle persone dopo che hanno presentato domanda di asilo e durante il periodo in cui attendono la concessione dello status di rifugiato.

Le principali agenzie incaricate del sistema di asilo francese sono:

- » L'**OFPPRA**, l'ufficio francese per la protezione dei rifugiati e degli apolidi.
- » Il **CNDA**, il tribunale nazionale per il diritto di asilo.
- » L'**OFII** si occupa in particolare del DNA e di trovare e fornire alloggio e supporto materiale ai richiedenti asilo. Il "DNA" è il sistema nazionale francese di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo ed è gestito dall'OFII - Ufficio francese per l'immigrazione e l'integrazione. Il sistema nazionale include una molteplicità di attori, alcuni dei quali non governativi.

Istituzioni governative per l'asilo: OFII, OFPPRA, CNDA.

Attori non governativi:

- » Operatori di rifugi: FTDA, Coallia, Samu Social, (Emmaus), Groupe SOS.
- » Principali ONG di Parigi / IDF che si occupano della ricezione e/o dell'orientamento iniziale: La Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, gestori di PADA.

Soggetti pubblici e istituzioni di diritto comune:

- » Comune di Parigi (Ville de Paris).
- » HCE (Alta Commissione nazionale per la parità tra donne e uomini).
- » AH-HP (ospedali di Parigi).
- » ASE (servizi di protezione dell'infanzia).

Scheda 1

» Organizzazioni internazionali: UNHCR, Francia.

All'arrivo in Francia, i migranti hanno 90 giorni di tempo per presentare domanda di asilo. Vengono inizialmente presi in carico dai centri CAO (centri di accoglienza e orientamento) dove vengono aiutati con le procedure amministrative.

