



PROTOCOL “PROVIDE” OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Good practices for training and for reception

ISMU GUIDE

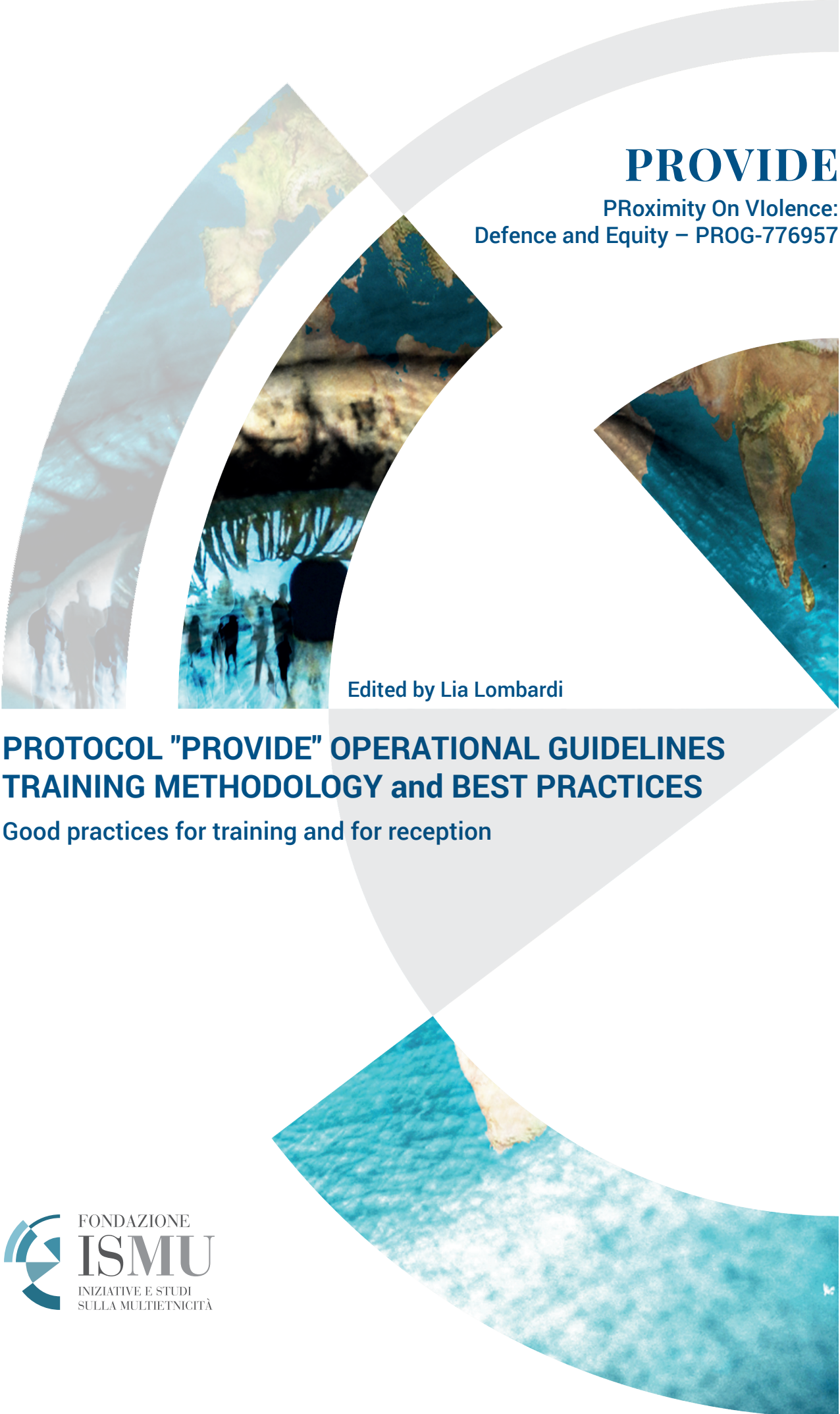
December **2019**

edited by Lia Lombardi

PROVIDE

PRoximity On Vloence:
Defence and Equity – PROG-776957





PROVIDE

PROximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

Edited by Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Good practices for training and for reception



"This guide has been realized within the project PProximity 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, Milano 2019

ISBN 9788894432466

Printed in December 2019

by Fotolito3

Partner



"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."

Index

Introduction by Lia Lombardi

6

section 1

GOOD PRACTICES FOR TRAINING

1 | Proximity violence and gender-based violence in migratory contexts

Edited by Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introduction and objectives</i>	11
<i>Information sheet 1.1</i> State of migrations and reception system: European and national context	12
<i>Information sheet 1.2</i> Gender discrimination, violence, proximity. Definitions, causes and forms of violence	14
<i>Information sheet 1.3</i> Gender-based violence, transit violence and proximity violence in the migratory routes	18
<i>Information sheet 1.4</i> The consequences of violence	23
<i>Workshop</i> Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion	28

2 | Human rights, migrants' rights in international, European and national legislation

Edited by Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introduction and objectives</i>	31
<i>Information sheet 2.1</i> International law and Community legislation	32
<i>Information sheet 2.2</i> Gender-based violence and international protection	39
<i>Information sheet 2.3</i> Human Trafficking and International Protection	41
<i>Information sheet 2.4</i> National legislation	44
<i>Information sheet 2.5</i> Information/assistance for refugees, asylum seekers and victims	45
<i>Workshop</i> Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion	46

3 | Personal care and health care

Edited by Valeria Alliata di Villafranca and Chiara Dallavalle

<i>Introduction and objectives</i>	49
<i>Information sheet 3.1</i> The right to health in the international legislative sources	50
<i>Information sheet 3.2</i> The right to health in national and local legislative sources	50
<i>Information sheet 3.3</i> Definitions and concepts of medicine, care, health/illness, fundamental need and other essential points	51
<i>Information sheet 3.4</i> The role of culture and its influence on the health of vulnerable migrants	54
<i>Information sheet 3.5</i> The health of the migrant	55
<i>Information sheet 3.6</i> Migrants and illnesses	57
<i>Information sheet 3.7</i> Psychological support for the victims of violence	59
<i>Information sheet 3.8</i> The players involved	61
<i>Workshop</i> Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion	62

4 | Violence, torture and mental distress

Edited by Chiara Dallavalle

<i>Introduction and objectives</i>	65
<i>Information sheet 4.1</i> Trauma and post-traumatic aspects	66
<i>Information sheet 4.2</i> Post-traumatic stress disorder	68
<i>Information sheet 4.3</i> Trauma in migration	70
<i>Information sheet 4.4</i> Migration and violence	72
<i>Information sheet 4.5</i> Ethno-psychiatry	74
<i>Information sheet 4.6</i> Resilience and resistance	76
<i>Information sheet 4.7</i> Differences in the experience of gender-based violence	78
<i>Workshop</i> Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion	80

5 | Stress management

Edited by Chiara Dallavalle

<i>Introduction and objectives</i>	83
<i>Information sheet 5.1</i> Receiving and listening	84
<i>Information sheet 5.2</i> How to manage fear, stress, frustration and burn-out	86
<i>Information sheet 5.3</i> The tools for managing aggressiveness	88
<i>Information sheet 5.4</i> Recognizing the existence of gender and/or proximity violence and knowing how to take charge of it	91
<i>Workshop</i> Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion	94

section 2 GOOD PRACTICES FOR RECEPTION

Identifying, preventing, caring

by Lia Lombardi

<i>Introduction</i>	97
<i>Information sheet 1</i> Systems of reception	98
<i>Information sheet 2</i> Good practices of reception	102
<i>Information sheet 3</i> Critical points and prospects	107
<i>The case</i> Resistance and resilience	109

Appendix	435
----------	-----

References and websites	436
-------------------------	-----

Acknowledgements	441
------------------	-----

introduction

Lia LOMBARDI

These operative guidelines are based on the results of the two macro-actions of the Provide project: the research (Bartholini 2019a) and the training of operators (Bartholini 2019b).

The qualitative research highlights the difficulties of the operators of services and reception centres which face a high turnover; the absence of specific skills on gender-based and proximity violence; the lack of a specialized training offer (Lombardi 2019a).

From the narratives of the training needs of the operators, we have identified some key words which have been the subject of discussion by the experts of the "Provide" team, giving rise to five training modules (Bartholini 2019b), the subject of these guidelines.

- 1 Gender-based violence versus proximity violence.** This highlights the dual violence to which migrants, asylum-seekers and refugees are exposed: firstly by males, before, during and after the journey, institutional and structural violence they meet in the countries of arrival (Lombardi 2019a).
- 2 Human rights and rights of migrants in legislation.** Correspondence of the sources of international law on human rights with the European directives/ recommendations and of the member states, partners in the project.
- 3 Personal care and health care.** This is about the consequences of violence on the health of migrants, asylum-seekers and refugees, observing the specific health needs for which adequate skills are required.
- 4 Mental health.** Boosting the psychosocial paths and competences on post-traumatic stress disorders of the operators involved in the training.
- 5 Stress management.** This places attention on the stress and burn-out of the operators who work with migrants who are victims of violence and therefore to strengthen their capacities and skills for stress management.

The design group of the "Training course for experts in proximity violence" has designed the structure of the course making reference to the active methodologies for vocational training. Considering the contents of the five training modules and the professional characteristics of the students (social workers, professional educators, psychologists), we have imagined a modular structure of five hours, divided into

a frontal part where the teacher gives the participants the basic concepts and references of the module, and a second part structured in a workshop with the active participation of the students. The type of the workshop draws inspiration from the "method of cases" (Massa, 1997) and is conducted by a teacher and a co-teacher (Lombardi 2019b). The cases, referred to real stories and inherent to the module of reference, are read and proposed to the group in the class, who are asked to form groups of 4-8 participants. The teacher and the co-teacher ask the groups to reflect and discuss the case following three categories of analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case; 2. Their fragilities and weaknesses; management of the case by the services (criticalities, good practices, efficiency). At the end of the work (about 30-40 minutes), the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a reciprocal exchange of knowledge and experience.

The workshop concludes with the teacher and co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and add significant information and/or aspects.

We have therefore structured the guidelines in two parts; the first concerns the "good practices" of the training path; the second highlights the "good practices" of the reception of the migrants who are victims of violence, which have emerged from the research.

To make the use of these guidelines easier for the trainers, we have produced them following a route of information sheets which goes over the training events, taking up the most significant contents and approaches of the training in the target areas (Sicily, Lombardy, Tuscany, the Paris region and Andalusia), indicating the exemplificative cases and the ways of organization and conducting the workshop.

The second part, dedicated to the "good practices of reception" is based on three criteria – identifying, preventing, caring – and also follows a structure of information sheets which concerns: the reception systems in Italy, France and Spain and some local situations; the good practices of reception and care of migrants who are victims of violence and networking (governance, protocol and actions); the critical points and the prospects of the system.

Section 1

Good practices for training

5h



Proximity violence and gender-based violence in migratory contexts

edited by *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

The module introduces the topics linked to gender and proximity violence and aims to analyse the causes and the different forms of violence that take place before, during and after the migratory journey. Through the presentation of information and the analysis in workshops of cases, the formative path has as its objectives to provide operators with useful and efficient instruments, both to identify the victims of violence and to frame the contexts in which abuse and violence takes place, in order to activate effective paths of assistance and empowerment of the victims.

Forced migrations erode support from family, friends and the communities of the contexts of departure, putting the cultural, religious and gender identities under pressure. Children, youngsters and women are the most vulnerable and at greatest risk of suffering violence, abuse, exploitation, intimidation, retaliation and consequences on their physical and mental health.

Information sheet 1.1

State of migrations and reception system: European and national context



Migratory flows to Europe. The overland and sea routes of the migrants

In this session the current picture of flows to Europe and landings on the Mediterranean coasts are to be indicated and discussed. Indicate the quantitative data:

- » On the arrivals by land and by sea, specifying the places of arrival and sorting
- » On the places and countries of origin
- » On the presence of vulnerable categories (as specified in Information Sheet 3)
- » On the requests for asylum: where possible also indicate those accepted and those refused
- » On rejections and deportations
- » Other information considered important by the trainer in the historical and temporal context in which the training is taking place

National context

In this session the contexts and the situations concerning the Member State where the training is taking place is to be indicated, with particular attention to the following topics:

Asylum Seekers in the member State (e.g. Italy, France , Spain etc.)

- » On the arrivals by land and by sea, also specifying the places of arrival and sorting
- » On the origins and countries of origin
- » On the presence of vulnerable categories
- » On the requests for asylum: where possible also indicate those accepted and those refused
- » On rejections and deportations
- » Other information considered important by the trainer in the historical and temporal context where the training is taking place is to be indicated.

The system of migrant reception

- » How the national and local reception system works
- » The levels of reception and the services dispensed by the assistance centres to the migrants
- » Good practices and critical points



The health of documented, undocumented migrants, asylum seekers and refugees. Right and access to healthcare.

According to their administrative status, what kind of access to services is guaranteed for the migrants?

Indicate whether there are differences between:

- » Documented migrants: residents, residence permit/card
- » Undocumented migrants: non-resident, without residence permit, without papers
- » Holders of international protection/ subsidiary/other
- » Asylum-seekers

Information sheet 1.2

Gender discrimination, violence, proximity. Definitions, causes and forms of violence

35' + break 15'
at the end



Gender discrimination and inequalities

Gender equality is nothing but equality in the treatment of men and women based on their respective needs. This must lead to a perfect equivalence in terms of rights, benefits, obligations and opportunities. In most societies, the inequalities are expressed precisely through the non-recognition of these equivalences and therefore the attribution of different responsibilities, rights, benefits and opportunities for men and women, in their activities, in the access and control of the resources and in decision-making processes.

Some Indicators of gender discrimination and inequality

Access to education, Economic activity, Decision-making power and control.

According to the "Social Watch 2012 Report, GEI Gender Equity Index" at global level the average ratio of gender inequality is : in education equal to 0.82 – max North America 1,00, min Middle East and North Africa - ; in economic activity equal to 0.57 – max 0.74 Central Asia min 0.23 Middle East and North Africa – lasting in decision-making power and control equal to 0.28 – max 0.48 Europe and North America min 0.14 southern Asia, Middle East and North Africa.

Reproductive health and access to health and social services

As far as reproductive health is concerned, the problems linked to it are still the main cause of illness and death for women of the reproductive age all over the world. According to the United National Population Fund (UNFPA) one woman dies every minute giving birth for causes that could be avoided – with adequate access to health and social services which are often denied – and for each of these deaths there are more than 20 women who have permanent health problems linked to complications which arose when giving birth.

The first recognitions of fundamental human rights and the "female"

1993: the World Conference on Human Rights of the United Nations, through the Vienna Declaration and Programme of Action, recognizes the human rights of the woman and the girl-child as "an inalienable, integral and indivisible part of universal human rights." There is therefore acknowledgement of the "various forms of discrimination and violence to which women continue to be exposed all over the world."

Gender-based violence is therefore recognized as a violation of the fundamental human rights.



Definition of Violence against women

Art. 113 of the Platform for action of the Beijing Conference)

"Any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life."

"Violence against women is a manifestation of the historically unequal power relations between men and women [...]. Violence against women throughout the life cycle derives essentially from cultural patterns, in particular the harmful effects of certain traditional or customary practices and all acts of extremism linked to race, sex, language or religion that perpetuate the lower status accorded to women in the family, the workplace, the community and society."

"On the basis of this conviction, gender-based violence takes place according to three different meanings (physical, sexual and psychological) which are inter-related in the various areas of life (family, community and state)".

Forms of violence against women

Violence against women includes:

- » **Physical, sexual and psychological violence within the family**, including battering, sexual abuse of female children in the household, dowry-related violence, marital rape. Female genital mutilation and other and other traditional practices harmful to women, non-spousal violence and violence-related exploitation;
- » **Physical, sexual and psychological violence occurring within the general community**, including rape, sexual abuse, sexual harassment and intimidation at work, in educational institutions and elsewhere, trafficking in women and forced prostitution;
- » **Physical, sexual and psychological violence perpetrated or condoned by the State**, wherever it occurs.

Inter-family and domestic violence

Definition

Any action or behaviour whatsoever by a person who, by abusing their position of power (physical and/or psychological) causes physical and/or mental harm to a family member. It includes; threats or acts of physical, psychological or sexual violence in a family relationship or in a couple.

Information sheet 1.2

Abuser/Victim

Sexual partner, spouse, parent, sibling, child, elderly person (e.g. grandparents), other family members.

The profile of the Abuser

Violent only in the family: moderately violent subjects both in the family and outside the family, they do not present significant psychopathological disorders

Dysphoric – borderline: moderately or very violent, especially in relation to their partner. Severely disturbed, they find it difficult to accept abandonment. Pathologically jealous

Antisocial, generally violent: Antisocial aggressors, violent in general with a criminal record.

Some characteristics of the victim

The victim of abuse, when they ask for help, usually presents: fear, shame, emotional dependence, distorted perception of the danger (sometimes), and ambivalence with respect to the possibility of leaving their abuser.

The Context

Any type of family and/or couple (heterosexual, homosexual, other), of every age range, of any group (ethnic groups etc.), of any socio-economic and cultural level whatsoever.

Forms of Inter-family and/or Domestic Violence

- » ***Psychological Violence.*** Humiliating, under-estimating, blaming, controlling actions and/or decisions, limiting autonomy, isolating.
- » ***Economic violence.*** Forbidding or hindering access to work outside the home; depriving them of their salary or controlling it; not allowing control of the organization of the family economy; not allowing or limiting access to the family finances (bank accounts, etc...); failing to comply with the duties of maintenance established by court decisions and exploiting the person as labour force in the family business (agricultural, tourism, small business etc.) without any remuneration or decision-making power or access to financial means; run the woman into debt to meet the abuser's failings.
- » ***Physical violence.*** Slap, scratch, bite, suffocate, hit with objects, pull hair, punch and/or kick, burn with cigarettes or other red-hot objects, injure with weapons.
- » ***Sexual violence.*** Force the victim to have sexual relations. Using force, threats or blackmail, impose unwanted practices, impose sexual relations that imply hurting the victim physically and/or psychologically.

Proximity violence

What is meant by proximity violence?

Proximity violence is situated between gender-based violence according to international law and normalized violence shown up by sociological investigation. It is distinguished through:



- » A connection between interpersonal violence and symbolic and physical violence fostered by the context and structure.
- » An interconnection between the public domain, the private space and the sphere of the imagination.
- » Violence rooted in everyday life and in its weakest interstices.
- » The outcome of the recognition of the other by the victim in a context or situation.
- » The manipulation of interpersonal trust which leads to abusing the vulnerability of the other.

The term comes from "proximus" and refers to that grammatical form of absolute superlative which indicates **the person closest to the other person** in a given space and at a given time (Bartholini 2013). It therefore refers to a type of relationship in which the subjects are reciprocally connected by a closeness which derives from sharing an emotional experience (Collins 2008).

The "Proximus" is the other as a participant in an emotional experience provoked in the victim through violent actions.

With respect to the victim, the abuser is in an asymmetrical and position of abuse. From this point of view, the possibility of implementing proximity violence is subordinate to the behaviour and actions of the abuser who dominates a victim in conditions of absolute vulnerability, caused by the situation.

How does the manipulation of the other take place as a vulnerable and exposed subject?

The manipulation of the victim, as a vulnerable and exposed subject, takes place through:

- » ***Manipulated trust:*** obtaining the trust through the work of the abuser
- » ***The identification of a significant other:*** recognition of the power/identity of the other as abuser
- » ***Resistance:*** activation of processes of resistance by the victim
- » ***Resilience:*** activation of processes of resilience by the victim

The positive elements

Trust, attention, care, which connote particular relations between persecutor and the persecuted, as in the case of women who are victims of sexual exploitation and the subjects to whom they refer, are actually factors of resistance, which delay or prevent becoming aware of their almost absolute vulnerability.

Why is it more appropriate to speak of proximity violence?

- » This is violence exercised on more vulnerable subjects by subjects who are "close" to the person and even to the family of the victims.
- » It implies an initial voluntary acceptance which is based on the trust in the abuser or exploiter
- » It produces mechanisms of defence in the victim which make it acceptable or impossible to cut the abusing bond exercised to their detriment (resistance)
- » It produces mechanisms of active resilience which induce acceptance of the situation.

Information sheet 1.3

Gender-based violence, transit violence and proximity violence in migratory paths



Gender, Violence, Conflict, Migration

There is a close relationship between gender, violence, conflict and migration because violence, in its various forms (physical, sexual, psychological, structural, and institutional) becomes an instrument of power, submission and abuse. In conflicts and in critical situations, the female body, in particular, becomes a "public place" (Duden, 1984; Lombardi, 2009). Refugees and asylum seekers, in most cases, are fleeing from war, persecution, extreme difficulties in their countries of origin and most of them live in conditions of deprivation, violence and abuse in the countries of transit (e.g. Libya).

Gender-based violence may take place in contexts of conflict, during the migratory journey and in the host member States of the EU (for example, in the reception and/or detention facilities).

Gender-based violence – focused on the experiences of violence of women and girls – is understood as including physical, sexual and psychological violence, including the threats of these acts, coercion or the arbitrary deprivation of freedom, blackmail. Violence refers to acts which take place in public or private places. It can therefore include violence by family members (sexual partner and domestic violence by various members of the family) and also forms of sexual harassment, together with other forms of sexual violence, by different perpetrators.

Violence against refugee women and female asylum seekers

The European picture

According to the IOM (2015), an unprecedented number of people and families and minors, from the Middle East, Africa and central Asia have crossed the Mediterranean and the Aegean Seas in search of safety and protection in Europe. In 2015, more than 3,500 people drowned or died on the journey. Mental and psychological health and psychiatric problems are amongst the most important fragilities they bring with them, and deserve particular attention. Refugees and asylum seekers, in the majority of cases, are fleeing from war, persecution and extreme difficulties in their countries of origin. Many experience deprivations, violence and abuse in the countries of transit, and face journeys full of risks.

Forced migrations erode the support from family, friends and the community of the contexts of departure, putting cultural, religious and gender identities under pressure. Children, youngsters and women are the most vulnerable and at the greatest risk of undergoing violence, abuse, exploitation, intimidation, reprisals and consequences on their physical and mental health.



Categories of Vulnerable Migrants

Women and minors at risk; unaccompanied minors; pregnant women; parents with minor children; the disabled; people who need medical treatment that can be guaranteed only with resettlement; people needing emergency or urgent resettlement for reasons of legal or physical protection, including the victims of violence or torture.

Classes of vulnerability

Psychological-physical violence; bereavements or family losses; victims of tribal conflicts/wars; sexual abuse; victims of trafficking; pregnancy following abuse; dependences.

- » **Indicators on the state of health of vulnerable migrants**
- » **Infectious diseases:** higher incidence than the average in the country of reception
- » **Sexually transmissible diseases:** especially amongst undocumented migrants and victims of violence
- » **Mental health:** psychological and psychiatric problems amongst refugees and asylum-seekers as the result of torture, violence, extremely dangerous journeys
- » **Reproductive health:** many women are pregnant and, in most cases, the pregnancies took place during the journey. This is why they ask for a termination, but it is not always possible. To cope with problems of reproductive health (pregnancies, births, abortions, contraception etc.), it is good practice of the reception centres to establish cooperation with family planning clinics

Gender-based Violence (GbV) in the migratory routes

With respect to GbV, the UNHCR, the UNFPA and the WRC (Women Refugees' Commission) have expressed great concern for the risks and violence to which refugee women in transit to Europe are subjected. In 2015, the UNHCR, UNFPA and WRC made a survey in the field on the risks women and girls face when they are in transit towards Europe. Men and women are exposed to different risks and vulnerabilities during the migratory journey. Women and minors are particularly subject to discriminations, sexual violence and gender-based violence and therefore need specific reception and facilities. The reception centres are often overcrowded and this places women and minors at greater risk of violence, abuse and exploitation (ACNUR, 2017).

Information sheet 1.3

Risks on the journey and in reception. Transit, Family and Domestic, Structural, Institutional and "Proximity" Violence

A recent evaluation of the risks for refugee women and children has identified cases of sexual and gender-based violence, including early and forced marriages, trafficking, domestic violence, sexual and physical abuse both in the country of origin and on the journey and in the countries of transit.

According to the UNHCR, UNFPA and WRC Report, the response to the European humanitarian crisis is insufficient and often inconclusive, incapable of preventing violence and treating its consequences. In addition, there is at present a great deal of detailed data on the current humanitarian crisis and this can fuel the perception that the violence against women is not an important characteristic of this crisis. Lastly, again according to the Report by the UNHCR, UNFPA and WRC, women and children are also vulnerable to gender-based violence in the reception centres and in other facilities once they have arrived in Europe (for example, police, administrative professionals, operators of the centres etc.).

Transit Violence. Many migrant women, when interviewed, report that they have been raped and compelled to prostitute themselves to pay for travel documents and the journey itself, out of fear of having to postpone the journey they deny having undergone violence and do not ask for medical treatment.

An increasingly large number of men and minors show signs of violence and torture on their arrival, say they have been ill-treated and beaten even before the start of the journey with the threat of not taking them to their destination (UNHCNR-UNFPA-WRC, 2016).

Family or domestic violence. It emerged several times that during the journey false families were created to protect the women and to benefit from the facilities provided for families but subsequently, in living together, these couples "explode". There are also real families, but going through many difficult situations in the host country, "explode" due to the stress. In both cases, the malaise of the family can be translated into physical abuse against women/minors.

Structural Violence. Structural violence refers to those situations in which the victims (women, but men too) live in conditions where violence is a modus vivendi, experienced since childhood, contexts in which children lose every form of protection and guardianship, are at the mercy of adults for whom these children are instruments to be used, useful for their business. This type of violence is based on hierarchical principles rooted in the communities and in societies where the most vulnerable people are the object of exploitation and abuse without it being recognized and defined as such.

Institutional Violence. This is represented by all those forms of violence generated by laws, by administrative practices, by the unawareness of the operators who receive the migrants (police, reception centres, social services, bureaucracy). It is linked to every form of institutional discrimination which keeps women in a subordinate position, whether physical or ideological. Institutional violence is at times given by strict rules that are not adapted to the specific and individual situation.



Proximity Violence. These are collective situations which refer above all to the large reception centres. At times something trivial, such as a quarrel between children, can generate it. At times they are translated into vexatious acts to neighbours, they are forms of violence which the operators cannot control. Other situations concern adolescents and youngsters; where there are vulnerable adolescents or youngsters, there are often episodes of stalking and bullying against them. The youngest migrants are also often exposed to other risks: some Italian adults present themselves as "protectors", as those who promise protection and help. At first they give money or presents to the immigrants but in actual fact they are only "recruiting" boys and girls for the market of drugs and prostitution or microcriminality. The problem also lies in the fact that these children do not know how to protect themselves. They do not know who they can and should trust. At times very small children do not realize that these methods are abusive but they do not know who to turn to, they do not know if they can trust the "reception centre personnel" or not.

The Migratory Phenomenon and Normalized Violence

To speak about one of the biggest businesses in the more recent history of transnational criminality, it is fundamental to identify the ways of entrance, the routes followed, the flows, the countries of departure and those of transit of a large number of subjects in Italy, mainly young women, who from the countries of Eastern Europe, Africa and, in smaller proportions, from other geographical areas as well, have reached Italy in recent years, to be put into the variegated market of prostitution. When speaking about human trafficking, particular attention is given to a specific population, i.e. Nigerian, made up of a high percentage of young women, affected to a greater extent by the phenomenon of trafficking for the purpose of sexual exploitation.

The journey of the women seeking asylum from Nigeria to Italy

Italy, like the rest of Europe, represents one of the main destinations for most of the women needing protection. According to the International Organization for Migration (IOM) "...about 80% of the Nigerian migrant women who arrived by sea – in 2016 – are probably victims of trafficking for sexual exploitation in Italy or other countries in the European Union."

In addition, the IOM denounces "the significant and worrying increase in adolescent victims of trafficking." Many of these girls say they are adults when they arrive, following the instructions of the traffickers: "This way, the girls will be placed in reception facilities for adults, where it will be easier to contact their traffickers, who will be able to come and get them more easily."

Human trafficking is however involving younger and younger girls (16/19): "They are getting younger and younger, with little education and poorer and poorer. They are mainly girls between 15 and 17, with a growing proportion of female children." The money the minors earn must be paid back to the maman to pay off the debt and every suspected break of this agreement is compensated/counterbalanced by

Information sheet 1.3

a new oath.

Figures, roles, methods of recruitment in the country of origin and exploitation

The *maman* is a woman who plays a key role in all the phases of the cycle of exploitation. In particular, she regulates every aspect of the girls' daily life, i.e. she has absolute control over their debt and their life. She decides the final destination in Italy and any subsequent transfers. She also decides the places, the times and the methods of the prostitution activities of the minors, for example if they are to do a double shift or if they are only to work in the day or at night.

Recruitment takes place in Benin City, in the rural areas and in the remotest villages of the states of Anambra, the Delta and Lagos. They leave Nigeria for Niger, and the rapes often start in the desert and in the very first part of the journey. Witnesses' accounts collected reveal that in forced induction in indoor prostitution, i.e. in brothels, takes place in Niger. In this case, the forced sexual exploitation is imposed on the victims, in order to start repaying the traffickers the debt contracted for the journey. From Niger, the women's journey continues towards Libya. For these girls, the journey is a nightmare of abuse and violence.

They are often locked up in guest houses, which they cannot leave and where men go to force them into sexual intercourse or into prostitution. In Libya, the stay and exploitation continue for months, in the so-called connection houses, before the departure for Italy: they are forced into indoor prostitution without any kind of protection (some of them become pregnant). (From the 2015 Save the Children dossier, *Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento* - Small invisible slaves. The young victims of trafficking and exploitation).

The phases and the types of violence suffered by the vulnerable migrants on the migratory route

During the conflict, before fleeing from their countries of origin	Abuse committed by people in situations of authority; human trafficking; sexual violence; rape; robbery by armed groups, including the official security forces; mass rapes; forced pregnancies.
Along the migratory route	Sexual aggression by bandits, border guards, pirates; robbery for human trafficking and "modern" slave trafficking
In the country of asylum	Sexual aggression, coercion, extortion by persons in positions of power; sexual abuse, children taken from their families and put into foster homes; domestic violence; sexual violence during the daily chores; transactional sexual relations in exchange for survival/forced prostitution; traditional practices. Ritorno/espulsione/rimpatrio.
During deportation/return to home country	Sexual abuse of women and children who have been separated from their families; sexual abuse by persons in positions of power; rape; sexual violence; forced expulsion.
On the path to reintegration	Sexual abuse against refugees as a form of punishment; transnational sexual relations to legitimize one's legal situation; exclusion from the decision-making processes; refusal of access to resources, to the right to identity documents, to the right to recover goods or property.



Information sheet 1.4

The consequences of violence

35'



Resistance and Resilience

One of the main problems that revolves around gender-based violence and which makes it difficult to find ways to block it, is that for most of the women interviewed, proximity violence is allowed, tolerates and justified in a traditional vision of the couple or due to affective dependence.

From this angle, patriarchy (Edwards, 1987; Garcia-Moreno, 2006) is not only an interpretative category of violence which refers to economic, cultural or religious peculiarities of its players, but has its epistemic characteristic in that violence which is suffered by the victims at the hands of a close abuser, both during the "abusing journey" and in the exploitation of prostitution.

Mechanisms of resistance by the victims that can be generated only through relations of proximity

The resistance of victims

In particularly stressful, deprived or painful contexts, the victim finds a reason or motivation which justifies the violence at least in part and lets her resist. This therefore produces the possibility of a subsequent narration of the facts of violence which, going beyond the simple dichotomy between abuser and victim, transforms the victim into a quasi-victim and the abuser into a quasi-abuser. The result is a narration with contrasting effects and contradictory results which justifies the exercise of violence.

Mechanisms of resilience which can be generated only through relations of proximity

The resilience of the victims

Resilience is a dynamic element. It indicates:

- » Resistance to difficulties
- » The ability to reconstruct oneself "positively"

The term comes from physics and indicates the ability of a metal to get back its shape after having received such a strong blow as to cause it to break.

In the case of victims of violence, it concerns evaluating the resistance to the action of violence suffered or experiences and the interest in finding positive elements in relations of exploitation and abuse.

Resilience and Framework

Goffman has explained how all forms of interaction have recourse to *framing*. The *frame* allows attributing a meaning to the experiences, framing the daily situations

Information sheet 1.4

giving, through this "framing" operation, a meaning to the interactions. Inside the frame, the participants take on specific roles. It is not a static frame/structure. It is, on the contrary, a framework.

The *framework* – represents a real activity of adapting to reality.

The ability of adapting to a given frame is not innate, but acquired. The dynamic with which "we become participants" in given experiences within specific patterns of interpretation is, precisely, shown by Goffman with the term *framework* (Frame Analysis, 1974) and is to be interpreted as a form of resilience with which the victims modulate the very perception of the reality which contextualizes them as victims, retracing the positive elements of their being in the world.

Naturalization and Racialization

Separating the discourse on proximity violence suffered by the cultural representations that justify it, as by the processes of resilience and resistance, would mean disconnecting it from every possible interpretation that "naturalizes" proximity violence. This would produce a sort of *racialization* of the migrant women (Crenshaw, 1991; Razack, Smith, Thobani, 2011).

From the interviews with migrant women, it is clear how often only *physical violence is considered such*, whilst all the other forms of ill-treatment, from economic to symbolic and sexual exploitation in a relationship, are often perceived as behaviour by the man that is justifiable, as he has the authority with which to decide order in the relationship and the instrumental use of the woman for the very purposes of maintaining the relationship.

It is clear how at the basis of the relationship there is an asymmetry, characterized by the fact that the man exercises a role of superiority (Romito, 2000), in a context of structural violence (Farmer, 2003). It is here that, as Butler stated (2016), these women live in a context of resistance to "their" violence, through a process of *naturalization of violence*.

The Regulatory Power of Violence

As a consequence of the resistance and resilience of the victim, the relationship thus becomes auto-immune and excludes conflict.

- » **Self-sufficient.** When violence – in different forms and ways – becomes the very bond of the relationship, it takes on the characteristics of self-sufficiency. Violence, i.e. "it is enough" to keep the relationship standing, and means that in the behavioural ritual of the partners involved, it has a constituent function such as to allow the continuation of the relationship. This applies both in the case of the relationship of the couple, and in relations between adolescents or young people (when dynamics of group violence appear).
- » **Autoimmune.** As autoimmune, the relationship based on violence excludes from inside it any other form of resistance to violence, the latter becoming indispensable to keeping the relationship alive. Violence thus becomes the foundation on which the dominance of one over the other is based, in the absence of any other form



of mutual and reciprocal attachment.

- » ***It replaces the conflict*** which - in its "domesticated" form of competition, rivalry and dialectic – includes the "intentional symmetry" of the subjects involved to act for obtaining a result or what is at stake and, at the same time, "an asymmetry of objectives, expectations and resources aimed at seeking a balance or repositioning of the parts" [Bartholini 2012: 18].

Violence is both an instrument of regulating relations and an autonomous social force that can give meaning to reality.

For the first definition, violence is aimed at obtaining greater power or to rebalance the power between the players involved. The second definition, on the other hand, refers to the very possibility that violence, as the force structuring the relationship, involves the participants by giving them a role – victim, abuser spectator – and therefore an identity.

How to identify Proximity Violence

As a unitary phenomenon, proximity violence can be identified through the characteristics of:

- » ***durée***, opposed to the liquidity of bonds and any temporal rhapsodic nature that connotes occasional relations, the *durée* allows "fixing" the identity of the participants through the ritual of couple that is reiterated in time;
- » ***manipulability of the body***, considered as the concrete place where the power of the abuser is exercised, negating all individual freedom of the victim;
- » ***relational oppressiveness*** and reciprocal reference of the players involved as an emotional condition necessary for fixing of the ***situational ritual***, opposed to the freedom to be and to choose and the very possibility of ***re-newing the relationship*** or making it evolve.

When does the violent relationship implode?

The answer to this question, fundamental for the performance to end as soon as possible, depends on the resistance of the complementary transaction or its transformation into a cross-referenced transaction. This can happen only when the ***framework*** on which it is grafted has exhausted its ability to satisfy the role of all the participants involved, or when the performance of each player no longer meets the needs of the stage, when the actor is no longer in tune with the co-star or no longer satisfies the demands of the public. And, the last, but crucial possibility, when ***the witness***, the observer inside or outside a centre for asylum-seekers, ***is transformed into the saviour***.

Information sheet 1.4

Elements Indicating the Phases of Violence

Phase 1

Phase of the suggestion justified by love for the partner

What allows justifying the violent relationship at the beginning:

- » Which imaginary idea;
- » Which expectations;
- » Which issues (relations with other women? Expectations of context?)

Phase 2

Phase of stabilization of proximity violence

What allows justifying the violent relationship in becoming stabilized

- » Which fears link the victim to her partner (fear of a void? Of the afterwards?)
- » Which bets does the victim place with herself
- » Which cross-relationships with the partner are shown?

Phase 3

Phase of the end of the violent relationship

- » • Role of the spectator/social worker – open scenario....



Conclusion and shared considerations

10'



Break

15'

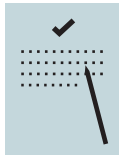


1,45' Workshop

Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion

Delivery

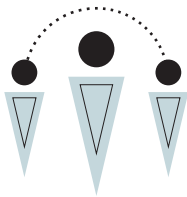
15'



The teacher and the co-teacher read and illustrate the case chosen (usually a real one) to the class. They ask the participants to form groups of 4-6 people and distribute a written copy of the case illustrated (at least one copy per group).

Group work

40'

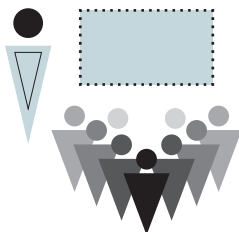


Teacher and co-teacher tell the groups to reflect and discuss the case following three categories of reflection and analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case, their context of origin and their contingent situation; 2. Fragility and weaknesses of the person, their context of origin and their contingent situation; 3 the management of the case by the services (reception centres, health services, social services and others), the critical points, the good practices, how they could have/should have acted for a more efficient intervention.

The group works for 30-40 minutes

Presentation

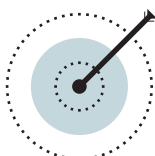
40'



At the end of the work, the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a mutual exchange of knowledge and experience.

Conclusion

10'



The workshop concludes with the teacher and the co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and, if necessary, add information required by the participants and/or aspects that have not emerged but are deemed of significance.



The case of Ede

Ede, 16 years old, is Nigerian and has been in Italy for over a year, brought over by a madame following an oath which forces her to completely pay off her debt. When she arrived in Italy, Ede was taken to the madame's house and two weeks later she started to work as a prostitute in Sicily. In the meantime the girl resumed contacts with her mother but when the madame found out, she inflicted very severe punishments on her, including physical violence. Nevertheless, Ede continued her relations with her mother who put her into contact with her half-brother. The latter, having learned of the condition his sister was in, reached her in Sicily and convinced her to report the madame to the police. Subsequently, Ede followed her brother to the north but as she was a minor and her brother did not have the means to maintain her, she was taken into the care of the Social Services. At this point a new problem arose: the local services fostered her to a Muslim Senegalese family who in their own way tried to protect her. The girl maintained that she was not happy in the foster family and expressed her desire to return to the madame. In the face of this request, the Social Services find her a new family. In addition, psychological support is activated for Ede. In the first session, Ede seems to have forgotten all the negative experiences both during the journey and during the period in prostitution. Ede tells the psychologist she is sad when she is alone, and that the reason for her flight is her family. She says: "I want to pay off the debt with the madame because she made me come to Italy, it is my family that hurt me, not her, My father was a terrible man, he and my half-brothers treated me worse than how they treat people in Libya. All of them, except my mother, are my problem."



5h



Human rights, migrants' rights in international, European and national legislation

edited by *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

The module introduces international and European legislation on Human Rights and aims to analyse the efficacy of the laws which in Europe and nationally promote human rights, with particular concern for the reception and protection of migrants and asylum-seekers. Specific attention is given to those tools which aim to meet the needs of vulnerable individuals, such as, for example, migrant women who have been the victims of gender-based and proximity violence, the victims of trafficking of human beings and LGBTI people.

Information sheet 2.1

International Law and Community legislation



The recognition of Human Rights in Europe

5th May 1949: the Council of Europe is founded through the Treaty of London, with the aim of promoting human rights.

4th November 1950: the Convention of protecting human rights and fundamental freedoms (ECHR) was signed in Rome by the European states and represents the first international juridical instrument which guarantees the protection of human rights.

1st November 1998: the new European Court of Human Rights is established in Strasbourg as part of Protocol no. 11 of the European Convention on Human Rights.

Mandate:

- » To defend human rights, pluralist democracy and the rule of law;
- » To foster awareness and promotion of the identity and cultural diversity in Europe;
- » To find common solutions to the problems of our society;
- » To consolidate economic stability in Europe, fostering political, legislative and constitutional reforms.

International protection

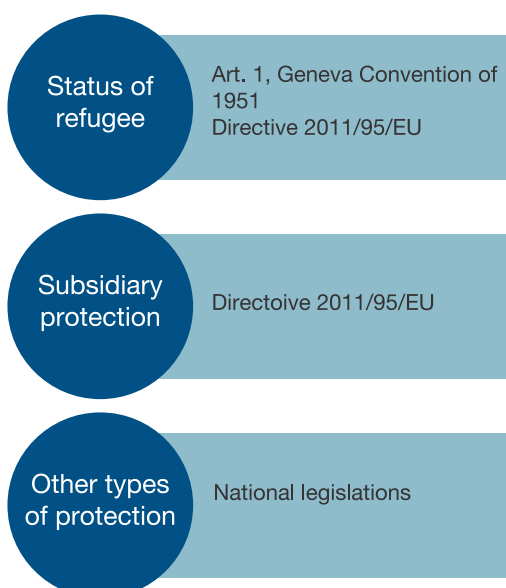
The Status of refugee in Europe

(art. 1 A Geneva Convention)

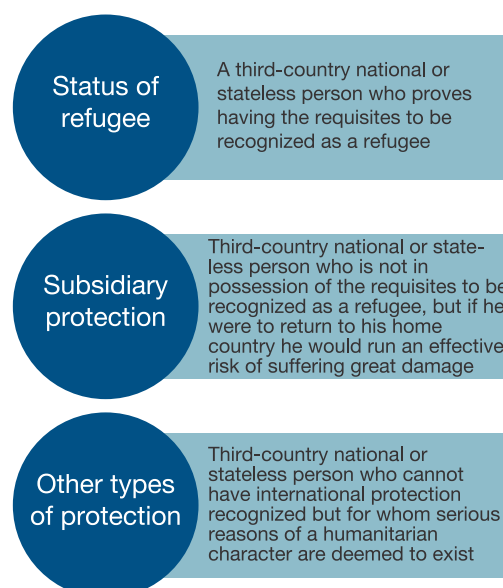
A refugee is any person who "rightfully fearing being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable to, or owing to such fear, is unwilling to return to it".



INTERNATIONAL PROTECTION



TYPE OF BENEFICIARIES



The notion of social group in EU law (art.10 Directive 2011/95)

A group is considered to form a particular social group, in particular when:

- » The members of this group share an innate characteristic or a common history that cannot be changed or they share a characteristic or a faith that is so fundamental for their identity or their consciousness that a person should not be forced to give it up,
- » Such a group possesses a distinct identity in the country concerned, because it is perceived there as different from the surrounding society.

Sexual orientation and gender identity

Depending on the circumstances in the country of origin, a particular social group can include a group based on the common characteristic of sexual orientation. The interpretation of the expression "sexual orientation" cannot include acts that are criminally significant in the domestic law of the Member States. For the purposes of determining belonging to a specific social group or the identification of characteristics of such a group, considerations of gender, including "gender identity" must be taken into due consideration.

Information sheet 2.1

The notion of persecution

According to article 1 A of the Geneva Convention, acts of persecution are acts which:

- a. are, by their nature or frequency, sufficiently serious to represent a grave violation of fundamental human rights, in particular the rights for which any derogation is excluded according to article 15, paragraph 2 of the European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms;
- b. represent the sum of different measures, including violations of human rights, the impact of which is sufficiently grave as to exercise on the person an effect similar to that as per letter a).

Acts of persecution are:

- a. acts of physical or mental violence, including sexual violence;
- b. legislative, administrative, police and/or judicial measures which are discriminatory by their very nature or implemented in a discriminatory way;
- c. disproportionate or discriminatory judicial actions or criminal penalties;
- d. refusal of access to judicial means of recourse and consequent disproportionate or discriminatory punishment;
- e. judicial actions or criminal penalties as a consequence of the refusal to do military service in a conflict...;
- f. acts specifically directed against a gender or against childhood.

Acts of persecution in requests for protection in relation to proximity violence:

- » Rape and sexual violence, especially in situations of detention and in the army
- » Forced marriages
- » Corrective treatments
- » Non-consensual medical treatment or scientific experimentation
- » Discrimination in the access to essential goods and services
- » Violation of the right to assembly and freedom of speech
- » Social marginalization

LGBTI asylum-seekers

In the sphere of gender-based violence, the violence with a *homo/transphobia* matrix takes on particular importance. LGBTI people (lesbians, gay, bisexual, transgender and intersexual) are often the victims in their home countries of discriminatory or persecutory acts, including *physical and psychological violence*, but sometimes relations between people of the same sex are *criminally punished*, including with the death penalty.

For *transgender* people, the refusal or impossibility to access treatments supporting the transition, which range from hormonal treatment to surgery, is a form of *psychological violence as negation of the gender identity*.

Intersexual people may have suffered in their home country medical treatment or surgery with purposes of "normalization" or forced gender adaptation.

The principal international treaties on human rights do not explicitly recognize



a right to equality on the basis of sexual orientation and/or gender identity, but the foundation of protection is in international law on human rights. An adequate analysis to evaluate whether an LGBT asylum-seeker is a refugee according to the 1951 Convention must start from the premise that asylum-seekers have the right *to live in the society for what they are* and must not have to hide their *identity*.

The Principles of Yogyakarta

These were adopted in 2007 by a group of experts on human rights and, although they are not binding, reflect consolidated principles of international law.

They establish the picture of protection of human rights applicable in relation to sexual orientation and/or gender identity and sanctioned the right to request and be availed of international persecution for reasons linked to sexual orientation or gender identity.

European Union Charter of Fundamental Human Rights and International Protection

After the Treaty of Lisbon came into force, the European Union Charter of Fundamental Rights gained the same juridical value as the Treaties.