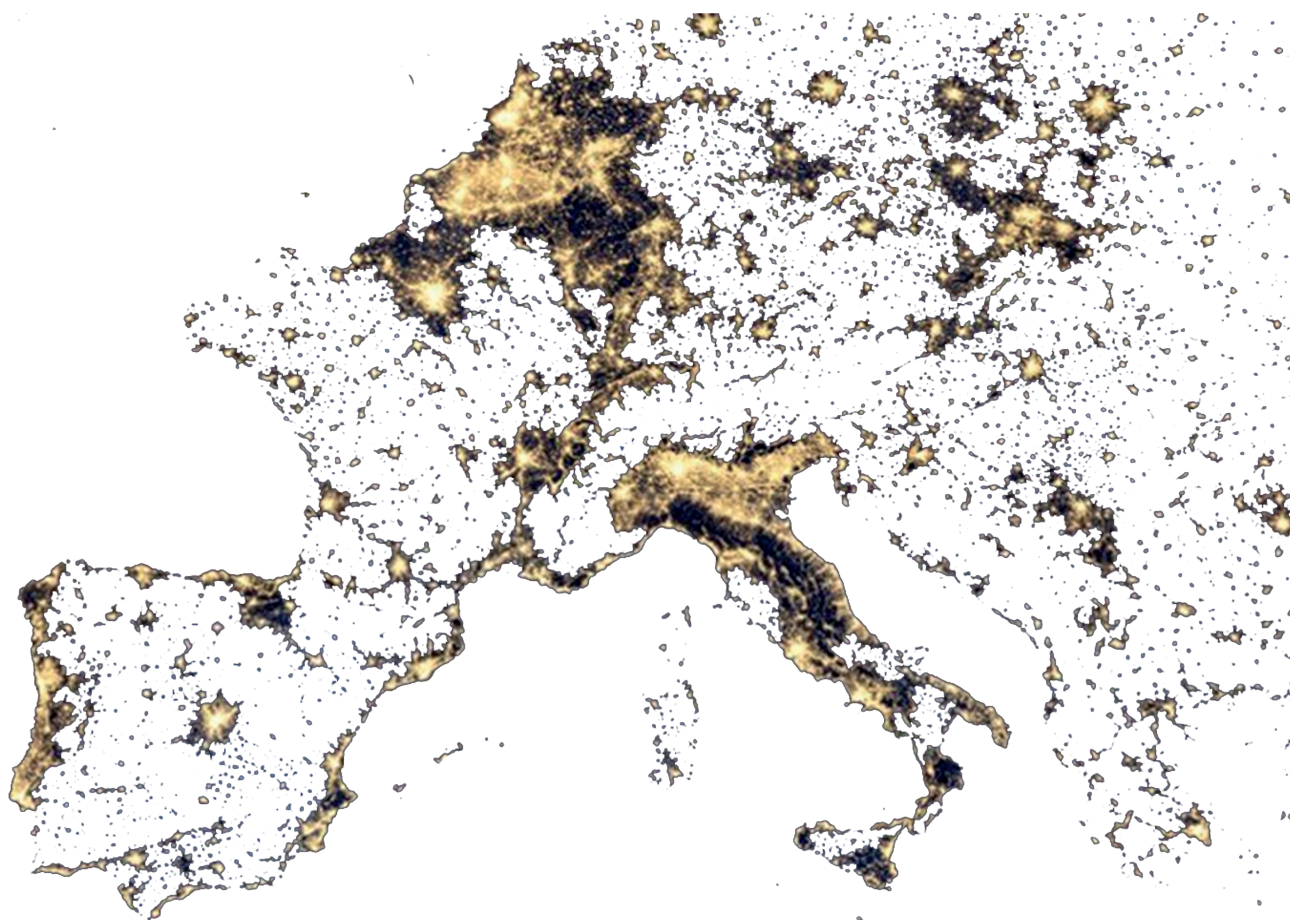
Il sistema di accoglienza spagnolo



La Spagna è diventata una delle aree più importanti in Europa per l'accoglienza di migranti e rifugiati non solo per la sua posizione geografica, ma anche per le sue recenti politiche sociali e la posizione del governo in merito all'accoglienza dei rifugiati. Il sistema di accoglienza spagnolo è organizzato in diversi centri di accoglienza per rifugiati (C.A.R. - Centro de Acogida a Refugiados). Sono istituzioni pubbliche che forniscono alloggi e assistenza psicosociale primaria, nonché altri servizi sociali che mirano a facilitare la convivenza e l'integrazione con richiedenti asilo o rifugiati in Spagna. L'attuale legge spagnola sull'asilo, approvata nel 2009, include la persecuzione per motivi di genere e per l'orientamento sessuale come motivo di asilo. I rifugiati per motivi di genere hanno lo stesso diritto di chiedere asilo e la stessa protezione delle persone in fuga da un conflitto armato, tuttavia è necessario migliorare l'accesso all'asilo per queste persone, in particolare ai valichi di frontiera e nei CIE (centri di identificazione ed espulsione), al fine di fornire loro una maggiore sicurezza (Ramirez, 2016).

In Andalusia, dal 19 dicembre 2017 ad oggi, i richiedenti asilo, gli apolidi e i rifugiati possono richiedere un reddito minimo di inserimento sociale, senza la necessità di fornire prova della registrazione per un certo periodo di tempo. Nonostante ciò, ritardi e mancati pagamenti sono la norma. Il Dipartimento di Giustizia e Interni e la Direzione generale per il coordinamento delle politiche migratorie (Consejería de Justicia e Interior y la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) gestiscono la politica di assistenza sociale per gli immigrati e popolazione rifugiata dell'Andalusia.

Un'altra organizzazione importante è l'Osservatorio andaluso della migrazione permanente (Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones), però nessuno di questi considera il concetto di "violenza di prossimità" specificamente o come categoria di analisi. Il sistema di protezione contro la violenza di genere a livello locale comprende le prefetture, la polizia locale, la guardia civile, i comuni locali e i centri sanitari.



Scheda 2

Buone pratiche di accoglienza

Politiche inclusive

Le politiche inclusive dovrebbero essere orientate verso un lavoro incentrato sull'empowerment, offrendo a ogni donna e uomo la possibilità di autodeterminazione e progettando un futuro migliore per se stessa/o. Queste politiche inclusive dovrebbero essere strettamente connesse alla lotta contro la violenza di genere e di prossimità e basarsi su una forte sinergia tra i vari attori coinvolti e su un rapporto di collaborazione attiva tra lo Stato, le Province e i Comuni.

Il rifiuto della disuguaglianza di genere dovrebbe essere una caratteristica essenziale di qualsiasi progetto finalizzato alla riforma sociale globale, fornendo un legame vincolante tra etica ed economia, tra una ricerca di benessere e libertà di scelta e un confronto tra interessi, valori e obiettivi in modo da favorire il potenziamento delle differenze e il rifiuto dei modelli proposti come indiscutibili e universali.

Buone pratiche di accoglienza in Lombardia



Il comune di Milano investe sull'integrazione senza trascurare l'esperienza dei servizi trasversali all'interno dei CAS come la formazione degli operatori, l'apprendimento della lingua italiana, l'avviamento alla conoscenza del territorio e dei servizi da parte dei migranti, l'avviamento al lavoro. Sul territorio milanese si riscontra un'azione istituzionale molto attiva e positiva da parte della municipalità.

Tra le buone pratiche presenti nell'area milanese citiamo il nuovo progetto della "Casa delle donne maltrattate". Quest'associazione ha ricevuto in donazione una grande casa che è diventata una struttura di ospitalità per donne richiedenti asilo e rifugiate vittime di violenza. Il progetto attiva un percorso di autonomia e di empowerment delle donne per la fuoriuscita dal contesto di violenza. Il comune di Milano ha recentemente inaugurato "Casa Chiaravalle", un bene confiscato alla mafia che può ospitare fino a 50 donne. Il progetto prevede accoglienza e percorsi di autonomia delle donne migranti vittime di violenza e loro collocazione nella vita e nel tessuto sociale. Così anche la cooperativa "La Strada" che lavora sull'accoglienza diffusa.

Degno di nota è il modello di accoglienza della cooperativa "Lotta contro l'emarginazione". L'associazione ospita donne vittime di tratta e violenza. Lo staff applica un modello "misto" di accoglienza, cioè utilizzano sia il centro residenziale che il modello di "accoglienza diffusa" che prevede la sistemazione in appartamenti situati in tutta l'area. All'arrivo, i migranti rimangono nella struttura centrale dove un'equipe multiprofessionale li prende in carico.

Sul territorio milanese e hinterland (Città Metropolitana) è attiva una rete di servizi intensa ed efficace. I rappresentanti di molte istituzioni e organizzazioni fanno

parte di questa rete (Patto per la città) e lavorano in sinergia con tutti i servizi. Ciò significa che quando si presentano donne o persone con particolari vulnerabilità gli operatori solitamente sanno a chi rivolgersi e come attivare la rete dei servizi: ospedali, servizio di etnopsichiatria, amministrazione locale, servizi educativi, centri antiviolenza e soccorso violenza sessuale e domestica.