It is therefore to be considered as a primary ranking source which, obviously, cannot be contradicted by the instruments of secondary law (such as Regulations or Directives).

The Charter requires (art. 51) the institutions and the bodies of the Union, as well as the Member States (but only when they implement Union law) to respect its rights, observe its principles and promote its application.

For the purposes of international protection, in particular, the following is highlighted:

Art. 4 (Prohibition of torture and inhuman or degrading treatment or punishment)

"No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment". (wording identical to article 3 of the ECHR);

Art. 18 (Right to asylum): "The right to asylum shall be guaranteed with due respect for the rules of the Geneva Convention of 28 July 1951 and the Protocol of 31 January 1967 relating to the status of refugees and in accordance with the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union";

Art. 19 (Protection in the event of removal, expulsion or extradition): "Collective expulsions are prohibited. No one may be removed, expelled or extradited to a State where there is a serious risk that he or she would be subjected to the death penalty, torture or other inhuman or degrading treatment or punishment."

Torture and inhuman and degrading treatment

Art. 3 ECHR: *«no one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment.»*

L'art. 3 consecrates one of the fundamental values of democratic societies and together with the article of the ECHR enjoys "differentiated and reinforced protection with respect to other articles, due to the absolute and imperative

Information sheet 2.1

nature of the rights that they guarantee.”

L’art. 3 does not contain the specific enunciation of the acts and/or behaviour that represent inhuman and degrading treatment which are identified with the work of interpretation by the Court’s jurisprudence

The distinction between torture, inhuman treatment and degrading treatment is established, case by case, on the basis of the gravity of the suffering inflicted: torture is a particularly qualified form of inhuman or degrading treatment which causes very great and cruel suffering. In any case, it is a distinction that has not been crystallized once and for all

Art. 1 UN Convention against torture and other cruel, inhuman and degrading punishments of 10.12.1984

the term “torture” designates any act with which acute pain or suffering, physical or mental, is inflicted, specifically in order to obtain for this or a third person information or confessions, to punish them for an act that they or a third person has committed or is suspected of having committed, to intimidate it or exercise pressure on them or to intimidate or exercise pressure on a third person, or for any other reason whatsoever based on any form whatsoever of discrimination, in the event that this pain or suffering have been inflicted by a public official or by any other person acting in an official capacity or under their instigation, or with their explicit or tacit consent. This term does not extend to the pain or suffering deriving solely from legitimate punishment, inherent or provoked by this.

Elements of the definition:

1. The conduct that is implemented in the intentional infliction of severe pain and suffering, both physical and mental.
2. The purposes for which the torture is inflicted [modern torture stands out from other forms of violence due to the fact of always being intentional and the result of the will of the torturer or the person authorizing it. The practice is always part of a planned programme with a precise purpose and never a casual or extemporary act and is characterized by the severity and the intensity of the suffering].
3. Involvement of the state apparatus even in the mere form of acquiescence.
4. Exclusion of lawful sanctions therefore the pain and suffering due to lawful sanctions cannot be considered torture.

The definitions of torture contained in international legal provisions have the limit of including only some aspects of the purposes of torture in the contemporary world which has the aim of “destroying the belief and convictions of the victim to deprive them of the structure of identity that defines them as a person” (Vinar, 1989)

The torturer’s objective is always that of affecting “single individuals so that a whole group, however it is characterized, is prevented from expressing its specific ways of live, cultivating its knowledge, its beliefs and its values so that it is deprived of those functions that allow their social and cultural reproduction.”



THE EUROPEAN DIRECTIVES

Directives on reception

Directive 2003/9/EC - Minimum standards for the reception of asylum-seekers

Directive 2013/33/EU - Standards for the reception of applicants for international protection

Qualification directives

Directive 2004/83/EC - Minimum standards for the qualification and status of third country nationals as refugees/subsidiary protection

Directive 2011/95/EU - Recast Directive on "Qualification"

Directives on procedures

Directive 2005/85/EC - Minimum standards on procedures for granting and withdrawing refugee status

Directive 2013/32/EU - Common procedures for granting and withdrawing the status of international protection (Recast Directive on Procedures).

The management of migratory flows: the common European asylum system (CEAS)

The CEAS fixes the minimum standards for the treatment of all asylum seekers and all the applications for asylum in the EU.

According to current laws, asylum seekers are not treated the same way throughout the EU and there is also a considerable variation in the percentage of positive decisions on asylum.

As a consequence, asylum seekers travel throughout Europe and present applications for asylum in the countries where they believe they have greater chances of receiving international protection.

Orientations of the European Commission in the light of the humanitarian emergencies which in recent years have increased migratory flows to Europe

The Council of Europe is examining seven legislative proposals presented by the European Commission to improve the legislation of the EU on asylum and:

- » Make the system more efficient and more resistant to migratory pressure;
- » eliminate the factors of attraction and secondary movements;
- » fight abuses and provide better support for the most affected Member States.

Legislative proposals put forward at European level

The European Commission has presented seven legislative proposals aimed at:

1. reforming the Dublin system in order to better distribute the requests for asylum to the Member States and to guarantee the prompt treatment of these applications;
2. reinforcing the Eurodac regulation in order to improve the EU data base of fingerprints for asylum seekers;
3. establishing an EU agency for full asylum;
4. replacing the directive on asylum procedures with a regulation that harmonizes

Information sheet 2.1

the EU procedures and reduces the differences between the rates of asylum being granted in the various Member States;

5. replacing the directives on qualifications with a regulation that harmonizes the levels of protection and the rights of asylum seekers;
6. reforming the directive on the conditions of reception in order to guarantee that asylum seekers benefit from harmonized and decent standards of reception;
7. creating a permanent framework of the EU for resettlement.

The draft standards are currently under examination by the Council.

Updating of the EU database of fingerprints

The Eurodac database contains the fingerprints of all the illegal migrants and asylum seekers who have been registered in the EU Member States and associated countries.

This data base, which contributes to implementing the Dublin regulation, allows:

- » verifying whether an applicant has previously presented an application for asylum in another Member State;
- » checking whether an applicant has previously been arrested in the act of illegally entering European territory;
- » establishing which Member States are competent for the examination of a request for asylum.

The reform of the Eurodac regulation is currently being hypothesized to improve the system with the detection of further data (e.g. facial images), extending its area of application, (including data on citizens of third countries living illegally in the EU who have not sought asylum), simplifying access by the law enforcement authorities.



Information sheet 2.2

Gender-based Violence and International Protection

20'



Geneva Convention

The 1951 Geneva Convention does not explicitly include “gender” in the reasons for persecution, but it is now a recognized principle that the definition of refugee has to take into consideration the possible aspects related to gender.

The interpretation of *article 1 of the Geneva Convention* tends to link cases of persecution connected with a question of gender to the conventional reason of belonging to *a specific social group*.

A group is considered to be a *particular social group*:

- » When an innate common characteristic (such as gender or caste or age), a common history that cannot be modified (such as having been a member of an association or a professional class) or a fundamental characteristic for their consciousness and identity(such as sexual orientation or gender identity, is shared.
- » The members of a group share a characteristic that makes it recognizable and distinguishes it from the rest of society, which identifies its diversity.
- » “It follows that sex can properly be within the ambit of the social group category, with women being a clear example of a social subset defined by innate and immutable characteristics, and who are frequently treated differently to men” (UNHCR Guidelines, p.4).

The 2011 Istanbul Convention

The Convention of the Council of Europe on preventing and combating violence against women and domestic violence (known as the 2011 Istanbul Convention) explicitly mentions gender persecution for the first time:

art. 60 requires the contracting states to guarantee that gender-based violence against women may be recognized as a form of persecution for the purposes of recognizing the status of refugee and in the procedures of examining the application for international protection a gender-sensitive interpretation is adopted, as well as ensuring gender-sensitive reception procedures and support services for refugees and asylum-seekers;

art. 61 commits the signatory states to adopt all the necessary legislative measures so to respect the principle of non-refoulement against all women who are victims of violence who in the case of return could be exposed to the risk of torture or inhuman and degrading treatment.

Information sheet 2.2

In other words:

- » Persecutions directly linked with gender derive from imbalances of power and role between people of a different sex/gender, from relations of subordination which mean that violence is perpetrated and/or tolerated even within the family
- » Domestic violence and sexual violence, as well as other forms of persecution linked to gender can be a reason for international protection, even if not carried out by state agencies, when the home state cannot or does not want to provide adequate protection
- » It is internationally recognized that rape and other severe forms of sexual violence, when committed in a context of armed conflict, fall within war crimes and are severe violations of human rights
- » All forms of female genital mutilation (FGM) are a form of torture and inhuman and degrading treatment and violate a series of human rights of girls and women, such as non-discrimination, the protection from physical and mental violence, the best health standards possible and also the right to life

Art 3 Istanbul Convention. Definitions

For the purposes of this Convention:

- a. “violence against women” is understood as a violation of human rights and a form of discrimination against women and shall mean all acts of gender-based violence that result in or are likely to result in physical, sexual, psychological or economic harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life;
- b. “domestic violence” shall mean all acts of physical, sexual, psychological or economic violence that occur within the family or domestic unit or between former or current spouses or partners, whether or not the perpetrator shares or has shared the same residence with the victim;
- c. “gender” shall mean the socially constructed roles, behaviours, activities and attributes that a given society considers appropriate for women and men;
- d. “gender-based violence against women” shall mean violence that is directed against a woman because she is a woman or that affects women disproportionately;
- e. “victim” shall mean any natural person who is subject to the conduct specified in points a and b;
- f. “women” shall include girls under the age of 18.



Information sheet 2.3

Human Trafficking and International Protection

25' + break 15'
at the end



International and European Conventions, European Directives

- » Additional Protocol to the Convention of the United Nations against transnational organized crime to prevent, suppress and punish human trafficking, in particular of women and children of 2000 (known as the Palermo Protocol).
- » Council of Europe Convention no. 197 on Action against the Trafficking of Human Beings, approved in Warsaw on 16.5.05
- » Directive 2004/81/EC on the residence permit issued to third-country nationals who are victims of trafficking in human beings or who have been the subject of an action to facilitate illegal immigration, who cooperate with the competent authorities
- » Directive 2011/36/EC on preventing and combating trafficking in human beings and protecting its victims

Definitions and Notions

Smuggling Of Migrants/Trafficking In Human Beings.

Smuggling of migrants consists of the organized fostering of illegal immigration while *trafficking in human beings* aims to subsequently exploit the persons who have been trafficked.

(Palermo Protocol)

Human Trafficking

Directive 2011/36/EU defines human trafficking ***“the recruitment, transportation, transfer, harbouring or reception of persons, including the exchange or transfer of control over those persons, by means of threat or use of force or other forms of coercion, of abduction, of fraud, of deception, of the abuse of power or of a position of vulnerability or of the giving or receiving of payments or benefits to achieve the consent of a person having control over another person, for the purpose of exploitation”*** (art. 2)

- » A position of vulnerability means a situation in which the person concerned has no real or acceptable alternative but to submit to the abuse involved (art. 2, point 2)
- » Exploitation shall include the exploitation of prostitution of others or other forms of sexual exploitation, forced labour or services, including begging, slavery or practices similar to slavery, servitude, or the exploitation of criminal activities or the removal of organs (forced marriages, illegal international adoptions)
- » Trafficking in human beings is one of the most visible and dramatic forms of the violation of human rights.

Information sheet 2.3

- » The consent of a victim to exploitation shall be irrelevant where any of the means set forth in paragraph 1 have been used.
- » When the conduct referred to in paragraph 1 involves a child, it shall be a punishable offence of trafficking in human beings even if none of the means set forth in paragraph 1 has been used
- » Victims of human trafficking must be guaranteed specific measures of assistance and support, independently of the wishes of the same to collaborate with the judicial authority, and even during the “period of reflection”.

Can a victim of trafficking obtain recognition of international protection?

Legislation on trafficking and references to international protection:

Article 14, Palermo Protocol of 2000: “Nothing in this Protocol shall affect the rights, obligations and responsibilities of States and individuals under international law, including international humanitarian law and international human rights law and, in particular, where applicable, *the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugee and the principle of non-refoulement as contained therein.*”

Article 40.4 Convention of the Council of Europe on combating human trafficking (opened for signature on 16.5.2005 and which came into force on 1.2.2008) “Nothing in this Convention shall affect the rights, obligations and responsibilities of States and individuals under international law, including international humanitarian law and international human rights law and, in particular, where applicable, *the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugees and the principle of non-refoulement as contained therein.*”

Paragraph 377 of the Explanatory Report which accompanies the Convention of the Council of Europe, in relation to article 40, established that : “The fact of being a victim of trafficking in human beings cannot preclude the right to seek and enjoy asylum and Parties shall ensure that victims of trafficking have appropriate access to fair and efficient asylum procedures. Parties shall also take whatever steps are necessary to ensure full respect for the principle of non-refoulement.”

Legislation on international protection and references to trafficking:

Directive 2011/95/EU (Recast Directive on Qualifications)

“When implementing this Chapter, Member States shall take into account the specific situation of vulnerable persons such as [...] victims of human trafficking.”

Directive 2013/33/EU (Recast Directive on reception)

“Member States shall take into account the specific situation of vulnerable persons such as : [...] victims of human trafficking.”



The application of constituent elements of the definition of refugee to the victim of trafficking

"Inherent to the experience of trafficking are forms of serious exploitation, abduction, detention, rape, reduction of sexual slavery, forced prostitution, forced labour, removal of organs, beatings, starvation, negation of medical care. These are grave violations of human rights which generally form persecution."

In addition to the persecution experienced by individual during their trafficking experience, they could be the object of retaliation and/or possible new experiences of trafficking if they were sent back to the place they escaped from or where they were victims of trafficking" (UNHCR, Guidelines 'Trafficking-asylum)

Examples of granting the status of refugee in Europe to victims of violence and trafficking

Appeal Committee Greece: *"In conclusion, with reference to persecution, the Committee has taken into consideration the subjection to forced labour, all the effects that the various forms of discrimination could make the applicant's life in the country of origin intolerable, as well as taking into consideration the gender of the applicant. All the elements referred to above allow considering the applicant a member of a particular social group such as "women alone in Ethiopia".*

French National Court for the right to asylum: *"victims of trafficking can be considered as forming a social group due to the common and unchangeable characteristic of having been victims of trafficking. [...] Lastly, having considered that the trafficking of human beings [...] is persecution according to article 1 A 2 of the Geneva Convention " [Literal translation].*

Order of the Court of Messina: *"The profiles of trafficked women are heterogeneous and vary over time. Although it is impossible to draw a specific profile, the sources consulted identify some common features....due to the limited access to education, work and protection from violence, they were unable to maintain themselves and were vulnerable to the offers of help by the traffickers. In general the trafficked women come from large families, are in economic situations of severe hardship... The AS, already as a woman, definitely belongs to a more vulnerable particular social group compared to the aforementioned persecutory acts, but this vulnerability is further increased by the legislative and institutional situation in Nigeria, which although allowing for forms of protection for the victims of trafficking, it is deemed that these measures, considering the incidence and the extension of the phenomenon in the country, cannot be ensured with certainty and efficiency such as to eliminate the risk represented."*

Information sheet 2.4

National legislation



In this session the contexts and situations concerning the Member State where the training is being held must be reported, with particular attention to the following subjects:

- » The enactment and application:
 - of international/European conventions, directives and European legislation on fundamental human rights
 - of the European legislation and directives on asylum, international protection of the victims of gender-based violence, victims of trafficking including foreign minors (including unaccompanied foreign minors) Procedure per la acquisizione dello status di rifugiato la protezione sussidiaria e altre forme di permessi di soggiorno per motivi umanitari
- » Procedures for the acquisition of the status of refugee, subsidiary protection and other forms of residence permits for humanitarian reasons
- » The system of reception and protection of refugees and asylum seekers, the protection of victims of gender-based violence, of victims of trafficking and of foreign minors (including unaccompanied foreign minors)
- » The mechanisms to guarantee assistance for the victims of gender-based violence and victims of trafficking, introduced into criminal law - as far as combating crime and the protection of victims in the context of the investigations is concerned – and of the criminal procedure and the laws on immigration



Information sheet 2.5

Information/assistance for refugees, asylum seekers and victims

40'



In this session, the context and situations concerning the Member State where the training is held must be reported, providing indications on:

- » Which institutions and public subjects are involved in the system of reception of migrants, of protection of refugees and asylum seekers, protection and assistance for the victims of torture, gender-based violence (in the different types), specifying the roles and obligations in relation to the asylum seekers and/or applicants for protection.
- » Which local authorities and associations in the private/social sector are involved in the system of reception of migrants, of protection of refugees and asylum seekers, protection and assistance for victims of torture, gender-based violence (in the different types) specifying the roles and obligations in relation to the asylum seekers and/or applicants for protection.
- » To which services and subjects the operator who is in contact with the potential victim can orient the latter, specifying the different types of service and assistance provided.

Conclusion and shared considerations

10'



Break

15'

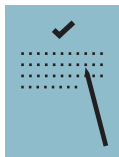


1,45h Workshop

Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion

Delivery

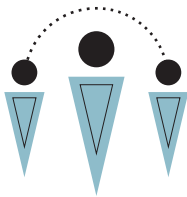
15'



The teacher and the co-teacher read and illustrate the case chosen (usually a real one) to the class. They ask the participants to form groups of 4-6 people and distribute a written copy of the case illustrated (at least one copy per group).

Group work

40'

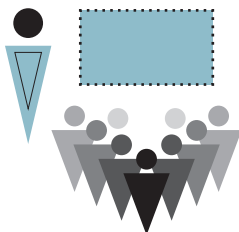


Teacher and co-teacher tell the groups to reflect and discuss the case following three categories of reflection and analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case, their context of origin and their contingent situation; 2. Fragility and weaknesses of the person, their context of origin and their contingent situation; 3 the management of the case by the services (reception centres, health services, social services and others), the critical points, the good practices, how they could have/should have acted for a more efficient intervention.

The group works for 30-40 minutes

Presentation

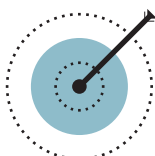
40'



At the end of the work, the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a mutual exchange of knowledge and experience.

Conclusion

10'



The workshop concludes with the teacher and the co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and, if necessary, add information required by the participants and/or aspects that have not emerged but are deemed of significance.



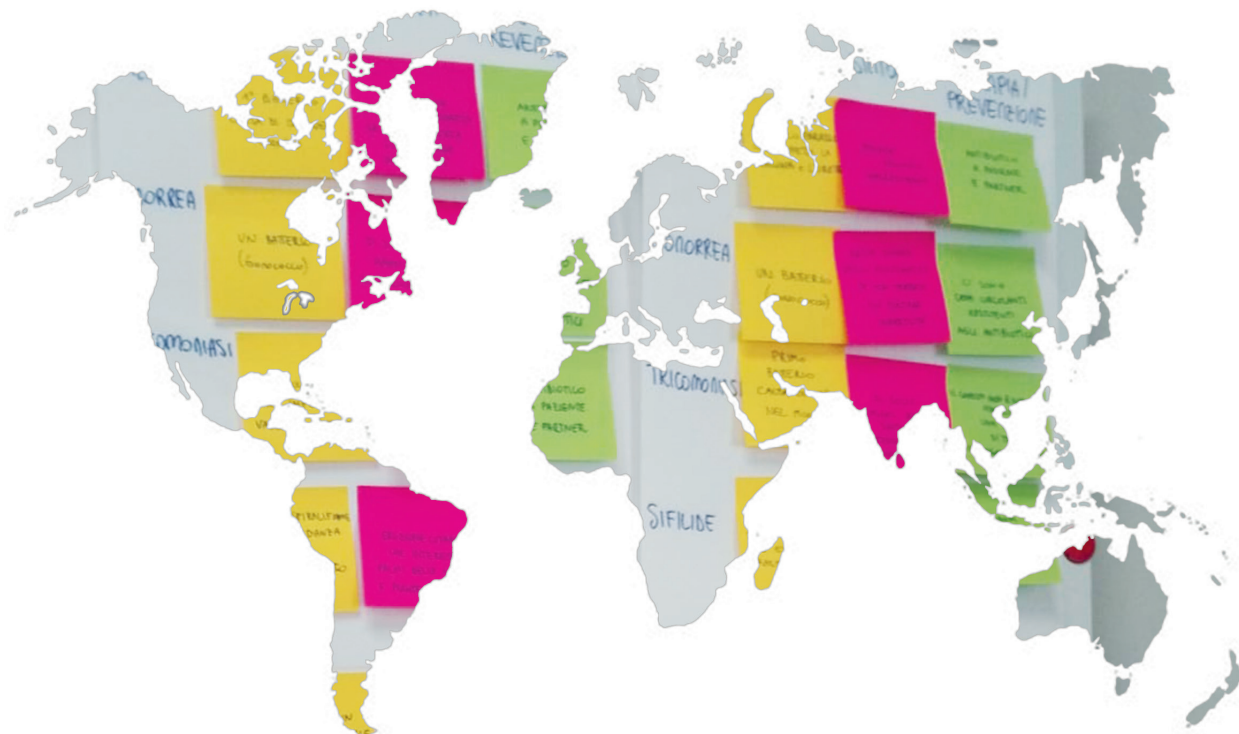
The case

In June 2012, a foreign citizen told the police that she and her daughter had been hit by her husband (the father of her two children). The police intervened, but no formal complaint was filed. In August the same year, the woman reported that she had been forced by her husband to have sexual intercourse with him and his friends under the threat of a knife. Her complaint was followed only by a fine for the husband for illegal possession of the knife. On 5th September 2012 she made a formal complaint for injuries, ill-treatment and threats, asking the public authorities for protection for her children and herself. She was questioned for the first time on 4th April 2013. In this circumstance, she reviewed the declarations she had already made. The case was dismissed. In October 2013, there was a new episode of injuries and the man was fined €2000. In November, the woman called the police, reporting a violent quarrel with her husband. Shortly afterwards, the man returned to the woman and attacked her with a kitchen knife. In the struggle, their nineteen-year-old son intervened, and received a fatal blow from his father. In her attempt to escape, the woman suffered several stabs to her breast. In 2015, the man was sentenced to life imprisonment for murder and attempted murder, illegal possession of weapons and ill-treatment of his wife and daughter. The plaintiff seized the European Court of Human Rights, invoking articles 2,3,4,13 and 14 the European Convention on Human Rights. The Court upheld and acknowledged the violation of the articles invoked, granting an indemnity of €30,000 (art. 41 of the ECHR) to the plaintiff.



edited by **Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA** and **Chiara DALLAVALLE**

3





15'

The issue of the health of an individual represents a problem of public health. Health is a fundamental human right which has to be recognized equally for all individuals. The objective of this module is to raise awareness on the specific issues linked to the state of health of migrants during their migratory journey and on arrival in the country of arrival, with particular regard to the health of the most vulnerable categories. The module intends to establish the elements to approach the different aspects of health including sexual and mental health. Lastly, the aim is to indicate the professional and cultural competences of the operators of the services who are responsible for the vulnerable subjects and the victims of proximity violence.

Information sheet 3.1

The right to health in the international legislative sources



Health is recognized as a primary asset of the individual, a **fundamental right recognized by the international community**.

Art.25 Universal Declaration of human rights adopted by the United Nations on 10th December 1948: Everyone had the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care..

Art. 12 International covenant on economic, social and cultural rights (New York 1966): The States parties to this Covenant recognize the right of every individual to enjoy the best conditions of physical and mental health that he/she can achieve.