Dal 2013 il Comune di Milano gestisce la "Rete Milanese vulnerabili per richiedenti e titolari di protezione internazionale" al fine di garantire servizi di protezione e assistenza e di rafforzare la rete e la sinergia tra tutti i soggetti coinvolti.

Il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica è un centro antiviolenza pubblico di eccellenza della città di Milano, che si rivolge a tutte le vittime di violenza, di qualunque sesso ed età. Attivo dal 1996 è un servizio che ha come obiettivo quello di offrire informazioni, accoglienza e assistenza sanitaria e medico-legale, sostegno psicologico e sociale per l'elaborazione del trauma connesso alla violenza subita. Il Centro si avvale di un'equipe multidisciplinare composta da ginecologi, medici legali, neuropsichiatri infantili, psichiatri, infermieri, ostetriche, assistenti sociali e psicologhe. Tutte le operatrici sono formate all'accoglienza delle persone vittime di violenza e garantiscono un percorso individualizzato.

L'Istituto europeo di psicotraumatologia lavora con il proprio personale presso i centri CAS e SPRAR, fornendo una task force di psico-traumatologi e specialisti nella gestione delle catastrofi. Il servizio fornisce:

- » Triage psico-traumatologica delle vittime.
- » Organizzazione di interventi secondo i protocolli internazionali di psicologia delle catastrofi.
- » Trattamento post-esposizione precoce per i sopravvissuti.
- » Intervento per il lutto traumatico a sostegno dei parenti delle vittime.
- » Supporto psico-traumatologico per i feriti ospedalizzati e le loro famiglie.
- » Interventi di prevenzione e salutogenesi progettati per i soccorritori.
- » Sostegno ai funzionari della comunicazione pubblica in merito alle questioni della comunicazione di emergenza e delle tecniche di prevenzione del panico.

La Comunità Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino e Riviera ha sviluppato un modello che fornisce indicatori per aiutare gli operatori dei centri a identificare elementi chiave che indicano potenziali situazioni di violenza. Un esempio significativo rispetto all'argomento riguarda «una donna immigrata vittima di violenza che è stata curata, in maniera sinergica, dal comune in cui era ospite di un centro di accoglienza, da un Centro Anti Violenza: per i primi giorni è stata trasferita in un hotel, con l'aiuto dei Carabinieri poi è stata collocata in un appartamento sicuro.

Scheda 2

Ad oggi, questa ragazza è emersa dalle sue condizioni di violenza, ha ottenuto protezione umanitaria e ha un contratto di lavoro ».

La Croce Rossa di Bresso adotta un modello basato sul lavoro di squadra multidisciplinare (psicologi, assistenti sociali, rappresentanti legali, educatori, insegnanti di italiano, mediatori, operatori). Gli ospiti dei centri sono costantemente monitorati e se ci sono casi in cui i traumi che non riescono a essere superati, la procedura prevede di contattare il centro di etno-psichiatria presso il centro psico-sociale di Cinisello Balsamo.

Buone pratiche di accoglienza in Toscana

In Toscana, i richiedenti asilo e rifugiati, in caso di evidente violenza, sono aiutati dal personale dei CAS e dagli SPRAR a consultare:

- » Servizi sanitari.
- » Centri anti-tratta.
- » Sportelli per il supporto psicologico.
- » Centri anti-violenza.
- » Avvocati e stazioni di polizia.

Nel 2016, i centri anti-violenza della Toscana hanno preso parte al progetto SAMIRA. Il progetto mira a migliorare l'identificazione e la qualità dell'assistenza messa a disposizione di donne e minori migranti, vittime di violenze sessuali e di tratta.

Il progetto SAMIRA ha implementato le seguenti attività:

- » Ricerca qualitativa sui bisogni e sui fattori di rischio delle donne e dei bambini che arrivano in Italia attraverso la rotta libica.
- » Un corso di formazione volto a migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori dei centri anti-violenza.
- » Lo sviluppo di un modello di buone pratiche e metodi di lavoro per l'identificazione tempestiva, l'aiuto efficace e il rinvio/orientamento delle vittime.

Negli ultimi anni è stato aperto un CAS dedicato alle donne vittime di tratta richiedenti asilo. Il CAS gestito dall'agenzia anti-tratta è composto da "operatori formati che sono in grado di lavorare a diretto contatto con donne straniere vulnerabili".

Il programma SPRINT di etno-psicologia è gestito da un team di psicologi, antropologi e mediatori culturali che sostengono richiedenti asilo e rifugiati vittime di abusi, traumatizzati o affetti da vulnerabilità mentale. I traumi sono affrontati in modo transculturale favorendo la comprensione della violenza subita dal punto di vista personale, culturale e sociale del migrante. Un'unità mobile che viaggia in tutta la regione ha realizzato questo programma in coordinamento con il sistema di sanità pubblica (dipartimenti di salute mentale) che lo supporta.

La medicina legale fornisce un importante supporto al lavoro svolto dagli operatori legali. Aiuta a verificare le lesioni fisiche riportate, comprese quelle dovute a tortura, violenza e abusi subiti dai richiedenti asilo nei loro paesi di origine o durante il viaggio verso l'Italia.

Buone pratiche di accoglienza nell'area di Parigi

Qui forniamo un elenco di pratiche su larga scala, pratiche centralizzate promosse da politiche pubbliche e pratiche individuali di base che possono essere istituite localmente.



Assistenza sanitaria

I migranti possono accedere alla copertura sanitaria statale e all'assistenza sanitaria attraverso due modalità: la CMU (Couverture Maladie Universelle - copertura sanitaria universale) è fornita ai richiedenti asilo che possono dimostrare di possedere un "récepissé" (un certificato di domanda di asilo). Se una persona guadagna meno di 648 € al mese, può beneficiare dell'assicurazione sanitaria gratuita (CMU-C) ma un prerequisito è disporre di un conto bancario che molto spesso i richiedenti asilo non hanno. L'AME (Aide médicale d'état - Assistenza medica statale) è accessibile ai migranti che non hanno uno status giuridico specifico e / o cui è stato negato l'asilo, a condizione che siano presenti sul suolo francese da almeno 3 mesi.

Inoltre, vi sono i centri di accoglienza sanitaria chiamati PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), situati all'interno degli ospedali pubblici di Parigi e aperti a tutti coloro che sono in condizione di vulnerabilità, isolamento e/o grave difficoltà economica.

Alloggio

La mancanza di alloggi adeguati è una delle principali questioni da affrontare quando si affrontano le violenze di genere subite dai rifugiati. Attualmente, solo un CADA in Francia è un centro per sole donne: fornisce supporto a donne singole, la maggior parte delle quali soffre di traumi derivanti da violenze passate o in corso. In caso di LGBT, non esiste un sistema abitativo dedicato per loro ad eccezione di Parigi dove Ardhis (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour) ha iniziato ad occupare appartamenti in aree di social housing e a convertirli in "case-appartamenti" per rifugiati LGBT⁺.

Un unico sportello per far fronte alla violenza di genere

Negli ultimi anni sono stati sviluppati strumenti nazionali per favorire una più efficiente condivisione delle informazioni tra le organizzazioni, il pubblico in generale e le vittime: un sito web ufficiale del governo (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) fornisce informazioni generali sulla violenza di genere e le sue varie forme; il centro Hubertine Auclert copre la grande regione di Parigi, elenca le ONG e le loro aree di competenza e di azione e fornisce mappe dei rifugi per le donne, orari di apertura di help-desk e gruppi di supporto.

Il CADA gestito da Coallia, nel nord di Parigi, attua una politica delle risorse umane sensibile al genere. Inoltre, il direttore organizza riunioni periodiche di gruppo per l'intero team in cui tutti possono discutere dei casi su cui stanno lavorando, fornire e ottenere feedback.

Scheda 2



Buone Pratiche di accoglienza in Andalusia

Il documento "Asilo e protezione internazionale. La situazione dei rifugiati" (2015) assume una posizione in materia di tratta di esseri umani, mutilazioni genitali femminili o matrimoni forzati, ecc., e spiega anche alcune buone pratiche in grado di garantire un adeguato sviluppo dei servizi di accoglienza. Questo documento sottolinea che:

- a. Durante la fase precedente al colloquio è importante individuare le persone che devono essere sollecitate a richiedere protezione internazionale.
- b. Durante la preparazione della domanda formale è essenziale spiegare la procedura al rifugiato in un linguaggio semplice e chiaro.
- c. Quando si redige il fascicolo è necessario contattare l'istruttore del caso, nonché ACNUR e approfondire la violenza subita nel paese di origine.
- d. Durante la fase istruttoria del fascicolo è necessario trasmettere i punti base della risoluzione e indicare quali sono stati utilizzati per prendere una decisione; richiedere misure preventive e fornire le relazioni richieste.

L'ospedale Alto Guadalquivir di Andújar si trova nella provincia di Jaén. Il suo programma si basa su quello dell'Organizzazione mondiale della sanità (1996) riguardante la violenza di genere come un problema di salute pubblica. Questa Commissione è stata promossa dal personale infermieristico dell'Ospedale ed è stata estesa ad altri professionisti come assistenti sociali, personale delle forze di sicurezza, professionisti dell'amministrazione locale ed esperti dell'Istituto femminile. A *Granada* è stato introdotto un "Protocollo di emergenza per l'accoglienza dei migranti" (PECOL, 2018). Questo programma è stato promosso dall'amministrazione locale, in collaborazione con istituzioni pubbliche e private (46 organizzazioni) e mira all'accoglienza positiva di immigrati e rifugiati che arrivano a Granada. Una volta che il programma "Sea Rescue" trova una "patera" e salva le persone a bordo, le conducono a terra. Il porto di Granada, Motril, è la principale destinazione di queste barche. In coordinamento con la Croce Rossa, vengono allertate le squadre di pronto intervento al fine di organizzare l'assistenza umanitaria da fornire. Il personale specifico che assiste le donne e rileva segni di violenza, informa la polizia nazionale e le donne vengono trasferite nei centri di accoglienza per donne. Tuttavia, le interviste in questione sono condotte principalmente da agenti di polizia di sesso maschile, il che rende difficile per le donne avere accesso alle informazioni o trovare abbastanza coraggio e stabilire un rapporto di fiducia tale da consentire loro di parlare delle persecuzioni subite, qualcosa di estremamente difficile anche quando l'intervista è condotta da una donna (CEAR, 2017).