Information sheet 3.2

The right to health in national and local legislative sources



This session refers to the contexts and situations concerning the Member State where the training is held, with particular attention to the following subjects:

the enactment and application of the international/European conventions, European directives and legislation on the fundamental rights to health. Access to health and social services with particular reference to foreign migrants, refugees and/or asylum seekers, the victims of trafficking and proximity violence;

the national and local measures and strategies to guarantee assistance and adequate care for victims of torture, victims of gender-based violence, proximity violence and victims of trafficking.



Information sheet 3.3

Definitions and concepts of medicine, care, health/illness, fundamental needs and other essential points

30'



Treatment: prescription, medicine, solution-oriented. Where the professional diagnoses the problem and the patient receives treatment.

Care: emphasis on thought, emotions, The meeting and the person are given great attention. Not necessarily the solution.

Humanitarian medicine: understood as medicine in its human dimension, not only the technical aspects.

There are situations in which “being taken to the heart” becomes the dominant therapeutic factor, if not the only one. Social/health operators need specific competences on the matter (communication, but also resilience and, precisely, humanity).

Health (WHO): state of complete mental, physical and social well-being of the human being dynamically integrated into their natural and social environment and not the sole absence of illness (therefore the physical + mental + emotive+ relational + spiritual + social dimensions).

Sexual health (WHO): state of physical, emotional and social well-being [...] which gives the chance to have sexual experiences which bring pleasure in complete safety and without constraints, discrimination or violence.

Illness: an alteration of normality, a transitory or permanent loss of homeostasis, when the defence abilities of our organism are no longer capable of controlling the damage caused by pathogenic agents. It may also be caused by a biographic or social event.

The 3 dimensions of illness (Kleinman): according to medical anthropology, “being ill” can be divided into 3 areas: disease, illness, sickness,

- » *disease* is the part “of the doctor”, the coded, part, the diagnosis, the part that can be observed with a scientific method;
- » *illness* is the subjective side, the suffering of the person linked to the fact of having a “disease”;
- » *sickness* is the social/symbolic representation of the disease, the sense that is given to it, the process of “socialization” of the disease (the perception by society).

Mental Health: the capacity to be in control of one’s thoughts, emotions, behaviour and relations with others, including in relation to social, cultural, economic, political and environmental factors. This capacity is upset by exposure to adversity, an exposure which becomes a risk factor for the development of mental disorders. Some individuals or groups are more at risk of suffering mental disorders. They are more vulnerable subjects such as those in conditions of poverty, those suffering from

Information sheet 3.3

chronic diseases, abandoned and ill-treated children, drug-users, the elderly, victims of discrimination and the violation of human rights, prisoners, victims of conflicts, natural catastrophes or other humanitarian emergencies. Amongst migrants there is a high rate of mental disorders (depression, anxiety, disorders linked to trauma, etc.) and a greater difficulty both in access to the specific services and in actually being treated by the services.

The 14 Fundamental Needs of Virginia Henderson (1960)

Need	Description of the Need
Breathe normally	The ability of a person to keep a sufficient level of exchange of gases and a good oxygenation.
Eat and drink adequately	The ability of a person to eat and drink, chew and swallow. Also to be hungry and absorb enough nutrients to capitalize the energy necessary for their activities.
Eliminate body wastes	The ability of a person to be autonomous for eliminating faeces and urine and guaranteeing personal hygiene. Also to eliminate the waste of the body's functioning.
Move and maintain desirable posture	The ability of a person to move alone or with mechanical means, to organize their home adequately and to feel comfortable in it. Also to know the limits of their body.
Sleep and rest	The ability of a person to sleep and feel rested. Also to manage their fatigue and energy potential.
Select suitable clothes – dress and undress	The ability of a person to get dressed and undressed, to buy clothes. Also to construct their physical and mental identity.
Maintain body temperature within normal range (37.2 °C)	The ability of a person to be equipped according to their environment and to appreciate the limits.
Keep body clean and well-groomed and protect the skin	The ability of a person to wash, to be clean, to groom themselves and use products for skincare, to feel good and feel they look good. Also to have the perception of the self through the eyes of others.
Avoid dangers	The ability of a person to keep and promote their physical and mental integrity, with the knowledge of the potential dangers in their environment



Need	Description of the Need
Communicate with others	The ability of a person to be understood and to understand thanks to their attitude, words or a code. Also to be part of a social group, fully living their emotive relations and their sexuality
Act according to one's beliefs and values	The ability of a person to know and promote their principles, beliefs and values. Also implementing them in the sense they want to give to their life.
Work in such a way that there is a sense of accomplishment	The ability of a person to do playful or creative activities, implementing them in their self-gratification and keeping their self-esteem. Also having a role in a social organization.
Play or participate in various forms of recreation	The ability of a person to relax and cultivate themselves, and invest in an activity which does not concentrate on a personal problem and to find personal satisfaction
Learn	The ability of a person to learn from others or from an event and to be able to evolve. Also to adapt to changes, become resilient and be able to transmit knowledge.

Information sheet 3.4

The role of culture and its influence on the health of vulnerable migrants



The cultural competence in the health system is the ability of the carers to understand and integrate cultural factors in their work, such as to provide another quality of care to all patients, indistinctly of ethnicity and cultural background. Cultural competence does not mean knowing all cultures, but knowing the importance of the cultural factor in the construction of the experience and knowing how culture influences the mind! Poor cultural competence generates unsatisfied patients ... (and other problems).

Culture is the set of ideas, traditions and behaviour shared by those who belong to a specific group. These people are identified as members of the group, and are distinct from the members of other cultural groups. Inside each cultural group, there are various subgroups.

It is in constant evolution, learned and handed down from one generation to the next, shared (explicitly or not), often expressed symbolically (language/clothing/attitudes etc.), it is transversal to all the aspects of the individual's life, "we are always in it".

The influence of culture on health: perceptions of health/illness/death, beliefs on the causes of illness, the experience of illness/pain as well as their expression, where/and how to be treated, which treatments are to be privileged etc.

Each player in the system is influenced by their culture!

«Cultural competence» understood as the capacity to negotiate the cultural differences, to be able to ask what the patient's beliefs are about the care, the diagnosis and the treatment.

The awareness of the influence of culture gives better results.

BE CAREFUL!

Be careful of ethnocentrism (question yourself), remember that we are also the bearers of a culture, including a professional one.



Information sheet 3.5

The health of migrants

30' + break 15'
at the end



When they arrive in Europe, migrants are in better health than the resident population (Razum 2000, Healthy migrant effect). This condition tends to be lost over time due to the conditions and styles of life (Acevedo-Garcia 2010).

The progressive loss of employment linked to the recession has had a negative impact on the health of migrants, in particular on their mental health with an increase in suicides, on their weight (increase of overweight > in women), on the quality of perceived health which tends to approach that of Europeans. After ten years in a European country, the migrants have a worse state of health.

The approach by the social and health operator must take into account that:

- » The migrant is not in himself a bearer of infectious diseases
- » Often it is not possible to know his serological and vaccination state before arrival in Europe
- » Some infectious diseases (e.g. TBC) are revealed only after a long period after arrival
- » The geographical origin of the migrants and the risks they have faced during the period of migration make systematic screening of sexually transmissible diseases necessary
- » Syndromic surveillance must be extended in time to identify those pathologies that are not present or latent on arrival, which appear after a variable period from reception
- » The competences on carrying out syndromic surveillance should be better clarified and regulated, including with respect to the roles of the relevant public authorities.

The factors that influence migrants' health

- » Pre-migration factors (wars, famines, gender-based violence, sexual abuse for marital purposes, FGM);
- » Migratory factors (journey, violence during the journey);
- » Factors linked to pregnancy (often the result of sexual violence)
- » Post-migration factors (unemployment, isolation, language barrier, cultural aspects linked to mental health).

Information sheet 3.5

The effects

Before the departure from the country of origin

ECONOMIC MIGRANT (often young and in good health) = HEALTHY MIGRANT EFFECT

FORCED MIGRANT (effect of conflicts and extreme poverty on health) = EXHAUSTED MIGRANT

Effects of conflicts on health	Potential causes	Examples
<i>Increase in mortality</i>	Traumas, injuries, accidents Infectious diseases Chronic diseases/emergencies	Combattimenti Violenze assalti, Malaria, tetano, dissenteria Parto, asma, diabete, emergenze
<i>Increase in morbidity</i>	Traumas, injuries, accidents Infectious diseases Chronic diseases/ Emergencies Reproductive disorders, Malnutrition Mental disorders	Attacks, mutilations, burns Water-borne transmission/ pathogens, ST Interruption of treatments Perinatal deaths, underweight, Acute/chronic fistulae, nutritional deficit Anxiety, depression, suicidal manias
<i>Increase in disabilities</i>	Physical disabilities Mental disorders Reduced social participation	From mutilations/absence of vaccinations Post traumatic disorders, psychosis, epileptics, emotional disorders, Isolation, loss of social network

On arriving in the country of arrival

The effects of the previous phases come to the light and the healthy migrant effect is over

More risk factors	consequences
<i>Socio-economic factors:</i> unemployment, risky or unprotected professions, degraded living conditions, absence of family network, psychological distress, climate, nutritional and/or behavioural changes, etc.	<i>Consequences on the individual :</i> » Worse conditions of health » Increase in complications
<i>Limited access/use of social /health services:</i> barriers on the side of demand and supply	<i>Social impact</i> » Increase of risk of infections and spread of transmissible diseases » Increased health spending » Reduction of human and social capital



Information sheet 3.6

Migrants and Illnesses



Transmissible infectious pathologies

These pathologies can arise even after the arrival in Europe and are due to a different condition of immunization and susceptibility and to the precarious living conditions.

The main infectious pathologies of the migrant are:

- » varicella
- » parasitic diseases (scabies, lice), measles
- » measles
- » gastroenteritis

Sexually transmissible diseases:

- » HIV
- » Hepatitis B, C and D
- » Syphilis

The real problem comes from infectious diseases which are not usual in the West and which often we are unable to diagnose promptly, such as the following:

- » malaria, leprosy;
- » parasitic diseases of the skin and intestines (e.g. filariasis, schistosomiasis);
- » trachomatis;
- » diseases from haemorrhagic viruses (Chikungunya, West Nile, dengue).

Tuberculosis

The World Health Organization (WHO) believes that tuberculosis is the most widespread infectious disease at global level. Every year, 8 million people fall ill with tuberculosis and 2 million die from the disease all over the world. People with HIV are at a 20-30 times greater risk of contracting TBC if infected. Not all people who are infected develop the disease; the immune system can deal with the infection and the bacteria can remain dormant for years. This condition is called latent tuberculosis infection and about one-quarter of the world's population are affected. Tuberculosis is a disease that is strongly associated with the conditions in which people live, as in the case of vulnerable migrants: the lowering of the immune defences can effectively depend on the fact of living in very unhygienic conditions and suffering from a state of malnutrition and generally poor conditions of health. To date, tuberculosis is a medical and health emergency not to be underestimated: prevention is very important and fortunately this disease can be treated, but it is fundamental that the diagnosis is made in time to avoid the onset of further problems.

Information sheet 3.6

Migrants and other Pathologies

Migrants are mainly affected by, order of frequency:

- » mental disorders;
- » cardiovascular diseases;
- » high blood pressure;
- » kidney insufficiency;
- » diabetes.

Reproductive and perinatal health

In this context of multiple vulnerability, pregnancy and the perinatal period are particularly dangerous for women and girls, Many of the pregnancies monitored in reception centres in Europe are the result of rapes before departure or during the migratory journey.



Information sheet 3.7

Psychological support for the victims of violence



Psychological aspects of victims of violence and/or traumatized people

The victims of violence often go through different “phases” after the traumatic event, which are typically:

- » shock/negation;
- » fear;
- » apathy, anger, depression, guilt, loss of pleasure, despair;
- » resolution/repression.

In addition relational difficulties can also arise, which undermine the creation of bonds of trust with others, or the distortion of the image of the self and the world, as well as cognitive disorders.

In the case of victims of proximity violence

the effects are similar to those produced by other forms of violence, with the aggravating factor of the bond with the perpetrator. Victims of extreme violence (linked to events in the country of origin, on the journey and once they have reached Italy) have often been in contact with death. They may have physical marks and have infinite invisible scars. They often have a specific symptomatology such as the presence of flashbacks, nightmares, hallucinations, emotional alternations, social withdrawal, explosive behaviour, dissociation. Their cognitive skills, emotional regulation and interpersonal skills may also be compromised.

The social determinants for mental health

1. Mental health and many mental disorders are moulded to a great extent by the social, economic and physical context in which people live;
2. social inequalities are associated with an increased risk for many mental disorders;
3. act to improve the conditions of daily life from before birth, during early childhood, at school age, during the creation of a family, during working life, in old age, allows both improving the conditions of mental health in the population and reducing the risk for those mental disorders associated with social inequalities.

Support for victims of violence

Asylum seekers and refugees, women, minors and victims of trafficking often have specific health needs and ad hoc skills are necessary to attend to them, in order to allow improving health and integrated care. Trauma causes not only the Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) but also other invisible wounds which often lead to the abuse of alcohol, cannabis, and episodes of somatization. These factors have

Information sheet 3.7

important repercussions on the mental health of the subjects. For example, it has been shown that in the migrant population, the rate of incidence of psychosis is greater than in autochthones, and is more widespread in women. For adequate care of the victims of violence in the health sphere, especially if migrants, specific skills which allow focusing the work on the person and not on the culture or pathology are necessary.

The following are necessary:

- » to reactivate the person's cognitive skills and the "healthy" structures;
- » to replace negative phrases and words with positive phrases and words;
- » to promote actions of empowerment;
- » to support people in relation to the surrounding reality;
- » to accept empathically and confirm the repressed emotions;
- » to plan a migratory project;
- » to support putting down roots in the new context.

With respect to victims of trafficking, the early identification of the physical and mental conditions of risk is fundamental, in newly-arrived foreign women and potentially at the risk of trafficking.

Linguistic-cultural mediation is a fundamental instrument of support for victims of violence, as is system mediation, understood as a process of organizational transformation where the relation and correct communication with the user are always guaranteed.

The training of operators

Social and healthcare operators must develop specific skills such as:

- » medical-anthropological skills
- » relational skills (these are part of the professional skills of operators in some health sectors, but are still not part of the professional culture of all health care professionals);
- » skills in multidisciplinary work and networking;
- » skills in psychotraumatology;
- » skills on psychosocial pathways.



Information sheet 3.8

The players involved

20'



The identification of the players involved is of primary importance for work with the victims of violence. In every country the network of subjects who play a role in the recognition, care and accompaniment of these fragile victims of violence must be identified, starting from the institutional level to the third sector entities and the private social sector. Building up a network of reference must also include a national and supranational plan, but also identify all those who are actively engaged at local level.

Conclusion and shared considerations

10'



Break

15'



1,45h Workshop

Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion

Delivery

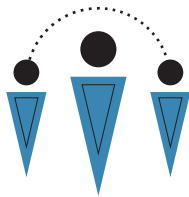
15'



The teacher and the co-teacher read and illustrate the case chosen (usually a real one) to the class. They ask the participants to form groups of 4-6 people and distribute a written copy of the case illustrated (at least one copy per group).

Group work

40'

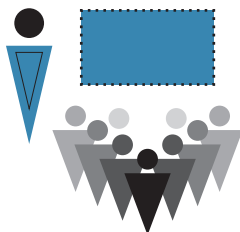


Teacher and co-teacher tell the groups to reflect and discuss the case following three categories of reflection and analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case, their context of origin and their contingent situation; 2. Fragility and weaknesses of the person, their context of origin and their contingent situation; 3 the management of the case by the services (reception centres, health services, social services and others), the critical points, the good practices, how they could have/should have acted for a more efficient intervention.

The group works for 30-40 minutes

Presentation

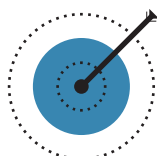
40'



At the end of the work, the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a mutual exchange of knowledge and experience.

Conclusion

10'



The workshop concludes with the teacher and the co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and, if necessary, add information required by the participants and/or aspects that have not emerged but are deemed of significance.





The case of Aliou

Aliou is a 29 year-old Senegalese of Fula ethnicity and a Muslim. After rejection, he is waiting for the result of his first appeal. He is in a guest in a SPRAR (System for the protection of asylum seekers and refugees) and shares the apartment with 3 other people.

He was sent to the service for two significant episodes of anger and despair which required the intervention of the emergency services, the first following the news of the rejection by the Commission of his request for asylum and the second on the news of the death of his maternal uncle.

His family history and conditions of extreme poverty drove Aliou to leave Senegal suddenly, several times exposed to dangers and violence. He relates with great suffering the experience in Libya and how lucky he feels that he survived the journey by sea.

He lost his father when he was five years old and Aliou lived with his brother, his mother and his stepfather. His mother had a stroke which has left her in a wheelchair and his only brother suffers from mental disorders. He had to leave school to work as a shepherd.

Aliou relates intense experiences of anxiety and pain linked to the condition of uncertainty and precariousness of his request for asylum, feels worried for the family situation in Senegal and the responsibility of having to provide for them economically. Aliou experiences the rejection of the commission as an individual responsibility, is strongly determined not to speak about Senegal or the journey of migration. He finds difficulty in orienting himself in space and time.



5h



Violence, torture and mental distress

edited by *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

The experience of violence, in itself strong traumatic, may have significant repercussions on the state of mental health of the victim, whose psychic integrity is subjected to great pressure. This is particularly true in the case of migrants, as migration itself is a potentially traumatizing event, both due to the loss of fundamental bonds of belonging and due to the dangerous nature of the journey that the migrants have to face. The module aims to provide the knowledge necessary to identify the victims of traumatic experiences such as violence and torture, and the most efficient therapeutic approaches for their treatment.

Information sheet 4.1

Trauma and post-traumatic aspects



Trauma

This is an event which, due to its characteristics, cannot be integrated into the psychic apparatus of the individual and which therefore has a dominant effect on the individual's ability to deal with it. It can be a one-off event or, more frequently, a repeated event or a traumatic relationship with the context. Minor traumas are those potentially traumatic experiences which a person can come up against in the course of life. These are subjectively disturbing events characterized by a perception of danger which is not particularly intense. On the contrary, major traumas refer to all those events that lead to death or that threaten one's physical integrity or that of one's dear ones.

Traumatizing potential of an event

The traumatic nature of an event does not depend exclusively on the characteristics of the event itself, but also on the structure and on the psychic resources of the individual going through the experience.

There exist individual variabilities in the response to similar traumatic events. In this sense, repeated violence has a greater probability of triggering off traumas whilst the resources and the resilience of the individual represent a factor of protection.

Dissociative defence mechanisms

These are defensive operations activated by the mind in conditions of extreme threat to psychic integrity. They prevent an event, a feeling of an experience reaching psychological importance by temporarily altering the sense of reality without a simultaneous loss of the examination of reality. Dissociation is a process that avoids the construction of "bonds" between different psychic experiences: the affect or the dissociated experience remains as though suspended, without contact with the rest of the subjectivity. In the most sensational cases, there can be experiences such as derealisation and depersonalization both during the traumatic event and subsequently. What is dissociated remains in the form of a nucleus of experience which cannot be contacted by the subject. At times, the dissociated affect can be perceived by the operator in an apparently disconnected way from the time.

**Trauma and attachment theory**

The exposure of children to traumatic experiences is strongly influenced by the quality of the parental relationship. The mother regulates the arousal of the child, helping them to remain in an optimal state and thus laying the foundations for the subsequent capacity of the child's self-regulation.

On the contrary, insecure and disorganized attachment is also seen in the body, in the movements which are not integrated and not harmonious, in the difficulty of using the capacities of self-regulation and/or the capacity of interactive regulation of arousal. Experiences of abuse (ill-treatment and neglect) in a relationship of attachment lead to chronically increased arousal or the alternation of states of hyper and hypoarousal. Experiences of abandonment lead to an affective flattening out due to the chronic lowering of arousal.

Traumatic memories remain as though frozen and re-emerge in the form of bodily sensations, posture, movements and intrusive images. The person stays as though divided into two aspects: the one that allows them to continue in their daily life avoiding traumatic memories and the one that understand these memories and triggers of automatic defensive actions against the threat.

Information sheet 4.2

Post-traumatic stress disorder



Post-Traumatic Stress Disorder according to the DSM 5

Criterion A: exposure to a trauma, such as real death or the threat of death, severe injury, or sexual violence both through direct experience of the traumatic event or through learning of a violent or accidental event involving a member of the family or a close friend.

Criterion B: onset of intrusive symptoms related to the traumatic event (memories, dreams, flashbacks), which can lead to complete loss of awareness of the surrounding environment.

Criterion C: persistent avoidance of the stimuli associated with the traumatic event which is implemented after the event.

Criterion D: subsequent appearance of negative alterations of thoughts and emotions associated with the traumatic event.

Criterion E: subsequent appearance of marked alterations of arousal and the reactivity associated with the traumatic event.

Criterion F: the alterations described last for more than 1 month.

Criterion G: the disturbance causes clinically significant distress or compromises functioning in the social or work environments, or in other important areas.

Criterion H: The disorder cannot be attributed to the physiological effects of a substance such as for example medication or alcohol or to another medical condition.

Disorders frequently associated with PTSD:

Psychosomatic disorders (headaches, syndrome of chronic pain, gastrointestinal disorders, eating disorders, disorders of the genital apparatus and the sexual sphere);

Depressive disorders (crying, severe weakness/easily prone to fatigue, vital sadness/anhedonia, guilt feelings and self-underestimation, despair and suicidal ideas);

Dependence on alcohol, psychotropic substances, medication.



Complex PTSD

Set of symptoms which are the result of prolonged cumulative interpersonal traumas experienced during development, such as stories of repeated abuse and ill-treatment in the family, severe neglect and abandonment, conditions of torture or imprisonment, wars and forced migration. We are talking here of chronic traumatization and no longer of a single traumatic event.

In addition to the symptoms of PTSD, C-PTSD can imply issues concerning: the regulation of emotions and dissociative states, interpersonal relationships, self-perception, systems of meaning, somatization, attention and guilt, conception of suicide, the body image and eating behaviour. The person is fragmented, incoherent and unpredictable. The severity of the symptoms is generally proportional to the precociousness with which the person was exposed to the trauma.

IMPORTANT!

Not all those who are exposed to a traumatic event develop post-trauma stress disorder. In certain cases, a trauma can act as a catalyst of adaptation, around which the individual redefines their values and objectives, rearranging the previous interior chaos. There are various factors that influence the psychological impact of a traumatic event on the individual: the different outcomes of a traumatic experience depend on the complex and unforeseeable interaction of three fundamental components: the environment, the biological inheritance and the psychological characteristics.

Information sheet 4.3

Trauma in migration



Bond between migration and psychic suffering

It was recognised in around 1700 when the term “nostalgia” was used to identify it, used for the first time in a scientific and medical context by a medical student called Johannes Hofer. Subsequently the concept of culture shock or stress from transculturation was used, according to which the migratory experience is explicitly considered in terms of trauma and in particular of individual factors of resilience and vulnerability. Specifically, culture shock means a psychic reaction which shows the difficulty of accepting ways of being that are culturally different from one’s own and is translated into psychic distress, difficulty in coping with everyday life, discomfort, insecurity, sense of isolation with nostalgia for one’s one culture and a state of depression.