Scheda 3

Criticità e prospettive

- » Uno degli aspetti principali da migliorare è la formazione specialistica sulla presa in carico di migranti vittime di violenza di prossimità.
- » La presa in carico dei migranti vittime di violenza potrebbe migliorare se gli operatori che si occupano di migrazione e di violenza di prossimità/genere avessero una conoscenza di base più adeguata poiché, spesso, nel loro corso di studi, questi problemi vengono affrontati solo marginalmente.
- » Oltre alla formazione, l'efficacia della rete dovrebbe essere migliorata includendo professionisti in grado di mediare culturalmente, specialmente negli ospedali e nelle stazioni di polizia.
- » Purtroppo, nel settore medico/sanitario in generale, la qualità della formazione nelle specifiche competenze professionali richieste per fornire assistenza ai migranti è ancora limitata.
- » Un'altra criticità è la scarsa collaborazione tra istituzioni, centri di accoglienza per migranti, servizi sociali e sanitari.
- » Si riscontra anche una difficoltà di emersione della violenza subita dai richiedenti asilo e rifugiati (donne, uomini e minori). È quindi necessario avviare percorsi di consapevolezza sia per le vittime sia per gli operatori.
- » Le difficoltà amministrative e legali incontrate quando si cerca di accedere alla protezione dell'asilo sono importanti: condizioni abitative, ritardi amministrativi, incertezza riguardo alle domande di asilo e al loro futuro in Europa sono fattori che aggravano ulteriormente la situazione dei rifugiati che hanno già subito traumi.
- » La violenza passata e presente, così come la violenza vicaria (vittimizzazione secondaria) inflitta dal sistema stesso possono favorire l'isolamento, il ritiro o la perdita di fiducia in se stessi (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). Questa "vittimizzazione secondaria" è dovuta alla mancanza di supporto sistemico da parte delle istituzioni e/o alla mancanza di conoscenza del problema da parte dei professionisti (Bautista Cosa, 2018).
- » Lo psico-trauma può anche essere amplificato dalle modalità di ricezione (o dall'assenza di accoglienza e cure all'interno del sistema): condizioni di accoglienza difficili possono aggravare i disturbi post-traumatici da stress e depressione. Il COMEDE (Comité pour la santé des exilés) stima che il 27% dei pazienti trattati tra il 2012 e il 2017 abbia intrattenuto pensieri suicidi durante la terapia.
- » Il COMEDE stima che il periodo medio di miglioramento psicologico può richiedere fino a 15 mesi a seconda del genere e dell'origine del paziente, ma quando il periodo legale per la presentazione di una domanda di asilo è di 90 giorni e 15 giorni per un appello, questo potrebbe avere conseguenze devastanti sulla salute e sulla vita di queste persone.

Il caso

Resistenza e resilienza

La violenza è certamente un fatto strutturale, ma si tratta anche di condividere i contesti e le dinamiche della violenza con le donne migranti e gli operatori. Si tratta, almeno, di offrire alle donne e alle vittime della violenza l'opportunità di comprendere le dinamiche e le forme di violenza e la possibilità di scegliere se sottoporsi o meno a un processo di trattamento. Una domanda posta da una psichiatra intervistata durante la ricerca PROVIDE, riguarda la possibilità e la capacità delle donne migranti di reagire e liberarsi dal circolo della violenza (Lombardi 2019a):

Quindi, mi chiedo: come posso imporre un percorso di autonomia a una persona che è stata schiavizzata per molto tempo? Propongo un percorso di autonomia che non è in grado di affrontare. Forse tra dieci anni vedremo dei risultati; forse non riprodurrà le stesse dinamiche della violenza subita con le sue figlie. Tuttavia, cosa ci aspettiamo di raggiungere tra sei mesi? Quindi, gli operatori sono sorpresi quando una donna, dopo un lungo processo di cura, dopo essere finalmente riuscita a ottenere lo status di rifugiato, non fa nulla per trarre vantaggio da questi benefici. Il fatto è che questa donna è stata schiavizzata dall'età di cinque anni! (PFG n. 4, psichiatra, donna).

La violenza è un fenomeno sociale, un processo che passa dalla conoscenza alla competenza culturale, "quindi dobbiamo dotarci del rispetto della differenza". Esistono forme di violenza che non possono essere curate e tuttavia le donne cercano ancora di vivere una vita "normale": lavorano, hanno figli. Una psicologa racconta la storia di una donna, abusata da suo padre dall'età di quattro anni, fuggita durante la sua adolescenza e arrivata in Italia. Quindi, quando rimase incinta, i servizi sociali la prendono in carico.

Ora suo figlio ha otto anni e i servizi sociali non hanno mai iniziato a fornirle il sostegno genitoriale. Le donne come questa sono spesso sole, non hanno una rete di genitori, nessuna persona che agisce come referente, quindi è importante attivare un servizio di supporto genitoriale. Le donne ne hanno bisogno in quanto richiedono un empowerment economico. Vogliono lavorare. Casa e lavoro sono i principali passi verso l'autonomia (PFG n. 5, psicologa, donna).

Le donne migranti mostrano di avere una forte capacità di resistenza e di resilienza; incontrano modelli di cura e pratiche europee e imparano ad usarle a proprio favore. "Quindi, forse dovremmo cercare punti di contatto più che differenze. Se lavoriamo in questa direzione, non proporremo modelli riconducibili a un obiettivo ma a pratiche comuni sfaccettate" (PFG n. 4, psichiatra, donna). (Lombardi, 2019a).