Migratory trauma

Migration is in itself traumatic, an experience of breaking bonds, of a balance existing between the individual and their environment, a rupture which entails looking for a new balance. Therefore the migratory experience generates psychological stress in terms of: feeling of powerlessness, loss of self-esteem and confidence, intense emotions, often frozen, emerge, dissociated from the word, in the form of somatic sensations and behavioural reactions. The migratory trauma is associated with the interruption of affective and social bonds, of the existential fabric, with the loss of cultural defences, social roles, status, as well as of the “identity kit” and sensory references. The social and collective dimension of the Self is threatened by migration and vice versa, the possibility of contacting the cultural group of reference can be a protective factor.

The stressors of the migratory condition

- » Forced solitude: absence of the possibility of being with one’s family or the inability to bring them to the host country, even in the presence of documents, due to lack of money or administrative obstacles;
- » The failure of the migratory project, the lack of opportunity, no possibility of accessing the labour market or working in conditions of extreme exploitation;
- » The fight for survival: where to eat, where to sleep;
- » Fear, terror, threats from criminal organisations during the migratory journey, fear of expulsion, of physical and sexual abuse, experiences of powerlessness and lack of help: Who to trust?

**How distress appears**

The migrant shows behaviour and experiences such as: “absences” in their autobiographical memory, sensation of bewilderment and loss, nostalgic disorientation, crisis of the presence, passivity, isolation, withdrawal, avoidance, and, last but not least, behaviour externalizing characteristics of deviance and aggressive attitudes.

It has to be noted that the impact with the Italian context often takes place abruptly and the individual in the condition of migrant encounters a context that may be incomprehensible. In addition, once they have arrived in the country of reception, the migratory project is taken over by the institution.

It is important that the reception operators can accompany the person to reconstruct the meaning of what is happening around them, in terms of practices and meanings, including cultural, as a protective factor with respect to the migratory trauma.

Vulnerability

The relationship between migration and trauma is mediated by the concept of vulnerability. The term vulnerable comes from the Latin word “vulnus” which literally means wound or injury. It can be physical, psychological and by extension also of a right. Being vulnerable does not represent a state, but a potential state.

Information sheet 4.4

Migration and violence

20'+ break 15'
at the end



What is violence

According to the WHO (2002), violence means the intentional use of physical force or power, threatened or real, against oneself, another person or against a group or a community, that causes or has a high degree of probability of causing lesions, death, psychological damage, poor development or deprivation. Violence is not a component that can be eliminated from human *behaviour*, and has its roots in the social, cultural, religious and economic structure.

Torture

Experiences such as imprisonment and torture provoke severe psychic traumas through experiences of extreme terror, extreme suffering and negation of subjectivity. Torture in particular contains an over-abundance of characteristics that increase its severely traumatising power:

- » Extreme terror for one's life
- » Extreme physical and psychic suffering
- » Condition of extreme vulnerability
- » Prolonged and/or repeated event
- » Pathological relationship with the context.

Torture induces a sense of powerlessness and despair that has an impact on the sense of the subjects' identity as individuals capable of control over their future. The absence of rules, the unpredictability and the casual nature of the violence contributes to the lack of control that the subject feels.

Acted out violence

In the past the idea that victims of violence could be more prone to act out violent behaviour according to the psychological mechanism of "identification with the aggressor" was common. Although it is not a rule, it usually takes place through a process of "shifting" towards a more vulnerable or less threatening subject. The choice of the target may also depend on the feeling underlying the violence: hatred, guilt feelings, feeling of helplessness. In any case, the exercise of violence is always a relational fact to be interpreted in its situation with respect to the context.



Restorative and dysfunctional adaptation

Individuals are forced to adapt in some way to the impact of torture and the violation of human rights.

The five systems of adaptation put in check by extreme violence are identified in the following functions:

- » Personal safety
- » The system of attachment and ability to form bonds
- » The identity and function of the social role
- » Justice
- » The sense of existence

The sense of safety in the world, or general reliance, is acquired in the first years of life in relation to the first figure of care. Originating with life itself, this sense of trust supports a person throughout their life, forming the basis of the entire system of relations and trust. Traumatic events destroy the construction of the Self which is formed and supported in relation to others and violate the trust of the victim in a natural or divine order, throwing them into a state of existential crisis.

Information sheet 4.5

Ethno-psychiatry



Definition of ethno-psychiatry

This is a multidisciplinary, comparative, interactive and pragmatic subject aimed at treating mental distress in individuals of a culture other than that of the therapist. Ethno-psychiatry is the result of the ineffectiveness of current therapeutic practices with migrants and therefore allows for opening up the therapeutic discourse to the cultural significations of the patient (religious narratives, family structures, traditional etiologies). Ethno-psychiatry considers the explanatory models usually used by psychology, psychopathology and psychiatry in their turn as culturally defined and localized narrations. It therefore supports the need to relativize out theories by entering into dialogue with the theories of reference of the patient. An ethno-psychiatric approach entails modifications in the theory and in the technique of traditional psychiatry.

The cultural references of mental illness

In the ethno-psychiatric perspective, it is fundamental to make present in the meeting with the patient their cultural references, starting from language. For example, at times some expressions, including their name, cannot be translated except with periphrases, where the original term recalls a wide social and cultural semantic field. It is necessary to accept the value of the traditional etiologies (such as djinn, maraboutages) and the interiorized social structures: they have to be recognised not as elements of ignorance, superstition or backwardness but as fundamental narrative components that allow the patient to give a meaning to their suffering.

There are three possible configurations

Intracultural: the therapist and the patient belong to the same culture; the therapist takes into account both the individual and the sociocultural dimension.

Intercultural: the therapist does not belong to the ethnic group of the patient, but has good knowledge of the patient's culture and uses it as a therapeutic lever.

Metacultural: The therapist and the patient belong to different cultures and the therapist does not specifically know the patient's culture, but understands the concept of "culture" and uses it to establish a diagnosis and therapy.



Criticisms of ethno-psychiatry

Although the clinical treatment of migrant patients requires contributions and clarity provided by knowledge of their culture, it is necessary to avoid standardizing the individual and the relationship to the cultural dimension alone, ignoring on the other hand the individual and socioeconomic aspects, such as the intrapsychic elements like trauma, the aspects of context, the power relations, any condition of social marginalization. The operators therefore have to be able to decentralize and work, constantly using these two levels, individual and cultural, without confusing them and taking into account the relations necessary and at times in conflict with one another.

Information sheet 4.6

Resilience and resistance



Giving power back: the process of Empowerment

The central experiences of psychic trauma represent a deprivation of power and control, over oneself by the victim and the destruction of their bonds with others. The healing process is therefore based on restoring in the survivor the power and control over themselves and on building up new bonds. The first step towards healing is increasing the capacity to actively control one's life (empowerment) by the survivor who has to be the author and the arbitrator their healing.

Factors of resilience

Individual characteristics:

- » Solidity of the Self
- » Solidity of cultural identity
- » Flexibility of cultural identity
- » Effective styles of attachment
- » Effective styles of coping
- » Pre-migratory health.

Migratory project:

- » Pre-migration (preparation, willingness, realistic expectations)
- » Post-migration (implementation of the project, effective re-elaboration, effective social support).

Factors of vulnerability

Individual characteristics:

- » Fragility of the Self
- » Fragility of cultural identity
- » Rigidity of cultural identity
- » Deficitary styles of attachment
- » Ineffective styles of coping
- » Pre-migratory morbidity.

Migratory project:

- » Absent (forced migration)
- » Failed (or threatened with failure).



Other factors

- » Stress from transculturation (culture shock)
- » Loss of status
- » Nostalgia, mourning
- » Absent or inadequate social support.

Resistance to institutional control

Torture induces a sense of powerlessness and despair which has an impact on the sense of identity of the subjects as individuals incapable of control over their future. The absence of rules, unpredictability and the casual nature of violence contributes to the lack of control that the subject feels. The strategies of resistance to gain some measure/sense of control are of the cognitive, emotional and behavioural type, where the subjects make fun of the guards, do not cooperate, defy authority and implement provocations. The capacity of developing creative strategies of resistance and resilience allows better tolerating prison and the experience of torture.

Information sheet 4.7

Differences in the experience of gender-based violence



The condition of migrant women

Migration can cause experiences of different types of violence in women

- » Leaving their country means redefining and reformulating family bonds and balances, rethinking how they belong to the traditions and values of their culture. At times migrant women are also victims of violence in the context of origin, but where violence is an “accepted” relational method and there is little awareness of being victims. In the country of arrival, the operators’ frequent pushing to denounce the violence they have suffered is transformed into fear of marginalization from the community they belong to and a breakaway from the roots and preclusion with a possible return to the home country;
- » The journey itself is often the scene of violence against women, mainly of a sexual nature, therefore violence against the gendered body, the genitals, the reproductive apparatus and trafficking.

Men and violence

Sexual violence does not only refer to the practice of rape but also to threats, to forced nudity and harassment. In the case of men, especially Muslims, forced nudity is perceived as a violence worse than physical violence as it produces great humiliation and mortification of the sense of dignity. Forced nudity induces a sense of powerlessness in face of the fact that the prisoners are deprived of a sense of protection and illusory safety provided by clothes, and alludes to much worse threats.

The experience of violence, exercised to produce the annihilation of the individual and the group they belong to, provokes the loss of one’s status, one’s place in the world, which is particularly significant for men.



Conclusion and shared considerations

10'



Break

15'

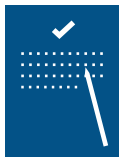


1,45h Workshop

Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion

Delivery

15'



The teacher and the co-teacher read and illustrate the case chosen (usually a real one) to the class. They ask the participants to form groups of 4-6 people and distribute a written copy of the case illustrated (at least one copy per group).

Group work

40'

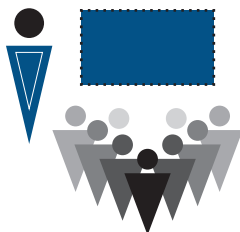


Teacher and co-teacher tell the groups to reflect and discuss the case following three categories of reflection and analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case, their context of origin and their contingent situation; 2. Fragility and weaknesses of the person, their context of origin and their contingent situation; 3 the management of the case by the services (reception centres, health services, social services and others), the critical points, the good practices, how they could have/should have acted for a more efficient intervention.

The group works for 30-40 minutes

Presentation

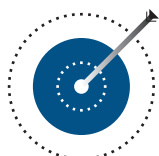
40'



At the end of the work, the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a mutual exchange of knowledge and experience.

Conclusion

10'



The workshop concludes with the teacher and the co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and, if necessary, add information required by the participants and/or aspects that have not emerged but are deemed of significance.



The case of Ahmed

Ahmed is 19 years old and comes from Gambia. When he was six, his parents divorced and, after his mother moved to be with her family, Ahmed had no more contact with her. The youngster says he suffered a great deal from this forced separation and was brought up by his father, an activist in the UDP party, a movement opposing the dictatorial regime. Ahmed says he had a difficult and unloving relationship with his father. When Ahmed was 14, a group of paramilitaries broke into the house looking for his father. Following this episode, he and his uncle left the country and since then Ahmed has had no news of his father. The pair then went to Libya, where Ahmed was imprisoned and was able to be released only thanks to the payment of a ransom by his uncle. When they reached Sicily, the uncle continued on to Germany while Ahmed was placed in a centre for Unaccompanied Foreign Minors.

Ahmed appears reserved and diffident, it is hard for him to relate his suffering and he uses cannabis, probably to escape his painful memories and the fear of not making it. One evening Ahmed returned to the centre visibly under the influence of alcohol/drugs and in a state of great confusion. He kicked into a basket, collapsed on the floor crying and banged his head violently against the floor. Ambulance services and the police were called and Ahmed was admitted to hospital under the monitoring of the psychiatrist on duty. After this episode, Ahmed also reports wanting to commit suicide.



GUIDELINES PROVIDE

5h



Stress management

edited by *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

In this section all the specific aspects of the relationship with the victims of gender-based and proximity violence are dealt with, in particular in terms of relations of help and care of vulnerable people. The extreme complexity of the life stories of the victims of violence, together with strong traumatic components, makes the operators involved particularly subject to conditions of stress and at risk of burn-out. The module aims to provide specific tools for the care of this type of users, protecting the mental-physical and emotional well-being of the operators.

Information sheet 5.1

Receiving and listening



The relationship of help

The helping professions lead the operator to move in a relational dimension which implies a strong emotional component, both their own and of the user. This means that in their work, the operator has to have recourse both to professional resources (training, updating, specialization, knowledge of the job, coherence between training and role occupied) and to personal resources (individual characteristics, self-knowledge, relational resources, and resilience). Resources and limits of the helping relationship take shape in a space created and limited by the operators-user-context relationship. Help is always a relational fact, as is the violence.

The professional role of the operators of reception and of all those who relate to migrants who are victims of violence is influenced by psycho-social factors and dimensions, such as:

Time

«... in many total institutions, the internees commonly feel that the time spent in the institution is wasted, useless or stolen from their lives ... It is time put between parentheses by those who have experienced it, with a constant and conscious understanding, which is rarely found in the outside world. As a result, the internee tends to feel that for the duration of their internment, they have been completely exiled from life.» (Goffman, 1961). This is often the perception of the migrant who is in a reception facility. The facility marks a time for each thing: for eating, sleeping, going out or coming back to the facility, going to school, for medical examinations and bureaucratic requirements and so on. The migrant can only adapt to this new “time for”.

The operator, on the other hand, refers to a different time, which is also laid down by the institutions. The time of the operator at work should coincide with the time of working hours, but this is not always the case, so the operators becomes a professional who is available 24 hours a day.

The expectations

From the migrant's point of view, the drive/tension to migrate leads to a form of stress called Goal Striving Stress. It refers to the fatigue and the efforts made by the migrant to obtain plausible results according to their aspirations and the migratory task. If the migratory project is poorly structured and the expectations with respect to the migration are vague, the project itself is at the risk of failure, also due to all those variables that intervene once the country of arrival has been reached (regulations, rejection of the issue of a residence permit, difficulties of integration/



work etc.). The migrant also has expectations in relation to the operator: how is the operator perceived? Do they have an instrumental function, one of support, of dependence? Are they an obstacle to personal realization or a means to meet needs and requirements?

BE CAREFULL!

Part of the expectations is constructed inside the relationship.

As far as the operator is concerned, there are a number of variables that can influence their expectations with respect to the user:

- » Awareness of the limits of the person who is to be “helped” with respect to their condition of self-determination;
- » Cultural component with respect to certain attitudes/choices/behaviour of the user;
- » Knowledge of one’s own mechanisms of psycho-social functioning;
- » Capacity to manage the failed expectations and change them on the basis of what happens in the relationship with the user.

Identity and belonging

The migrant experiences a real identity crisis, where the sense of the individual self is fuelled by the interweaving of relations with the other, is also nourished by the contextual relationship and is based on socially and culturally determined behavioural models and rules.

Ernesto de Martino (1978) speaks of a “Crisis of Presence”, as of those different conditions in which the individual experiences uncertainty and inability to determine their actions at a given time, in the face of particular events or situations (illness, death, moral crises, migration). The crisis of presence is that sense of bewilderment in which people fear losing their domestic references which in some way act as indexes of meaning (of presence).

Information sheet 5.2

How to manage fear, stress, frustration and burn-out

45' + break 15'
at the end



What stress is

Stress means the psycho-physical response to the perception of an imbalance between the demands of the surrounding environment and the resources available to deal with it. This response has, in the first place, a physiological dimension, in the sense that in a situation of stress the kidneys release cortisol on the stimulus of the pituitary gland and of the hypothalamus and block the passage of serotonin, but also an emotional, cognitive and behavioural dimension. A distinction can be made between positive stress (*eustress*) and negative stress (*distress*). Stress due to work can be defined as a set of harmful physical and emotive reactions which appear when the demands made by work are not commensurate with the abilities, resources or requirements of the worker.

Burn-out

The syndrome of burn-out is the pathological outcome of a stressogenous process which affects people who are in caring professions, when they cannot adequately respond to the excessive stress which their job leads them to assume. It is a condition of malaise found in workers in the so-called caring professions, especially in the social and health sector. Burn-out is characterized by:

Emotional exhaustion, i.e. a sensation of tiredness and fatigue which develops gradually as the emotional resources are used up, a perception of no longer having anything to offer at psychological level;

Depersonalization, i.e. negative attitudes, of detachment, cynicism and/or hostility in relation to the people with whom and for whom they are working;

Professional realization, understood as the perception of inadequacy for the work that implies a drop in self-esteem and a reduction of the desire for success.

Burn-out can be identified when the following are found:

- » emotional exhaustion;
- » depersonalization;
- » attitude characterized by cynicism;
- » feeling of reduced personal realization;
- » avoiding the work environment;
- » frustration and dissatisfaction;
- » reduced empathy with the people that should be looked after;
- » deterioration of physical well-being;
- » insomnia;
- » depression.



Personal and social/organizational consequences

The effects of burn-out are felt not only at a personal level but tend to spread in a fluctuating way from one member of the team to another and from the team to affecting the users as well, thus involving the whole organization. The consequences of all this are very serious and can be schematized in three levels:

1. **level of the workers** who “pay for” the burn-out, including through somatizations, but above all through the dispersion of resources, frustrations and under-use of potential;
2. **level of the users**, for whom contact with the operators in burn-out is frustrating, ineffective and harmful;
3. **level of the community in general**, which sees strong investments in the services disappear.

The causes of a burn-out

The imbalance between individual and work, responsible for consequences at behavioural and social level, as well as at the level of individual well-being, can appear in six areas:

- » the work load, if greater than the capacity of the individual to meet it;
- » control, as there would seem to be a connection between the lack of autonomy or ability to take on the responsibility for important decisions and the burn-out;
- » the reward, both social and economic;
- » the community, in terms of quality of relations with colleagues;
- » equity, i.e. the perception of honesty and correctness that fosters engagement and satisfaction;
- » the area of values, i.e. the coherence between the values of the individual and of the organization, the absence of which can be translated into the pressure of a choice between what you want to do and what, on the other hand, you must do.

How to prevent burn-out?

The prevention of burn-out goes through different steps, such as:

- » Foster teams that are as stable as possible over time and guarantee the safety of one's work;
- » Develop systems with incentives and gratification according to the various professional roles and the individual's abilities;
- » Develop and increase the team work, through discussion of the cases and the participation in all the decision-making aspects of the work;
- » Share the responsibility of the paths with the users, their families and the social community in general;
- » Make training and research the most important objectives of the Management Programme;
- » Encourage formal group mechanisms for the solution of organizational problems and the solution of conflicts;
- » Provide periodic burn-out checks to all the team;
- » Develop moments for individual and/or group counselling and reception for situations of conflict.

Information sheet 5.3

The tools for managing aggressiveness



Aggressiveness

Aggressiveness presupposes a social interaction in which one of the players intentionally causes harm to another. According to the theory of evolution, aggressiveness is functional to satisfying the primary needs of the human being, while according to a physiological approach it is the neocortical and subcortical structures that play an important role in activating aggressive behaviour through the release of specific substances. Psychodynamic psychology, on the other hand, sees aggressiveness as a drive and a reaction to frustration. Lastly, the theories of social learning believe that aggressiveness is learned through relational, social and cultural models.

The contribution of psychiatry identified in aggressiveness a symptom of suffering caused by, or in some way correlated with, a mental disorder. In this direction, it has to be said that aggressive behaviour does not represent in itself a psychiatric pathology but is the expression of illness in specific situations, i.e. when they cannot be controlled by the person who shows them and they cannot be modulated and adapted to the situation that caused them. The presence of aggressive attitudes may represent the worsening of a clinical case in some disorders such as schizophrenia, bipolar disorder, borderline disorder and the various disorders of anxiety. Aggressive behaviour increases in correlation with the use of alcohol and drugs.

The variables of the context and the risk factors

The risk factors that can influence the onset of aggressive behaviour greatly depends on the external context, both in the case in which the people are in a reception centre or a local service and, by way of example, are:

- » The lines of conduct of the operators
- » The lack of involvement of the person in conducting their project (of reception, integration etc.)
- » The lack of privacy and the forced cohabitation with other people
- » The forced compliance with the rules of the centre and the constriction of personal freedom
- » The suspension of one's juridical position
- » The poor ability to interpret the context
- » The absence of significant family relations in the country of reception and in the context of reception.

Prevention and management of aggressive behaviour

Prior knowledge of the person can make management of the meeting and



any aggressive actions easier, for example, when there is knowledge of the psychopathological cases diagnosed or topics and subjects that can arouse negative reactions in the user. The presence of other people who may “annoy” the person and increase their agitation must also be taken into consideration.

In the absence of adequate information on the person, it is important to be able to detect premonitory signs (necessary but not sufficient) such as: verbal abuse, threatening posture, threats, emotive activation, raising the tone of voice, looking directing into the eyes, sweating, lack of alternation in the conversation.

To prevent the onset of aggressive behaviour, special importance must be given to the choice of places where the meetings with the person take place, for example in a room that is accessible and easily observed by other colleagues, which always offers a way out. It is a good rule, if it is thought that the user may show aggressiveness in the interview, to have other colleagues attend, in order not to remain alone with the user. It is fundamental to keep listening actively to the person, even though they are showing signs of aggressiveness and to take on a passive position of the body and not a threatening one (open posture). Also trying to negotiate alternatives, providing specific and detailed information, being recognized by always reminding the person who one is and using WE to emphasize cooperation, and always showing empathy are useful indications. If the situation were to degenerate, help must immediately be asked for, alerting colleagues and if necessary the police.

What NOT to do

- » Show fear or anxiety
- » Have physical contact
- » Approach the person from behind
- » Approach them abruptly
- » Force them into a small space
- » Take on provocative and defiant attitudes
- » Consider the verbal aggression of the other as a personal insult
- » Try to disarm them: in this case , leave immediately
- » Make promises that cannot be kept only to get out of the situation
- » Keep arms crossed
- » Give emphasis to the emotions
- » Show anger.

The operative instruments

Management of situations of aggressiveness is effective only if the individual operators is part of a solid, cohesive and organized work team, made up of

Information sheet 5.3

professionals with specific competences and with well-defined professional roles. Characteristics of the team must be:

- » A common perception of the purposes and objectives
- » Open communication based on trust and respect of colleagues
- » The presence of shared leadership
- » Sharing of effective procedures
- » Developing the personal and professional differences of the various members
- » The ability to show flexibility and adaptability in different situations
- » Ongoing learning and training.

To create a solid and cohesive team, able to cope with situations of crisis, room for meeting and discussion must be fostered, such as:

- » the supervision and discussion of cases,
- » the coordination of working activities,
- » the creation and sharing of work procedures,
- » planning of interventions,
- » verification of the work done and analysis of the critical incidents.



Information sheet 5.4

Recognizing the existence of gender and/or proximity violence and knowing how to take charge of it

35'



The greatest difficulties of operators in relation to guests who are victims of violence concern the ability to evaluate the signs of violence, the possibility of reducing its effects and controlling the mirror effects. Being able to implement empathic relations and also being able to establish the correct distance play a fundamental role.

The vicarious trauma

This refers to the possibility that an operator working in critical context and with people who have suffered trauma can he himself/she herself relive the trauma, due to contact with the traumatized person. Vicarious traumatization negatively modifies the cognitive patterns and the ways of interpreting one's work and reality, due to the processes of empathy, identification and emotional involvement with people overwhelmed by events with a very high emotional impact. Several symptoms are triggered off: depression, tiredness, irritability, psychosomatic symptoms, insomnia, anxiety, fatigue and even family problems.

The actions to fight vicarious trauma are:

Defusing: immediately after a possible situation of emergency, participants can meet for 20-40 minutes to exchange thoughts and states of mind linked to the events and the stories undergone/listened to;

Debriefing: an actual psychological/clinical action in which the operators are obliged to take part with the aim of helping to understand and manage intense emotions and the most effective strategies to cope with the situation;

Individual psychological therapy/support: in a clinical setting of the individual type, the individual variables and the emotional states related to being in contact with traumatized persons are discussed and analysed

The counter-transference

A term coined by Freud to designate the affects that arise in the therapist due to the influx of the patient on their unconscious feelings. In the subsequent developments, the counter-transference starts to include a series of feelings, thoughts and actions implemented by the therapist/operator but which are linked to the specific characteristics of personality and relational modes of the user. Counter-transference takes place in a continuous dynamic exchange and is also influenced by the personality of the operator.

There are different types of counter-transference:

Concordant counter-transference: refers to the empathic perception of the interpersonal affective state of the other and provides information on the way in which the other experiences relationships. It represents identification in what

Information sheet 5.4

the other feels or has felt in the past and can be assimilated with the concept of “symmetry”;

Complementary counter-transference: this indicates the empathic identification with the relational “object” and offers information on how others react to the usual relational modes of the individual, as well as information on the important relational models and events in the user’s present or past;

Cultural counter-transference: this represents the conscious and unconscious responses to cultural otherness and depends on the cultural identity of the operator but also on what the user projects into the relationship. It can represent a reaction to the anguish aroused by the otherness and can take various forms: negation of the differences, devaluation or idealization. Cultural counter-transference is linked to aspects such as gender, social and historical identity. The cultural dimension must not obscure the social components of the suffering concept of “social counter-transference” due to the different socioeconomic status of operators and users.

Counter-transference reactions with victims of violence

The counter-transference reactions in the relationship with victims of violence can be of various types, but tend to be of great intensity and become tiring and wearing if not adequately received. The stories with which the operator comes into contact present an abundance of emotionally disturbing elements and the traumas suffered by the user lead to the use of dissociative defences which provoke specific counter-transference reactions. The operator interfaces with strong levels of suffering. We have different kinds of counter-transference reactions:

Concordant reactions: characterized by malaise, sadness, helplessness, fear for the user, anxiety, anger towards the “system”;

Complementary reactions: characterized by annoyance, avoidance, anger towards the user, non-recognition of suffering, passive-aggressive behaviour such as forgetfulness, desire to “save” the user, fear of the user.

Fear

This can represent a reaction concordant with a feeling experienced by the victim of violence or an aspect of cultural or social counter-transference. It also refers to the perception of conscious, unconscious or dissociated aggressive components present in the user and represent a complementary reaction. It is fundamental to listen to and give value to any experiences of fear by the operators as a protective factor from possible aggressions. When fear also represents a counter-transference element, it is an affect that it is necessary to metabolize in the team to be able to continue the work with the user.

Helplessness

This is one of the commonest emotional reactions in work with migrants and the victims of violence and can be a reaction concordant with the life and experience



of the user. The feeling of helplessness can depend on non-virtuous organizational mechanisms, on the perception of a non-facilitating extended context, on the perception of imbalances in the power relations between the levels. It is a frequent cause of abandonment by operators.

Conclusion and shared considerations

10'



Break

15'

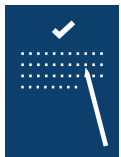


1,45h Workshop

Case study: the case, the group work, the outcome and the final discussion

Delivery

15'



The teacher and the co-teacher read and illustrate the case chosen (usually a real one) to the class. They ask the participants to form groups of 4-6 people and distribute a written copy of the case illustrated (at least one copy per group).

Group work

40'

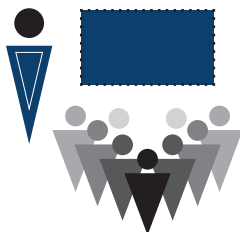


Teacher and co-teacher tell the groups to reflect and discuss the case following three categories of reflection and analysis: 1. Resources and strengths of the person referred to in the case, their context of origin and their contingent situation; 2. Fragility and weaknesses of the person, their context of origin and their contingent situation; 3 the management of the case by the services (reception centres, health services, social services and others), the critical points, the good practices, how they could have/should have acted for a more efficient intervention.

The group works for 30-40 minutes

Presentation

40'



At the end of the work, the representative of each group is asked to report to everyone the discussion in the group and the results that have emerged. This is one of the most important times of the training day as each group – and each individual participant – has the chance to interact with the others, in a mutual exchange of knowledge and experience.

Conclusion

10'



The workshop concludes with the teacher and the co-teacher speaking briefly to summarize the analyses of the groups, underline the most important aspects and, if necessary, add information required by the participants and/or aspects that have not emerged but are deemed of significance.

The case of Mamadou

Mamadou has been an operator in a CAS (Extraordinary Reception Centre) for one year. He is Senegalese and has been in Italy for more than 10 years, he also works as a linguistic and cultural mediator when necessary.

His CAS houses 25 youngsters, including 3 Senegalese like him. It is precisely for this reason that when certain questions have to be dealt with, especially tensions, his colleagues ask M. to see to them.

Even when it is about translating, in the interviews with the psychologist and accompanying the guests to the services, especially medical, M. is asked to go, to help the guests as well as the operators who, this way, do not have to call the specific mediator.

At first, this role was taken by Mamadou as an important recognition, giving value to his various skills, but with time it has become very burdensome, as he is overloaded with requests and expectations.

Everything comes to a breaking point when M. is accused by one of the guests, after the commission had rejected his application: this boy accuses M. of not having translated properly during the interviews and puts him in a bad light with the other guests who from then on start to behave differently with him.

The team of the CAS do not handle this situation as best as possible and Mamdou, unable to put up with all the tension, wants to resign...

Questions:

- » Which counter-transferences do the operators in question have?
- » What are the critical points?
- » Which resources could be implemented?





Section 2

Good practices for reception

Identifying, preventing, caring

by *Lia LOMBARDI*

introduction

This section is on the “good practices of reception” and is based on three fundamental criteria: *identifying, preventing and treating*. The second section, like the first, follows a course in information sheets on:

1. the reception systems in France, Italy and Spain and some local situations;
2. the good practices of reception and care of migrants who are victims of violence and networking (governance, protocols, actions);
3. the criticalities and the prospects of the system.

Information sheet 1

Systems of reception



The Italian system of reception

The revision of the reception systems (Law Decree 113 of 2018) restructures the system overall: under the new legislation (article 12), the integrated reception services in the community (known as second reception), prepared by the local authorities in the facilities of the SPRAR system (renamed SIPROIMI) are reserved exclusively for those under international protection and unaccompanied foreign minors and not also, as in the past, asylum seekers. The first phase, before actual reception, consists of rescue and first assistance, as well as the operations of identification of the migrants, especially in the places of landing (CPA, CPSA, HotSpot). The actual reception is divided in turn into two phases: the phase of first reception to complete the identification operations of the applicant and for the presentation of the request for asylum (CDA, CARA) and a phase of second reception and integration assured at local level by the local authorities in the facilities of the SPRAR System. In the case that places in the government centres are full, migrants can be accommodated in temporary facilities called CAS (Centres of extraordinary reception).

As far as gender-based and proximity violence are concerned, in the majority of cases, single women and women with children live in apartments or in small centres where there are no men; families are usually accommodated in apartments or in centres where their privacy is guaranteed.

Another aspect of the Italian situation is represented by Law no. 119 of 15th October 2013 which establishes a number of rules on immigration, security and combating gender-based violence. Article no. 18 of the law lays down that if the police or magistrates ascertain that an immigrant (female or male) is the victim of domestic violence or by an intimate partner (VPI) perpetrated in Italy, a special residence permit can be granted so that the victim can escape the violence. Article 8 of Legislative Decree no. 24 of 4th March 2014 extended the type of protection described above to the victims of trafficking of human beings and enslavement.

The Reception system of Milan city council

Milano is the only municipality in Italy that runs a number of CAS, which are usually run by the Prefectures. At present, there are nine CAS facilities and from January to September 2018 accommodated 1,404 people, equal to 7% of the total number of migrants who had arrived in Italy. The percentage of woman is 21.6%. The average stay of the guests varies from five to nine months. The SPRAR facilities of the council include eight reception centres (347 places) and just over seven apartments (75 places). The percentage of women of the users is about 21.8% (especially Somali women), whilst that of minors is 16.1%. The users with an average stay of at least

one year are equal to 24.2%.

The French system of asylum and protection

In recent years, France has recorded an increase in the number of requests for asylum, which has put the system under pressure. Overall, the approach to the management of gender-based violence and vulnerability remains somewhat fragmented. In France, the requests for asylum are subject to regulations in accordance with the CESEDA (Law on entry and stay for foreigners and the granting of asylum). Pursuant to article L.71-11 of the CESEDA, there are three types of refugee status:



- » **Conventional asylum:** granted, in conformity with the 1951 Geneva Convention to people who seek asylum for reasons of persecution or fear of persecution in their country of origin.
- » **Constitutional asylum:** this right is ratified by the French constitution of 1946 (line 4 of the preamble) and states that asylum will be granted to people who have been persecuted due to their action in favour of freedom.
- » **Asylum seekers:** this status is granted to individuals after they have presented a request for asylum and in the waiting period they have the status of refugee.

The main agencies dealing with the French system of asylum are:

- » **OFPPRA**, the French office for the protection of refugees and stateless persons.
- » **CNDA**, the national court for the right of asylum.
- » **OFII** deals in particular with the "DNA" and to find and provide accommodation and material support for asylum seekers. The "DNA" is the French national system of reception for refugees and asylum seekers and is run by the OFII – French office for immigration and integration. The national system includes a multiplicity of players, some of whom are non-governmental.

Governmental institutions for asylum: OFII, OFPPRA, CNDA.

Non-governmental players:

- » Shelter operators: FTDA, Coallia, Samu Social, (Emmaus), Groupe SOS;
- » Main NGOs in Paris/Ile de France which deal with reception and/or initial orientation: La Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, operators of PADA;

Public subjects and institutions of common law:

- » Paris city council (Ville de Paris)
- » HCE (High national commission for the equality between women and men);
- » AH-HP (hospitals of Paris)
- » ASE (childhood protection services)
- » International organizations: UNHCR, France.

Information sheet 1

On arriving in France, migrants have 90 days to present their request for asylum. They are initially taken in by the CAO (reception and orientation centres) where they are helped with the administrative procedures.

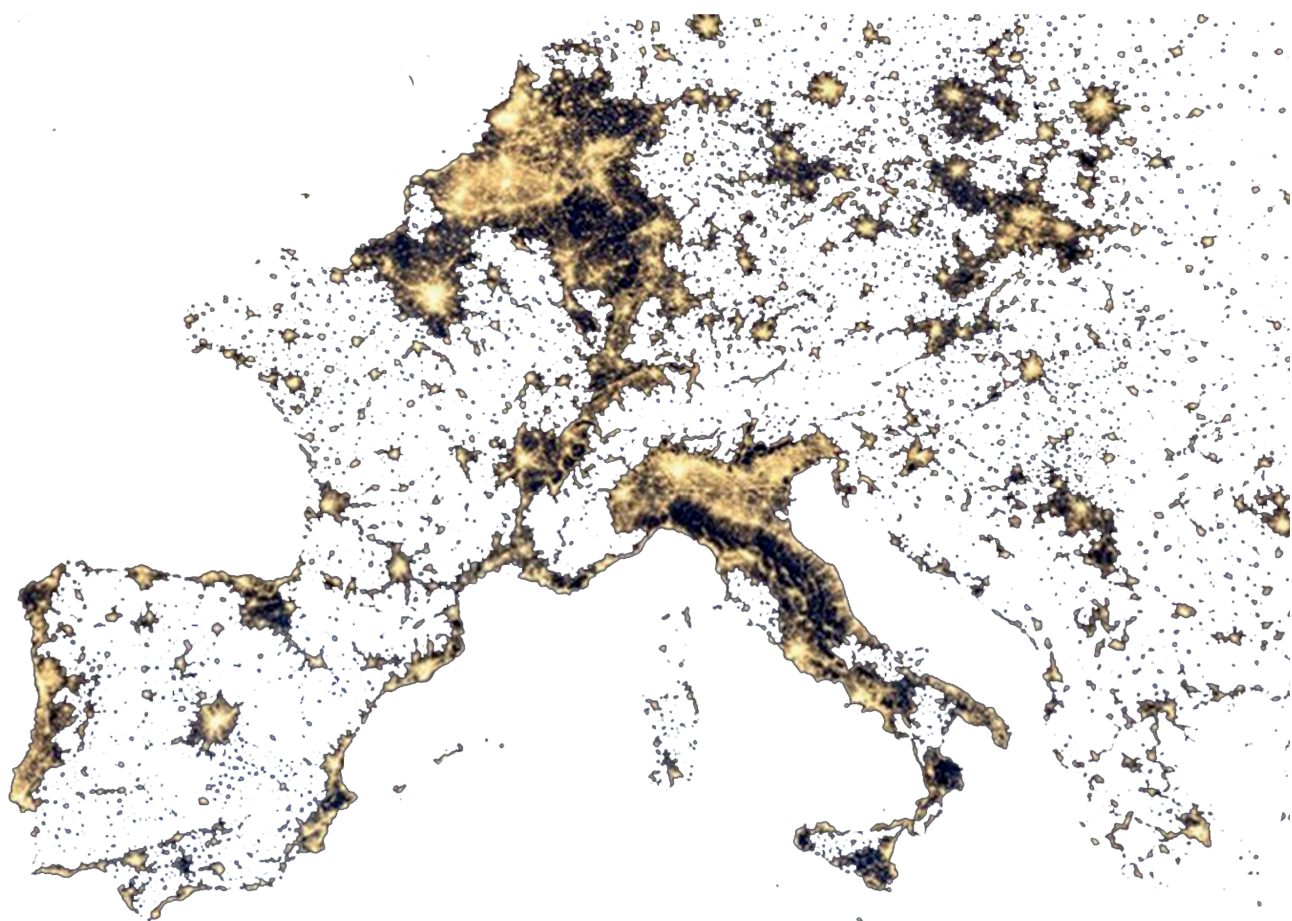
The Spanish reception system



Spain has become one of the most important areas in Europe for the reception of migrants and refugees, not only for its geographical position but also for its recent social policies and the government's position on receiving refugees. The Spanish reception system is organized in various centres of reception for refugees (C.A.R. - Centro de Acogida a Refugiados). These are public institutions which provide accommodation and primary psycho-social assistance, as well as other social services which aim to facilitate co-existence and integration with asylum seekers or refugees in Spain. The current Spanish law on asylum, approved in 2009, includes persecution for reasons of gender and sexual orientation as a reason for asylum. Gender refugees have the same right to seek asylum and the same protection as people in flight from armed conflict, however it is necessary to improve access to asylum for these people, in particular at the border crossings and in the CIE (centres of identification and expulsion), in order to give them greater security (Ramirez, 2016).

In Andalusia, since 19th December 2017, asylum seekers, stateless people and refugees can request a minimum income of social insertion, without the need to provide proof of registration for a certain period of time. Nevertheless, delays and non-payments are the norm. The Department of Justice and the Interior and the General Directorate for the coordination of migratory policies (Consejería de Justicia e Interior y la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) manage the policy of social assistance for the population of immigrants and refugees in Andalusia.

Another important organization is the Andalusia permanent observatory on migration (Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones), but none of these considers the concept of "proximity violence" specifically or as a category of analysis. The system of protection against gender-based violence at local level includes the prefectures, the local police, the guardia civil, the local councils and the health centres.



Information sheet 2

Good practices of reception

Inclusive policies

Inclusive policies ought to be oriented towards work focused on empowerment, offering every woman and man the chance to self-determination and planning a better future for them. These inclusive policies ought to be closely connected with combating gender-based and proximity violence and based on a strong synergy between the real players involved and on a relationship of active collaboration between the State, the Provincial and municipal councils.

The refusal of gender inequality ought to be an essential characteristic of any project aimed at global social reform, providing a binding link between ethics and economics, between a search for well-being and freedom of choice and a comparison between interests, values and objectives in order to foster boosting differences and the rejection of the models proposed as unquestionable and universal.

The good practices of reception in Lombardy



Milan city council invests in integration without overlooking the experience of transversal services in the CAs such as the training of operators, learning Italian, training on the local area and services for the migrants and vocational training. In the Milan area there is a very active and positive institutional action by the local council. The good practices present in the Milan area include the new product of the “Casa delle donne maltrattate” (“house for ill-treated women”). This association has received a donation of a large house which has become a facility for female asylum seekers and refugees who are victims of violence. The project activates a path of autonomy and empowerment of women to escape the context of violence. Milan city council has recently inaugurated “Casa Chiaravalle”, a property confiscated from the mafia which can house up to 50 women. The project plans reception and paths of autonomy for migrant women who are victims of violence and their insertion into life and the social fabric. The “La Strada” cooperative also works on reception in several facilities and not in one central one (“widespread reception”).

Worthy of note is the model of reception of the cooperative “Lotta contro l'emarginazione”. The association houses women who are victims of trafficking and violence. The staff applies a “mixed” model of reception, i.e. they use both a residential centre and the model of “widespread reception”, with accommodation in apartments located throughout the area. On arrival, the migrants stay in the central structure where a multi-professional team takes them into their care.

In Milan and its surrounding area (metropolitan City), an intense and efficient network of services is active. The representatives of many institutions and organizations belong to this network (Covenant for the city) and work in synergy with all the services.

This means that when women or people with particular vulnerabilities arrive, the operators usually know who to contact and how to activate the network of services: hospitals, ethno-psychiatry department, local administration, educational services, anti-violence centres and sexual and domestic violence help.

Since 2013 Milan City Council has operated the “Milanese network for vulnerable applicants for international protection and those with international protection status” in order to guarantee services of protection and assistance and to strengthen the network and synergy between all the subjects involved.

Soccorso Violenza Sessuale e Domestica is a public anti-violence centre of excellence in the city of Milan which addresses all the victims of violence, of any gender and age. Active since 1996, it is a service that has as its objective that of offering information, reception and health and medical-legal assistance, psychological and social support to work through the trauma connected with the violence suffered. The Centre has a multidisciplinary team made up of gynaecologists, medical examiners, infantile neuropsychiatrists, psychiatrists, nurses, obstetricians, social workers and psychologists. All the operators are trained in receiving the victims of violence and guarantee an individualized pathway.

L'Istituto europeo di psicotraumatologia works with its personnel at the CAS and SPRAR centres, providing a task force of psycho-traumatologists and specialists in catastrophe management. The service provides:

- » psycho-traumatological triage of the victims
- » organization of interventions according to the international protocols of catastrophe psychology
- » early post-exposure treatment for survivors
- » intervention for traumatic mourning in support of the relatives of the victims
- » psycho-traumatological support for hospitalized casualties and their families
- » prevention and salutogenesis actions for the rescuers
- » support for the public communication officers on questions of communication of emergencies and the techniques of prevention of panic.

La Comunità Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino e Riviera has developed a model which provides indicators to help operators in the centres identify key elements that indicate potential situations of violence. A significant example with respect to the subject concerns “an immigrant woman, victim of violence, who has been treated in synergy by the council in a reception centre of which she was a guest, by an Anti-Violence Centre: for the first few days she was moved to a hotel, with the help of the Carabinieri, then she was placed in a safe apartment. Today,

Information sheet 2

this young woman has emerged from her conditions of violence, has obtained humanitarian protection and has an employment contract.

The Red Cross in Bresso adopts a model based on multidisciplinary team work (psychologists, social workers, legal representatives, educators, Italian teachers, mediators and operators). The guests in the centres are constantly monitored and if there are cases in which the trauma cannot be surmounted, the procedure consists of contacting the centre for ethno-psychiatry at the psycho-social centre of Cinisello Balsamo.



The good practices of reception in Tuscany

In Tuscany, asylum seekers and refugees, in the case of evident violence, are helped by the personnel of the CAS and SPRAR to consult:

- » The health services
- » Anti-trafficking centres
- » Centres for psychological support
- » Anti-violence centres
- » Lawyers and police stations

In 2016, the anti-violence centres in Tuscany took part in the SAMIRA project. The project aims at improving the identification and the quality of assistance offered to migrant women and minors, victims of sexual violence and trafficking.

The SAMIRA project has implemented the following activities:

- » qualitative research on the needs and risk factors of women and children who arrive in Italy by the Libyan route;
- » a training course to improve the knowledge and skills of the anti-violence centres;
- » the development of a model of good practices and working methods for the prompt identification, efficient help and referral/orientation of the victims.

In recent years, a CAS for women who are victims of trafficking and asylum seekers has been opened. The CAS run by the anti-trafficking agency is made up of “trained operators who can work in direct contact with vulnerable foreign women.”

The SPRINT programme of ethno-psychology is run by a team of psychologists, anthropologists and cultural mediators who support asylum seekers and refugees who are victims of abuse, traumatized or who suffer from mental vulnerability. The traumas are dealt with transculturally. Favouring the comprehension of the violence suffered from the personal, cultural and social point of view of the migrant. A mobile unit which travels throughout the region has implemented this programme in coordination with the public health system (departments of mental health) which supports it.

Forensic medicine provides important support to the work done by the legal operators. It helps ascertain the physical lesions suffered, including those due to torture, violence and abuse suffered by the asylum seekers in their countries of origin or on their journey to Italy.

Good practices in the Paris area

Here we provide a list of practices on a wide scale. They are centralized practices promoted by public policies and identified/basic practices that can be established locally.



Health care

Migrants can access state health cover and health care in two ways: the CMU (Couverture Maladie Universelle – universal health cover) is provided to asylum seekers who can prove they have a "récépissé" (a certificate of request for asylum). If a person earns less than €648 a month, they can benefit from free health insurance (CMU-C) but a prerequisite is to have a bank account which very often asylum seekers do not have. AME (Aide médicale d'état – state medical care) is accessible to migrants who do not have a specific legal status and/or who have been denied asylum, on condition that they have been on French soil for at least 3 months. In addition, there are the health reception centres called PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), in the public hospitals in Paris and open to all those who are in a condition of vulnerability, isolation and/or great economic hardship.

Accommodation

The lack of suitable accommodation is one of the main issues to face when dealing with gender-based violence suffered by refugees. At present, only one CADA in France is a centre for women only: it provides support to single women, most of whom suffer from traumas deriving from past or current violence. In the case of LGBT, there is no accommodation system dedicated to them, with the exception of Paris where Ardhis (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour) has started to occupy apartments in areas of social housing and convert them to "apartment-homes" for LGBT⁺ refugees.

A single centre to meet gender-based violence

In recent years, national instruments have been developed to foster a more efficient sharing of information between organizations, the general public and victims: an official website of the government (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) provides general information on gender-based violence and its various forms; the Hubertine Auclert centre covers the greater Paris region, lists the NGOs and their areas of competence and action and provides maps of shelters for women, opening times of help desks and support groups.

The CADA run by Coallia, in the north of Paris, implements a policy of gender-sensitive human resources. In addition, the director organizes periodic group meetings for the whole team in which they can all discuss the cases they are working on, provide and obtain feedback.