Appendice

Laws and act

- » *Refugee Convention Ginevra - 28 July 1951.*
- » *Schengen Agreement on the gradual abolition of checks at their common borders- 14 June 1985.*
- » *Trattato di Amsterdam, amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts - 2 October 1997.*
- » *Tampere European Council on the establishment of an Area of Freedom, Security and Justice– 15/16 October 1999.*
- » *Charter of the Fundamental Rights of the European Union - 7 December 2000, adopted on 12 December 2007.*
- » *Regulation (EC) No 562/2006 of the European Parliament and of the Council of- 15 March 2006.*
- » *Regulation (EU) 2016/399 of the European Parliament and of the Council - 9 March 2016.*
- » *Dublin Convention – 15 June 1990.*

European Directives

Reception Conditions Directives:

- » *Directive 2003/9/CE laying down minimum standards for the reception of asylum seekers.*
- » *Directive 2013/33/UE laying down standards for the reception of applicants for international protection.*

Qualification Directives:

- » *Directive 2004/83/ECof on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content ofthe protection granted.*
- » *Directive 2011/95/UE on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted.*

Asylum Procedures Directives:

- » *Directive 2005/85/CE on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status.*
- » *Directive 2013/32/UE on common procedures for granting and withdrawing international protection.*

Bibliografia e sitografia

- AAV (2017), *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici*, UTET, Torino.
- Albasi C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Allen, J. R. (2006), "Oklahoma City ten years later", in *Transactional Analysis Journal*, 36 (2), pp.120-133.
- Allen, J. R., Bennet, S., & Kearns, L. (2004), "Psychological mindedness: A neglected developmental line in permission to think", in *Transactional Analysis Journal*, 34 (1), pp. 3-9.
- American Psychiatric Association (2007), DSM IV - TR - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Edra, Milano.
- American Psychiatric Association (2014), DSM 5 - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010), "The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services", in *Journal of Traumatic Stress*, 23, pp. 615-622.
- Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di) (2014) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Bologna.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013), "Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study", in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, pp. 169-175.
- Barois C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris.
- Bartholini I., (2012), *La violenza «orrorista» del suicidio. Tre storie spezzate*, Di Girolamo, Trapani.
- Bartholini I., (2013), *Violenza di prossimità*, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019a), (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019b), (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation, Open Sociology*, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Basoglu M. (2017), *Torture and its definition in international law. An interdisciplinary approach*, Oxford University Press, Oxford.
- Bateson G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1979), *Mente e natura, un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Bautista Cosa O. (2018), *Les violences faites aux femmes demandeuses d'asile et réfugiées*, «Cahiers du social France Terre d'Asile», 40, retrieved from <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/violences-aegard-femmes-demandeuses-asile-et-refugiees-en-france.pdf>.
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (2009), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli.
- Blangiardo G. (2018), *Gli aspetti statistici, Ventiquattresimo rapporto sulle migrazioni*, Fondazione ISMU. FrancoAngeli, Milano.
- Buhman C., Mortensen E.L., Lundstrom S., Ryberg J., Nordentoft M., Ekstrom M. (2014), "Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at Psychiatric Trauma Clinic in Copenhagen", in *Torture*, 24(1), pp. 25-39.
- Burksaityte G., Pestre G., (2018), "Praxis inventives et subjectivantes dans les camps d'exilés", in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 25, pp. 43-60.
- Butler J., Z. Gambetti, L. Sabsay (eds.) (2016), *Vulnerability in resistance*, Duke University Press, London.
- Carroppo E. (2007), *Salute mentale, migrazione e pluralismo culturale*, AlpesItalia, Roma.
- CEAR (2018), Informe 2018. *Las personas refugiadas en España y en Europa*, CEAR, Madrid, retrieved from <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>.
- Centre Primo Levi, Médecins du Monde (2018), *La souffrance psychique des exilés – une urgence de santé publique*, retrieved from <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles>.
- Chaumon F., Ménégini V. (a cura di) (2005), *La chose traumatique*, L'Harmattan, Paris.
- Cherniss C. (1980), *La sindrome del burnout*, CST, Torino.
- CIMADE (2017), *Cartographie de la demande d'asile en 2017*, retrieved from <https://www.lacimade.org/cartographie-de-demande-dasile-2017/>
- Collins, R. (2008). *Violence: a micro-sociological theory*, Princeton: Princeton University Press
- COMEDE (2018), *Rapport d'activité et d'observation 2018*, retrieved from <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>

- Coppo P. (2014) *Etnopsichiatria: ragionare sull'alterità*, Relazione presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Genova.
- Crepet A., Rita F., Reid A., Van den Boogaard W., Deiana P., Quaranta G., Barbieri A., Bongiorno F., Di Carlo S. (2017), "Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015. A descriptive study of neglected invisible wounds", in *Conflict and Health*, (2017), pp. 1-11.
- Crenshaw K. (1991), *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*, «Stanford Law Review», 43(6), pp. 1241- 1299.
- Dahoun Z. (1998), *L'entre deux : une métaphore pour penser la différence culturelle*, Paris, Dunod.
- Dayan M. (1995), *Trauma et devenir psychique*, PUF, Paris.
- Declich F. (2017), "Violenza di genere e conflitti: considerazioni antropologiche", in *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 1, pp. 135-156.
- Del Guercio A. (2018), "Persecuzione e violenza di genere. Quando sono le donne a chiedere asilo", in *Rassegna di Diritto Pubblico Europeo*, XVII, 1, pp. 151-186.
- DeMicco V. (2017), *Migrare: sopravvivere al disumano*, in Rivista di Psicoanalisi n.4/2017.
- Devereux G. (1970), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
- Devereux G. (2014), *Etnopsicanalisi complementarista*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Cesare D. (2016), *Tortura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Douville O., (1990), "D'une position traumatique de l'étranger", in *Cahiers Intersignes «Entre psychanalyse et Islam»*, 1, pp. 91-103.
- Douville O., Galap J., (1999), "Santé mentale des migrants et réfugiés de France", in *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier, Paris.
- Edwards A.(1987), "Male Violence in Feminist Theory: an Analysis of the Changing Conceptions of Sex/Gender Violence and Male Dominance.", in Hanmer J., Maynard M. (eds.), *Women, Violence and Social Control. Explorations in Sociology*, pp. 13-29, Macmillan, London.
- ELGE (European Institute for Gender Equality), (2014), Estimating the costs of gender-based violence in *the European Union*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EWL, *Time for EU action to implement gender-sensitive humanitarian response, say women's organisations*, European Women's Lobby Press Release, Brussels, 2 June 2016. (<http://www.womenlobby.org/Time-for-EU-action-to-implement-gender-sensitive-humanitarian-response-say?lang=en>)
- Fanon F. (2015), *Pelle nera, maschere bianche*, Edizioni ETS, Pisa.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- Ferenczi S., (1932), *"Confusion des langues les adultes et l'enfant"*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Ferenczi S., (1934), *"Réflexions sur le traumatisme"*, in Œuvres complètes, Tome IV, Payot et Rivages, Paris.
- FRA – Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (2014), *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea* http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_it.pdf
- FRA- European Union Agency for Fundamental Rights (2018), *Migration to the EU: five persistent challenges*, February 2018.
- Frankl, V. (1959), *Man's searching for meaning*, Washington Square Press, New York.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, 2006, Utet
- Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., Watts C. (2006), *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*, «Lancet», 368, retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69523-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69523-8/fulltext).
- Goffman E. (1976), *Gender Advertisements*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hassoun J. (1994), *Les contrebandiers de la mémoire*, Erès, Toulouse.
- Huguet M. (1997), "Exil intérieur et ennui", in *Psychologie Clinique*, Nouvelle Série, 4, pp. 11-23.
- Kristeva J. (1988), *Etrangers à nous-mêmes*. Fayard, Paris.
- INMP, *Paziente multietnico*, April 2016. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/pazientemultietnico-0>.
- ISTAT, (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, ISTAT, Presidenza Consiglio dei Ministri, Dip. P. O., Roma.
- Leblanc G. (2010), *Dedans-dehors, La condition d'étranger*, Seuil, Coll., La couleur des idées, Paris.
- Lhuillier D., Pestre E., (a cura di) (2018), "Migrants, réfugiés, exilés, créativité et accompagnements", in *Nouvelle revue de Psychosociologie*, 1 (N° 25).
- Lombardi L. (2019a), "Proximity violence against women refugees and migrants. Experiences and good practices in the Milan area", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.

Bibliografia e sitografia

- Lombardi L. (2019b), "L'implementazione metodologica del Training PROVIDE", in Bartholini I., (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation, Open Sociology*, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Lombardi L. (2016a), *Discriminazioni professionali e di genere in Libano: uno studio esplorativo*, in Bartholini I. (a cura di), *Radicalismi, discriminazioni e narrazioni di genere nel Mediterraneo*, FrancoAngeli, Milano, pp. 129-144.
- Lombardi L. (2016b), *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2/2016, pp. 211-234.
- Lombardi L. (2017), *Violence Against Refugee and Migrant Women. The Reproduction of Gender Discrimination and Inequality*, Paper Fondazione ISMU, Milano. <http://www.ismu.org/2017/05/violence-against-refugee-and-migrant-women/>
- Losi N. (2015), *Guarire la guerra. Storie che curano le ferite dell'anima. Esperienze di uno psicoterapeuta*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Mantovani G. (1998), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.
- Massa R. (1997), *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari
- Mazzara B. M. (2004), *Prospettive di psicologia culturale*, Carocci, Roma
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sociali e altre professioni d'aiuto*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2008), "Trauma and migration: a transnational analytic approach towards refugees and torture victims", in *Transnational Analysis Journal*, 38 (4), pp. 285-302.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D.M., Brooks R. (2006), "A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas", in *Medical Journal of Australia*, 185, pp. 357-361.
- Moro M.R., De La Noe Q., Mouchenik Y., Baubet T. (2004), *Manuale di psichiatria transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Nathan T. (1996), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1996), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nosè M., Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Cucchi F., Padoan C., Ruggeri M., Barbui C. (2018), "Prevalence and correlates of psychological distress and psychiatric disorders in asylum seekers and refugees resettled in an Italian catchment area", in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), pp. 263-270.
- O'Conghaile A., DeLisi, E. (2015), "Distinguishing schizophrenia from post traumatic stress disorder with psychosis" in *Current Opinion in Psychiatry*, 2015 May; 28(3), pp. 249-255.
- Papadopoulos, R. K. (2007), "Refugees, trauma and adversity-activated development", in *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9 (3), pp. 301-312.
- PDM Task Force (2006), PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pestre E. (2010), *La vie psychique des réfugiés*, Payot et Rivages, Paris.
- Pestre E. (2015) "L'expatriation du sujet. Entre nostalgie de la langue des origines et quête de l'étranger", in *Figures de la psychanalyse, La psychanalyse et les mondes contemporains*, 30, pp. 215-219.
- Pestre E., Benslama F. (2011), "Traduction et traumatisme", in *Recherches en Psychanalyse* Revues, 1, pp. 18-28.
- Petta A.M., (2019), *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Associazione Crossing Dialogues, Roma.
- Pinelli B. (2017), "Salvare le rifugiate: gerarchie di razza e di genere nel controllo umanitario delle sfere d'intimità", in Mattalucci C. (a cura di) *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 155-186.
- Pinelli, B. (2013), "Silenzio dello stato, voce delle donne. Abbandono e sofferenza nell'asilo politico e nella sua assenza", in *Antropologia*, anno XII n.15, pp. 85-108.
- Razack S., Smith M., Thobani S. (2011), *States of Race: Critical Race Feminism for the 21st Century*, Between the lines, Toronto.
- Rigo E. (2016), "Donne attraverso il Mediterraneo. Una prospettiva di genere sulla protezione internazionale", in *Notizie di Politeia*, XXXII, 124, pp. 82-94.
- Risso M. (1982), *A mezza parete: emigrazione, nostalgia e malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- Romito P. (2000), *La violenza di genere su donne e minori*, FrancoAngeli, Milano.
- Santinello M., Furlotti R., (1992), *Servizi territoriali e rischio di burnout*, Giuffrè, Milano.
- Save the Children (2015), *Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento*, Save the Children, Roma.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina,