Information sheet 2



Good Practices of reception in Andalusia

The document “Asylum and international protection. The situation of refugees” (2015) assumes a position on the trafficking of human beings, female genital mutilations or forced marriages etc., and also explains some good practices that can guarantee an adequate development of the reception services.

This document underlines that:

- a. during the phase prior to the interview, it is important to identify the people that have to be prompted to request international protection;
- b. during the preparation for the formal application, it is essential to explain the procedure to the refugee in simple and clear language;
- c. when the file is drawn up, the tutor of the case must be contacted, as well as UNHCR and investigate in depth the violence suffered in the country of origin
- d. during the phase of terminating the file, the basic points of the resolution must be transmitted with the indication of which ones have been used to make a decision; request preventive measures and provide the reports requested.

The Upper Guadalquivir Hospital of Andújar is in the province of Jaén. Its programme is based on that of the World Health Organization (1996) on gender-based violence as a problem of public health. This Commission has been promoted by the nursing personnel of the Hospital and has been extended to other professionals such as social workers, personnel of the police force, professionals in the local administration and experts of the female institution.

A “Protocol of emergency to receive migrants” (PECOL) was introduced in **Granada** (2018). This programme was promoted by the local administration in collaboration with public and private institutions (46 organizations) and aims at the positive reception of immigrants and refugees who arrive in Granada. When the “Sea Rescue” programme finds a “patera” and saves the people on board, they are taken on to land. The port of Motril is the main destination of these boats. In coordination with the Red Cross, the emergency teams are alerted in order to organize the humanitarian assistance to be provided. The specific personnel who assist the women and observe signs of violence, informs the national police and the women are transferred to the reception centres for women. However, the interviews in question are mainly conducted by male police officers, which makes it difficult for the women to have access to information or to find enough courage and establish a relationship of trust such as to allow them to speak of the persecutions suffered, something which is extremely difficult even when the interview is conducted by a woman (CEAR, 2017).

Information sheet 3

Critical points and prospects

- » One of the main aspects to improve is the specialized training on dealing with migrants who are victims of proximity violence.
- » Dealing with migrants who are victims of violence could improve if the operators who work on migration and proximity/gender-based violence had a more adequate basic knowledge because, often, during their studies, these issues are dealt with only marginally.
- » In addition to training, the efficiency of the network should be improved by including professionals who can mediate culturally, especially in the hospitals and police stations.
- » Unfortunately, in the medical/health sector in general, the quality of training in the specific professional competences required to provide assistance to migrants is still limited.
- » Another critical point is the poor collaboration between institutions, reception centres for migrants and the social and health services.
- » There is still a difficulty of emerging from the violence suffered by asylum seekers and refugees (women, men and minors). It is therefore necessary to start awareness-raising courses both for the victims and for the operators.
- » The administrative and legal difficulties encountered when trying to access protection and asylum are important; living conditions, administrative delays, uncertainty concerning the asylum applications and their future in Europe are factors which further aggravate the situation of refugees who have already undergone trauma.
- » Past and present violence, as well as vicarious violence (secondary victimization) inflicted by the system itself can foster isolation, withdrawal or the loss of trust in oneself (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). This “secondary victimization” is due to the lack of systemic support by the institutions and/or the lack of knowledge of the problem by professionals (Bautista Cosa, 2018).
- » The psycho-trauma can also be magnified by the methods of reception (the absence of reception and care in the system): difficult reception conditions can aggravate the post-traumatic disorders from stress and depression. The COMEDE estimates that 27% of the patients treated between 2012 and 2017 had thoughts of suicide during therapy.
- » The COMEDE (Comité pour la santé des exilés) estimates that the average period of psychological improvement can take up to 15 months depending on the gender and origin of the patient but when the legal period for the presentation of a request for asylum is of 90 days and 15 days for an appeal, this could have devastating consequences on the health and life of these people.

GUIDELINES PROVIDE

The case

Resistance and resilience

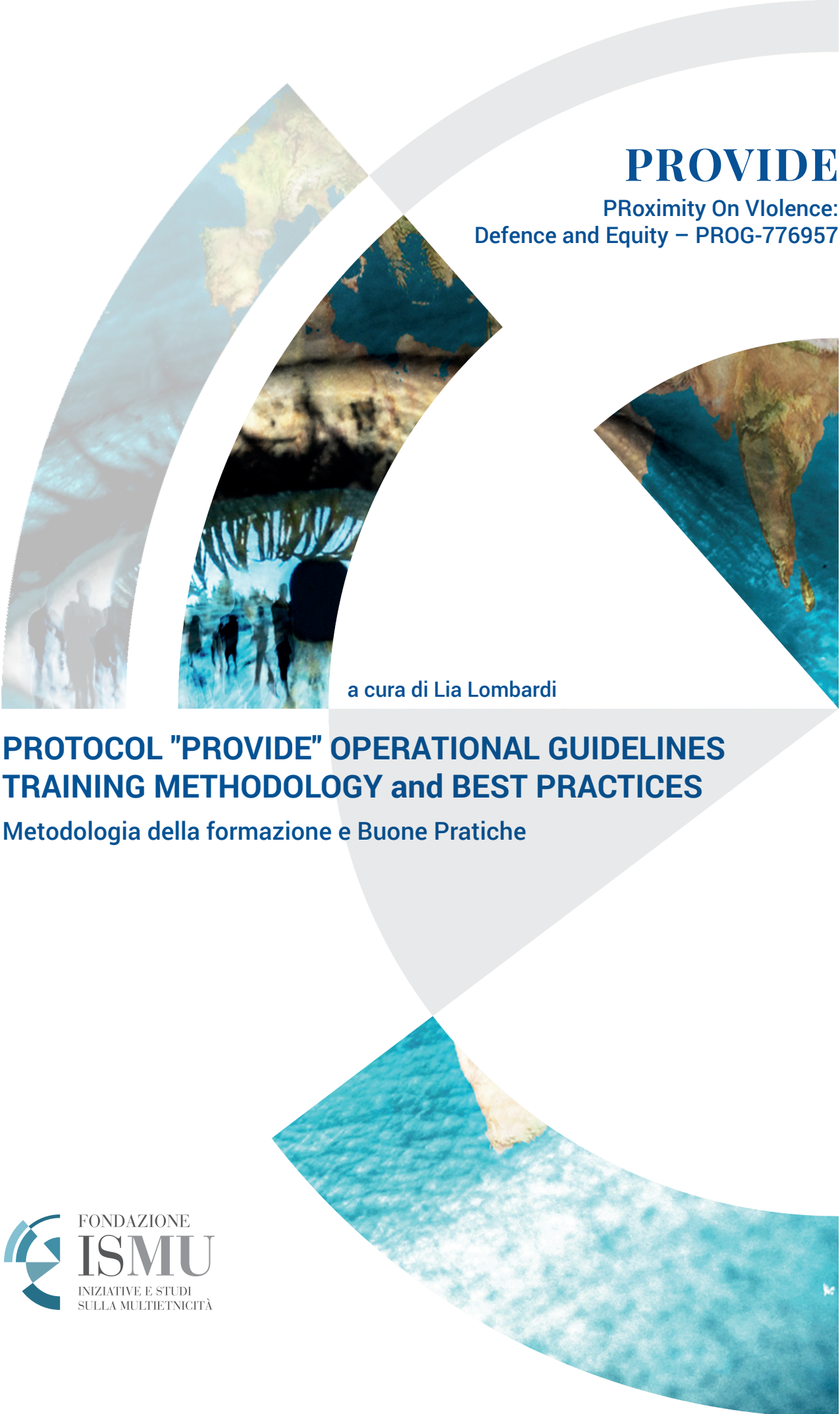
Violence is certainly a structural fact, but it is also a question of sharing the contexts and the dynamics of violence with migrant women and operators. It is, at least, about offering women and victims of violence the opportunity to understand the dynamics and forms of violence and the possibility to choose whether or not to undergo a process of treatment. One question posed by a psychiatrist interviewed during the PROVIDE research (Lombardi 2019a) concerns the possibility and the ability of these migrant women to react and break free from the circle of violence:

So, I ask myself: how can I impose a pathway of autonomy on a person who has been enslaved for a long time? I am proposing a pathway of autonomy she is unable able to face. Maybe in ten years' time we will see some results; perhaps she will not reproduce the same dynamics of the violence she suffered with her daughters. Nevertheless, what do we expect to achieve in six months? Then, operators are surprised when a woman, after a long process of care, after she has finally managed to obtain refugee status, does nothing to take advantage of these benefits. The fact is that this woman has been enslaved since the age of five! (PFG No. 4, psychiatrist, woman).

Violence is a social phenomenon, a process that moves from knowledge to cultural competence, “so we need to equip ourselves with respect for difference”, quotes another FG participant. There are forms of violence that cannot be cured and yet women still try to live a “normal” life: they work, they have children. One psychologist tells the story of a woman, abused by her father from the age of four, who escaped during her adolescence and came to Italy. Then, when she became pregnant the social services took her in charge.

Now her child is eight years old and the social services have never started providing her with parenting support. Women like this are often alone, they have no parental network, no people who act as referents, so, it is important to activate a support service for parenting. Women need this as they require economic empowerment. They want to work. Home and work are the main steps towards autonomy (PFG No. 5, psychologist, woman).

Migrant women have a strong capacity for resistance and resilience; they encounter Italian and European models of care and practices and learn to use them in their own favour. “So, maybe we ought to look for points of contact more than differences. If we work in this direction, we shall not be proposing models traceable to a target but to multifaceted, shared practices” (PFG No. 4, psychiatrist, woman). (Lombardi 2019a)



PROVIDE

PROximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

a cura di Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Metodologia della formazione e Buone Pratiche

Indice

Introduzione di Lia Lombardi

114

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>	119
Scheda 1.1	Stato delle migrazioni e sistema di accoglienza: ambito europeo e nazionale 120
Scheda 1.2	Discriminazioni di genere, violenza, prossimità. Definizioni, cause e forme di violenza 122
Scheda 1.3	Violenza di genere, di transito e di prossimità nei percorsi migratori 126
Scheda 1.4	Le conseguenze della violenza 131
Workshop	Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale 136

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>	139
Scheda 2.1	Diritto internazionale e normativa comunitaria 140
Scheda 2.2	Violenza di genere e protezione internazionale 147
Scheda 2.3	Tratta delle persone e Protezione Internazionale 149
Scheda 2.4	La normativa nazionale 152
Scheda 2.5	Informazione/assistenza ai rifugiati, ai richiedenti asilo e alle vittime 153
Workshop	Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale 154

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>	157
Scheda 3.1	Il diritto alla salute nelle fonti normative internazionali 158
Scheda 3.2	Il diritto alla salute nelle fonti normative nazionali e locali 158
Scheda 3.3	Definizioni e concetti di medicina, cura, salute/malattia, bisogni fondamentali e altre evidenze 159
Scheda 3.4	Il ruolo della cultura e la sua influenza sulla salute dei migranti vulnerabili 162
Scheda 3.5	La salute dei migranti 163
Scheda 3.6	Migranti e malattie 165
Scheda 3.7	Supporto psicologico alle vittime di violenza 167
Scheda 3.8	Gli attori coinvolti 169
Workshop	Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale 170

4 | Violenze, torture e disagio mentale

A cura di Chiara Dallavalle

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>		173
Scheda 4.1	Trauma e aspetti post-traumatici	174
Scheda 4.2	Disturbo post-traumatico da stress	176
Scheda 4.3	Il trauma nella migrazione	178
Scheda 4.4	Migrazione e violenza	180
Scheda 4.5	Etnopsichiatria	182
Scheda 4.6	Resilienza e resistenza	184
Scheda 4.7	Differenze nell'esperienza di violenza legate al genere	186
Workshop	Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	188

5 | Stress management

A cura di Chiara Dallavalle

<i>Introduzione e obiettivi del modulo</i>		191
Scheda 5.1	Accogliere e ascoltare	192
Scheda 5.2	Come gestire la paura, lo stress, la frustrazione, il burn-out	194
Scheda 5.3	Gli strumenti per la gestione dell'aggressività	196
Scheda 5.4	Riconoscere l'esistenza di violenza di genere e/o di prossimità e saperla prendere in carico	199
Workshop	Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale	202

sezione 2

BUONE PRATICHE PER L'ACCOGLIENZA

Individuare, prevenire, curare

di Lia Lombardi

<i>Introduzione e obiettivi</i>		205
Scheda 1	Sistemi di accoglienza	206
Scheda 2	Buone pratiche di accoglienza	210
Scheda 3	Criticità e prospettive	215
Il caso	Resistenza e resilienza	217

Appendice	435
------------------	-----

Bibliografia e siti internet	436
-------------------------------------	-----

Ringraziamenti	441
-----------------------	-----

introduzione

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 corsisti (assistenti sociali, educatori/educatrici professionali, psicologi/psicologhe) abbiamo immaginato una struttura modulare di cinque ore, suddivisa in una parte frontale in cui il docente sottopone ai partecipanti i concetti e i riferimenti di base del modulo, e una seconda parte strutturata in un workshop a partecipazione attiva dei corsisti. La tipologia del workshop trae ispirazione dal "metodo dei casi" (Massa, 1997) ed è condotto da un docente e da un 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 docente e il 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; gestione del caso da parte dei servizi (criticità, buone pratiche, efficacia). Al termine del lavoro (30-40 minuti circa), 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.

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 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 formatori 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 min 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 nell'ambito di una più generale comunità**, 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 intrafamigliare 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 Intrafamigliare 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 (conti in banca, ecc...); non adempiere ai doveri di mantenimento stabiliti da e sentenze sfruttare la persona come forza lavoro nell'azienda familiare (contadina, turistica, artigiana, ecc.) 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 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, 2009). 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.

Violenza contro donne rifugiate e richiedenti asilo

Il quadro europeo

Secondo l'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 sullo 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'UNHCR, l'UNFPA e la WRC (Women Refugees Commission) 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 (ACNUR, 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.

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, ecc).

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 (ACNUR-UNFPA-WRC, 2016).

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.

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.

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 bisognose di protezione. Secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (Oim) "...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). (Dal Dossier di Save the Children del 2015, Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento)

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 dalle 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 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

- » Quale paura 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



Break



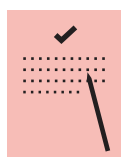
1,45h



Workshop

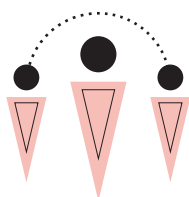
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

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'

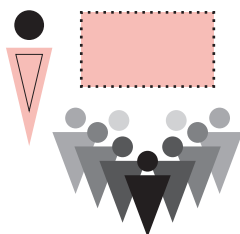


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

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.

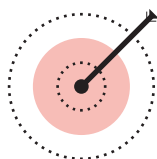
Il gruppo lavora per 30-40 minuti

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 minorenne 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. 1 A 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 del 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 1 A 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. 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;

Scheda 2.1

3. istituire un'agenzia dell'UE per l'asilo a pieno titolo;
 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**, (inclusendo 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;
- » E' 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:

Articolo 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"

Articolo 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'articolo 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 rinviiati 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

Appeal Committee Greece: *"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

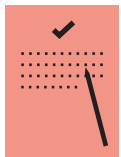
15'



1,45h Workshop

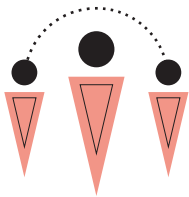
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

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'

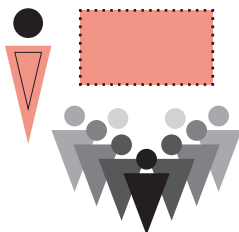


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

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.

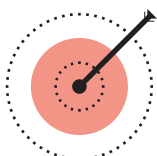
Il gruppo lavora per 30-40 minuti

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

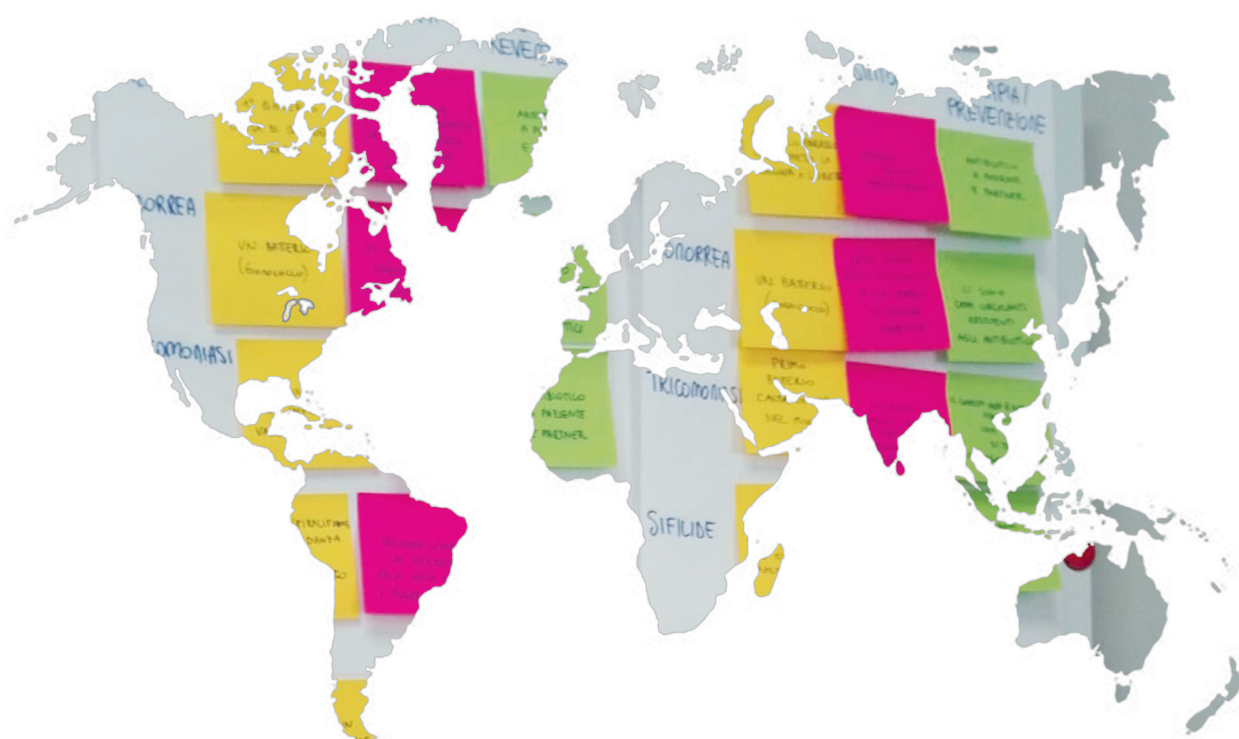
Una cittadina straniera, nel giugno 2012 riferì alle forze dell'ordine di essere stata picchiata insieme con la figlia dal coniuge (padre dei suoi 2 figli). La polizia intervenne, ma non fu fatta formale denuncia. Nell'agosto, la donna denunciò che fu costretta dal marito ad avere rapporti sessuali con 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, rivide 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'aggrediva 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 Art 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 (art41 CEDU).**





a cura di **Valeria ALLIATA** di VILLAFRANCA e Chiara DALLAVALLE

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 parti 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

30'



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 «prendersi 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
<i>Aumento mortalità</i>	Traumi, ferite, incidenti Malattie infettive Malattie croniche/emergenze	Combattimenti Violenze assalti, Malaria, tetano, dissenteria Parto, asma, diabete, emergenze
<i>Aumento morbosità</i>	Traumi, ferite, incidenti Malattie infettive Malattie croniche/Emergenze Disordini riproduttivi, Malnutrizione Disturbi mentali	Attacchi, mutilazioni, ustioni Trasmesse da acqua/patogeni, ST Interruzione trattamenti Morti perinatali, sottopeso, fistula Acuta/cronica, deficit nutrizionale Ansia, depressione, manie suicide
<i>Aumento disabilità</i>	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
<i>Fattori socio-economici:</i> disoccupazione, professioni rischiose o non tutelate, degrado abitativo, assenza rete familiare, malessere psicologico, clima, cambiamenti nutrizionali e/o comportamentali, etc.	<i>Conseguenze sull'individuo:</i> » Peggiori condizioni di salute » Aumento complicanze
<i>Limitato accesso/utilizzo dei servizi socio-sanitari:</i> barriere sul lato della domanda e dell'offerta	<i>Impatto sociale</i> » 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
- » Sifilide

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

25'



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 operatori

È necessario che gli operatori 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

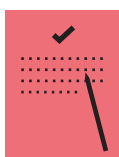
15'



1,45h Workshop

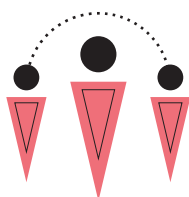
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

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'

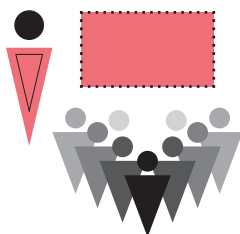


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

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.

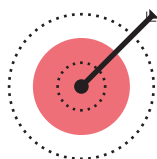
Il gruppo lavora per 30-40 minuti

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 in 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 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 dall'operatore in se stesso in modo anche apparentemente slegato dal momento.



Trauma e teoria dell'attaccamento

L'esposizione di bambini 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, e 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 ipoarousal. 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 DSM V

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 PTSD

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.



Complex DPTS

Insieme di sintomi che esitano da 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 PTSD, il C-PTSD 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 ultimo 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 operatori dell'accoglienza possano accompagnare la persona a ricostruire il senso di ciò che sta accadendo intorno a lei 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 anche di un diritto. L'essere vulnerabile non rappresenta uno stato, ma uno stato potenziale.

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 in particolare contiene una sovrabbondanza di caratteristiche che ne aumentano il potere gravemente traumatogeno:

- » 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 helplessness. 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 rendere 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, marabuttiaggi) e delle strutture sociali interiorizzate: essi vanno riconosciuti non come elementi di ignoranza, superstizione o arretratezza, ma come fondamentali componenti narrative che consentono al 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 socioculturale.

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 appiattire l'individuo e la relazione sulla sola dimensione culturale, ignorando invece gli aspetti individuali e socioeconomici, quali ad esempio gli elementi intrapsichici come il trauma, gli aspetti di contesto, le relazioni di potere, l'eventuale condizione di marginalità sociale. Gli operatori devono potersi decentrare e lavorare utilizzando costantemente questi due livelli, individuale e culturale, senza confonderli e tenendo conto delle relazioni necessarie e talvolta conflittuali tra essi.

Scheda 4.6

Resilienza e resistenza



Ridare potere: il processo di Empowerment

Le esperienze centrali del trauma psichico rappresentano una privazione 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 l'autore e l'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, 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 operatori delle strutture a denunciare la violenza subita 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, l'apparato riproduttivo, la tratta.

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 delle violenze fisiche in quanto produce forte umiliazione e mortificazione del proprio senso di dignità. Infatti, la forzata nudità induce un senso di impotenza a fronte del fatto che i detenuti siano privati di un senso di protezione ed illusoria sicurezza data dai vestiti, e allude a minacce ben peggiori.

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



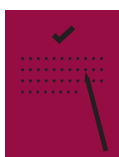
Break



1,45h Workshop

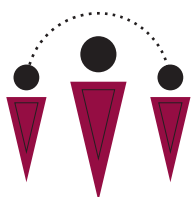
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

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'

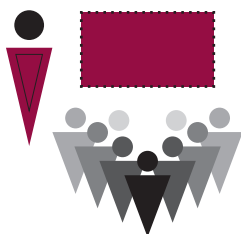


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

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.