- Milano.
- Sironi F. (2001), *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano.
- Sironi F. (2010), *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano.
- Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay KW. (2011), "Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies", in *Social Science and Medicine*, 72, pp. 1149-1156.
- Tarricone I., Boydell J., Kokona A., Triolo F., Gamberini L., Sutti E., Marchetta M., Menchetti M., Di Forti M., Murray R.M., Morgan C., Berardi D. (2016), "Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study", in *Schizophrenia Research*, 173, pp. 90-93.
- Tarsitani L., Pasquini M., Maraone A., Zerella M.P., Berardelli I., Giordani R., Polselli G.M., Biondi M., (2013), "Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study", in *International Journal of Social Psychiatry*, 59, pp. 613-618.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996), "The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma", in *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), pp. 455-472.
- Tran Thanh J. (2019), "The system of asylum and protection for refugees victims of proximity violence in the Paris region", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.
- UNHCR-UNFPA-WRC (2016), *Report warns refugee women on the move in Europe are at risk of sexual and gender-based violence*. <http://www.unhcr.org/news/press/2016/1/569f99ae60/report-warns-refugee-women-move-europe-risk-sexual-gender-based-violence.html>
- Zanfrini L. (2016), *Introduzione alla Sociologia delle Migrazioni*, Laterza, Bari.
- Zani B., Cicognani E., (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.

Online sources

PTM Framework

<http://www.sportellotiascolto.it/potere-power-threat-meaning-framework-disuguaglianze>

Ministry of Health brochure (2nd edition)

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf

Videos

<https://www.youtube.com/watch?v=BJ0LzjWUgaw>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2015/06/08/migranti-i-racconti-dei-viaggi-estenuanti-meglio-morire-una-sola-volta-che-tutti-i-giorni/1753207/>

<https://www.youtube.com/watch?v=w9Yp9hDeOik>

https://www.youtube.com/watch?v=XxxN_y2lwbA

Ringraziamenti

We thank all the trainers and co-trainers who took part in implementing the training course for "Experts in proximity violence" of the PROVIDE project, and in particular:

*Massimiliano Aragona
Olga Bautista Cosa
Ignazia Bartholini
Zahia Bounab
Enrico Broglia
Vincenzo Bruno
Marcella Cavallo
Elena Conti
Matteo Contini
Maria Curia
Amaka Nwokorie
Francesca Declich
Alexandra Duthe*

*Chiara Dragoni
Issa El-Hamad
Xavier Emanuelli
Rita E. Fioravanzo
Barbara Grijuela
Alberto Guariso
Chiara Iacono
Flora Ike
Maria Nella Lippi
Alessio Lombardi
Lia Lombardi
Marco Mazzetti
Noris Morandi*

*Barbara Pinelli
Aurelie Potier
Heloise Pousse
Roberto Ranieri
Sonja Riva
Marco Sasson
Francesca Simonini
Karina Scorzelli
Ilaria Sommaruga
Massimo Somonini
Giulia Vicini
Massimiliano Vivenzio
Paola Zanotti*

We thank Giulia Vicini and Marco Sassoon for their willingness to make the video-lessons of modules 2 and 4 and the video-maker Simone Pizzi for the video shootings.
<https://www.ismu.org/provide-corso-di-formazione-per-esperti-di-violenza-di-prossimita-2018/>



Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente che promuove studi, ricerche, formazione e progetti sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali. ISMU collabora con istituzioni, amministrazioni, terzo settore, istituti scolastici, aziende, agenzie internazionali e centri di ricerca scientifica italiani e stranieri.

This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Vloence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020).