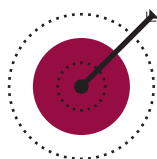
Il gruppo lavora per 30-40 minuti

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 dal 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 ed 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 operatori 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 operatori.

Scheda 5.1

Accogliere e ascoltare



La relazione d'aiuto

Le professioni d'aiuto portano l'operatore 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 degli operatori dell'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 internati 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:

- » il carico di lavoro, se superiore alla capacità dell'individuo di farvi fronte;
- » 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;
- » la ricompensa, sia sociale che economica;
- » la comunità, in termini di qualità di relazioni con i propri colleghi;
- » l'equità, ossia la percezione di onestà e correttezza che favorisce engagement e soddisfazione;
- » 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 disagiosa, 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 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 operatore 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 controtransfert 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 controtransfert avviene in un continuo scambio dinamico ed è influenzato anche dalla personalità dell'operatore. Esistono diversi tipi di controtransfert:

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

Scheda 5.4

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 cosce 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 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 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 cosce, inconsce o dissociate presenti nell'utente e rappresenta una reazione complementare. È fondamentale accogliere e valorizzare eventuali vissuti di paura da parte degli operatori come fattore protettivo da possibili aggressioni. Quand'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

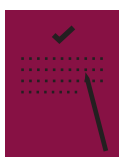
15'



1,45h Workshop

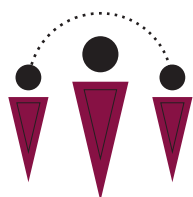
Studio di caso: il caso, il lavoro di gruppo, l'esito e la discussione finale

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'

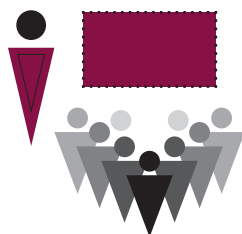


Docente e co-docente indicano ai gruppi di riflettere e discutere il caso seguendo tre categorie di riflessione e analisi:

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.

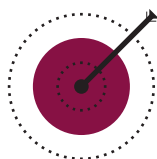
Il gruppo lavora per 30-40 minuti

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 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 (Centro di Accoglienza Straordinaria) 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.

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 frammentario. 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.

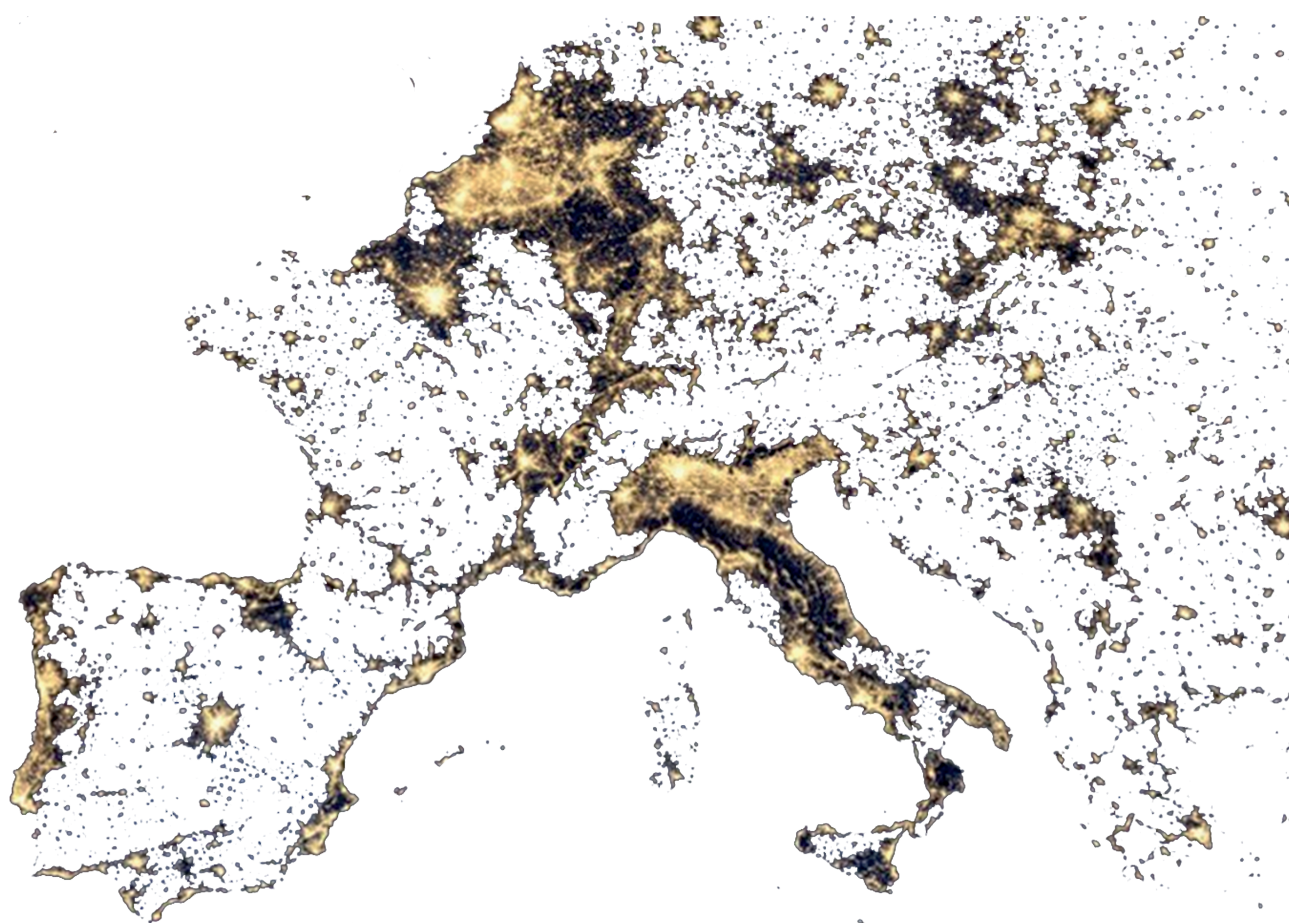
Il sistema di accoglienza spagnolo



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 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 di risoluzione 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 ricevere i 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.

LINEE GUIDA PROVIDE

Il caso

Resistenza e resilienza

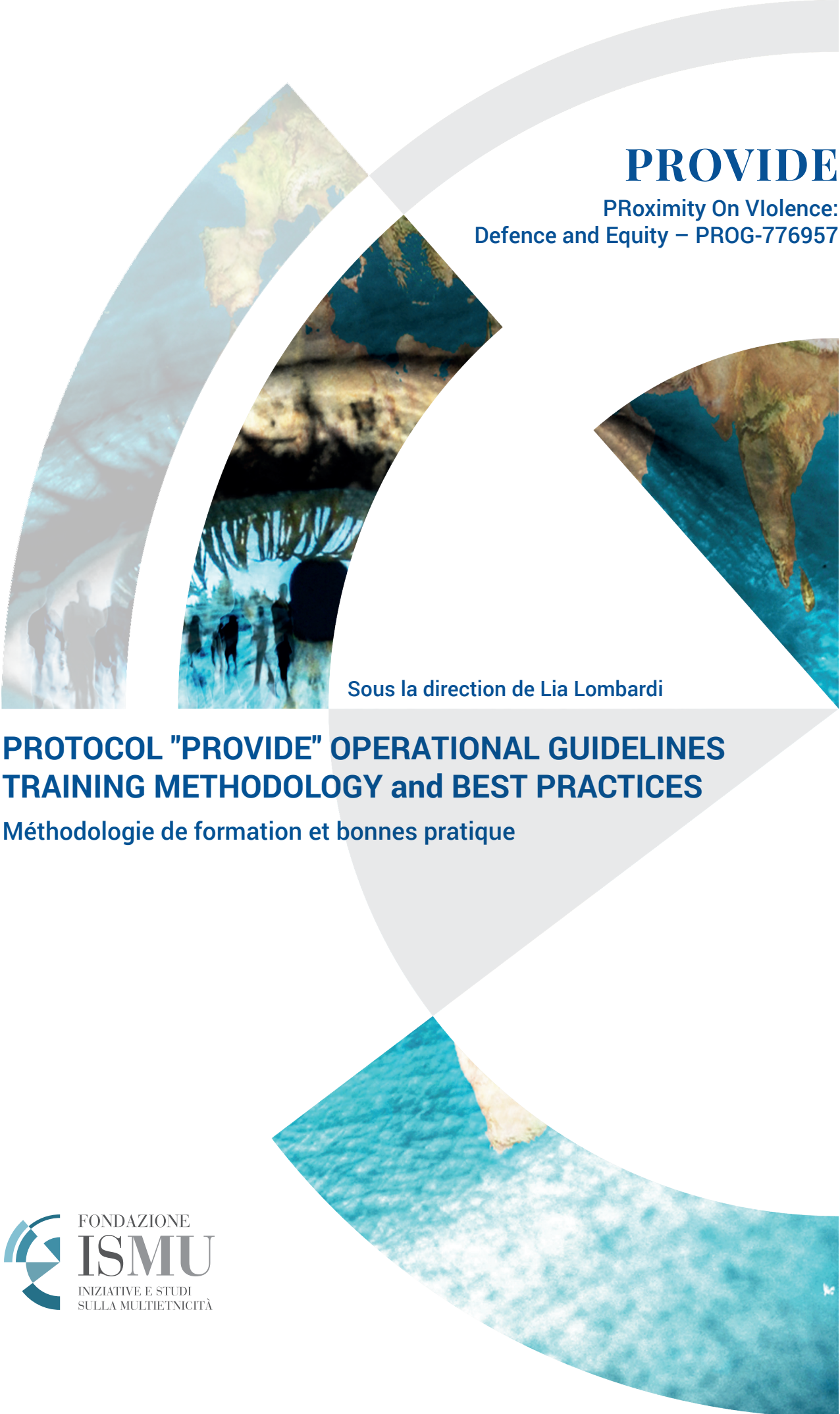
La violenza è certamente un fatto strutturale, ma si tratta anche di condividere i contesti e le dinamiche della violenza con le donne migranti e gli operatori. Si tratta, almeno, di offrire alle donne e alle vittime della violenza l'opportunità di comprendere le dinamiche e le forme di violenza e la possibilità di scegliere se sottoporsi o meno a un processo di trattamento. Una domanda posta da uno 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 subito 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).



PROVIDE

PROximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

Sous la direction de Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Méthodologie de formation et bonnes pratique

Sommaire

Introduction de Lia Lombardi

222

section 1

BONNES PRATIQUES DE FORMATION

1 | Violence de proximité et violence de genre dans les contextes migratoires

Par Valeria Alliata di Villafranca

Introduction et objectifs du module	227
Fiche 1.1	État des migrations et du système d'accueil: cadre européen et national 228
Fiche 1.2	Discriminations de genre, violence, proximité. Définitions, causes et formes de violence 230
Fiche 1.3	Violence de genre, de transit et de proximité dans les parcours migratoires 234
Fiche 1.4	Les conséquences de la violence 239
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale 244

2 | Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation internationale, européenne et nationale

Par Valeria Alliata di Villafranca

Introduction et objectifs du module	247
Fiche 2.1	La législation internationale et communautaire 248
Fiche 2.2	Violence de genre et protection internationale 255
Fiche 2.3	Traite des personnes et protection internationale 257
Fiche 2.4	La législation nationale 260
Fiche 2.5	Information/assistance aux réfugiés, demandeurs d'asile et victimes 261
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale 262

3 | Les soins et l'assistance à la personne et à la santé

Par Valeria Alliata di Villafranca et Chiara Dallavalle

Introduction et objectifs du module	265
Fiche 3.1	Le droit à la santé dans les normes internationales 266
Fiche 3.2	Le droit à la santé dans les normes nationales et locales 266
Fiche 3.3	Définitions et concepts de médecine, soins, santé/maladie, besoins essentiels et autres concepts 267
Fiche 3.4	Le rôle de la culture et son influence sur la santé des migrants vulnérables 270
Fiche 3.5	La santé des migrants 271
Fiche 3.6	Migrants et maladies 273
Fiche 3.7	Soutien psychologique aux victimes de violence 275
Fiche 3.8	Les acteurs impliqués 277
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale 278

4 | Violence, torture et détresse psychologique

Par Chiara Dallavalle

<i>Introduction et objectifs du module</i>	281
<i>Fiche 4.1</i>	Traumatisme et aspects post-traumatiques 282
<i>Fiche 4.2</i>	Trouble de stress post-traumatique 284
<i>Fiche 4.3</i>	Le traumatisme dans la migration 286
<i>Fiche 4.4</i>	Migration et violence 288
<i>Fiche 4.5</i>	Ethnopsychiatrie 290
<i>Fiche 4.6</i>	Résilience et résistance 292
<i>Fiche 4.7</i>	Différences dans l'expérience de la violence liée au genre 294
<i>Atelier</i>	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale 296

5 | Gestion du stress

Par Chiara Dallavalle

<i>Introduction et objectifs du module</i>	299
<i>Fiche 5.1</i>	Accueillir et écouter 300
<i>Fiche 5.2</i>	Comment gérer la peur, le stress, la frustration, l'épuisement professionnel 302
<i>Fiche 5.3</i>	Les outils pour la gestion de l'agressivité 304
<i>Fiche 5.4</i>	Reconnaître l'existence de la violence de genre et/ou de proximité et savoir la prendre en charge 307
<i>Atelier</i>	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale 310

section 2

BONNES PRATIQUES D'ACCUEIL

Identifier, prévenir, traiter

Par Lia Lombardi

<i>Introduction</i>	313
<i>Fiche 1</i>	Systèmes d'accueil 314
<i>Fiche 2</i>	Bonnes pratiques d'accueil 318
<i>Fiche 3</i>	Problèmes critiques et perspectives 323
<i>Le cas</i>	Resistance et resilience 325

Annexes	435
---------	-----

Bibliographie et sites Web	436
----------------------------	-----

Remerciements	441
---------------	-----

introduction

Lia LOMBARDI

Ces directives opérationnelles sont le traitement des résultats des deux macro-actions du projet Provide: la recherche (Bartholini 2019a) et la formation des opérateurs (Bartholini 2019b).

La recherche qualitative met en évidence les difficultés des opérateurs des services et des centres d'accueil qui sont confrontés à un taux élevé de turn-over; le manque de compétences spécifiques concernant la violence de genre et de proximité ; le manque d'offre de formation spécialisée (Lombardi 2019a).

À partir de la narration des besoins de formation des opérateurs, nous avons identifié quelques mots clés qui ont fait l'objet d'une comparaison entre les experts de l'équipe "Provide", donnant ainsi lieu à cinq modules de formation (Bartholini 2019b), objets de ces lignes directrices.

- 1 ***Violence de genre versus violence de proximité.*** Met en lumière la double violence à laquelle sont confrontées les demandeuses d'asile migrantes et les réfugiées: la violence masculine dans un premier temps (pendant et après le voyage), puis la violence institutionnelle et structurelle qu'elles rencontrent dans les pays de destination (Lombardi 2019a).
- 2 ***Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation.*** Correspondance des sources du droit international des droits de l'homme avec les directives/recommandations européennes et des pays membres, partenaires du projet.
- 3 ***Soins de la personne et soins de santé.*** Conséquences de la violence sur la santé des demandeurs/euses d'asile et des réfugiés/ées migrants/es en détectant les besoins de santé spécifiques pour lesquels des compétences adéquates sont nécessaires.
- 4 ***Santé mentale.*** Renforcement des parcours psychosociaux et des compétences concernant les troubles de stress post-traumatique des opérateurs impliqués dans la formation.
- 5 ***Gestion du stress.*** Prend en compte le stress et l'épuisement professionnel des opérateurs travaillant avec des migrants victimes de violence afin de renforcer leurs aptitudes et compétences en matière de gestion du stress.

Le groupe qui a élaboré le "Cours de formation pour experts en violence de proximité" a conçu la structure du cours en faisant référence aux méthodologies actives concernant la formation professionnelle. Compte tenu des contenus des cinq modules de formation et des caractéristiques professionnelles des participants (assistants sociaux, éducateurs professionnels, psychologues), nous avons imaginé

une structure modulaire de cinq heures, chaque module étant divisé en deux parties : d'abord un temps où le professeur soumet aux participants les concepts de base et les références du module, et une deuxième partie structurée en atelier avec la participation active des étudiants. La typologie de l'atelier s'inspire de la "méthode des cas" (Massa, 1997) et est dirigée par un formateur et un co-formateur (Lombardi 2019b). Les cas, faisant référence à des histoires réelles et inhérentes au module de référence, sont lus et proposés au groupe-classe, qui est invité à se diviser en groupes de 4 à 8 participants. Le formateur et le co-formateur indiquent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas selon trois catégories d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne dont il est question dans le cas ; 2. ses fragilités et faiblesses ; 3. gestion du cas par les services (problèmes critiques, bonnes pratiques, efficacité).

À la fin du travail en groupes (30-40 minutes), le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et ajouter des informations pertinentes.

Nous avons donc structuré les lignes directrices en deux parties : la première concerne les "bonnes pratiques" de la formation ; la seconde met en évidence les "bonnes pratiques d'accueil" des migrants/es victimes de violences, issues de la recherche.

Pour faciliter l'utilisation des présentes directives par les formateurs, nous avons réalisé des fiches retraçant les activités de formation, en reprenant les contenus et les approches les plus significatives de la formation dispensée dans les territoires cibles (Sicile, Lombardie, Toscane, région parisienne, Andalousie), en indiquant les cas-exemples significatifs, l'organisation et le déroulement de l'atelier.

La deuxième partie consacrée aux "bonnes pratiques d'accueil" repose sur trois critères - identifier, prévenir, traiter - et elle est également présentée sous forme de fiches qui concernent : les systèmes d'accueil en France, en Italie, en Espagne et certaines réalités locales; les bonnes pratiques d'accueil et de prise en charge des migrants victimes de violence et le travail en réseau (gouvernance, protocoles, actions) ; les points critiques et les perspectives du système.

Section 1

Bonnes pratiques de formation

5h



Violence de proximité et violence de genre dans les contextes migratoires

par *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

Le module présente les questions liées à la violence de genre et à la violence de proximité et vise à analyser les causes et les différentes formes de violence qui se produisent avant, pendant et après le parcours migratoire. À travers l'exposition d'informations et l'analyse de cas, le parcours de formation vise à fournir aux opérateurs des outils utiles et efficaces, pour identifier les victimes de violence et pour encadrer les domaines et les contextes dans lesquels surviennent les abus et les violences, afin de mettre en place des parcours efficaces d'assistance et d'empowerment des victimes.

Les migrations forcées détériorent les supports familiaux, amicaux et communautaires des contextes de départ, faisant pression sur les identités culturelles, religieuses et de genre. Les enfants, les adolescents et les femmes sont les plus vulnérables et les plus exposés aux violences et abus, à l'exploitation, à l'intimidation, aux représailles et aux conséquences sur la santé physique et mentale.

Fiche 1.1

État des migrations et du système d'accueil: cadre européen et national



Flux migratoires vers l'europe. Les voies de migration par terre et par mer.

Au cours de cette session, nous devons indiquer et commenter le cadre actuel des flux migratoires vers l'Europe et des arrivages sur les côtes méditerranéennes.

Indiquer les données quantitatives:

- » sur les arrivées par terre et par mer, en précisant également les lieux d'arrivée et de tri
- » sur les provenances et les pays d'origine
- » sur la présence de catégories vulnérables (comme spécifié dans la fiche 3)
- » sur les demandes d'asile : indiquer si possible celles qui ont été acceptées et celles qui ont été rejetées
- » sur les rejets et les rapatriements
- » autres informations jugées importantes par le formateur dans le contexte dans lequel se déroule la formation

Cadre national

Au cours de cette session, nous devons exposer les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en accordant une attention particulière aux sujets suivants:

Demandeurs d'asile dans le pays membre (par exemple, Italie, France, Espagne, etc.)

- » sur les arrivées par terre et par mer, en précisant également les lieux d'arrivée et de tri
- » sur les provenances et les pays d'origine
- » sur la présence de catégories vulnérables (comme spécifié dans la fiche 3)
- » sur les demandes d'asile : indiquer si possible celles qui ont été acceptées et celles qui ont été rejetées
- » sur les rejets et les rapatriements
- » autres informations jugées importantes par le formateur dans le contexte dans lequel se déroule la formation

Le système d'accueil des migrants

- » Comment fonctionne le système d'accueil national et local
- » Les niveaux d'accueil et les services fournis par les centres d'assistance aux migrants
- » Bonnes pratiques et problèmes



La santé des migrants en situation régulière, des migrants en situation irrégulière, des demandeurs d'asile et des réfugiés. Droit et accès aux soins

En fonction de leur statut administratif, quel type d'accès aux services est garanti aux migrants?

Indiquer s'il y a des différences entre :

- » Migrants réguliers : résidents, permis/carte de séjour
- » Sans-papiers non-résidents, sans PS, sans documents
- » Titulaires d'une protection internationale/subsidaire/autre
- » Demandeurs d'asile

Fiche 1.2

Discriminations de genre, violence, proximité. Définitions, causes et formes de violence

35' + pause 15'
au bout de la fiche



Inégalités et discrimination de genre

L'égalité des sexes n'est autre que l'égalité de traitement entre hommes et femmes en fonction de leurs besoins respectifs. Cela doit conduire à une parfaite équivalence en termes de droits, avantages, obligations et opportunités. Dans la plupart des sociétés, les inégalités s'expriment précisément par la non-reconnaissance de ces équivalences et donc par l'attribution de responsabilités, de droits, d'opportunités et d'avantages différents pour les hommes et pour les femmes, tant dans les activités dont ils ou elles s'occupent, que dans l'accès aux ressources et le contrôle des ressources, ainsi que dans les processus de prise de décision.

Quelques indicateurs de discrimination et d'inégalité de genre

Accès à l'éducation, activité économique, pouvoir de décision et de contrôle.

Selon le "Rapport Social Watch 2012, GEI Gender Equity Index", au niveau mondial, le rapport moyen d'inégalité entre les sexes est : de 0,82 dans l'éducation – max. Amérique du Nord 1,00, min. Moyen-Orient et Afrique du Nord – ; de 0,57 dans l'activité économique – max. 0,74 Asie centrale, min. 0,23 Moyen-Orient et Afrique du Nord – ; de 0,28 dans le pouvoir décisionnel et de contrôle – max. 0,48 Europe et Amérique du Nord, min. 0,14 Asie du Sud, Moyen-Orient et Afrique du Nord.

Santé en matière de procréation et accès aux services de santé et aux services sociaux

En ce qui concerne la santé en matière de procréation, les problèmes qui y sont liés demeurent la principale cause de maladie et de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde entier. Selon le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), toutes les minutes une femme meurt pendant un accouchement pour des raisons qui auraient pu être évitées – avec un accès adéquat aux services sociaux et de santé souvent refusés – et pour chacun de ces décès, plus de 20 femmes ont des problèmes de santé permanents liés aux complications survenant lors de l'accouchement.

Les premières reconnaissances des droits fondamentaux de l'homme et au féminin 1993 : la Conférence mondiale des Nations Unies sur les droits de l'homme, dans le cadre de la *Déclaration et du Programme d'action de Vienne*, reconnaît les droits fondamentaux des femmes et des fillettes comme une "partie inaliénable, intégrale et indivisible des droits de l'homme universels". Il y a donc une reconnaissance des "diverses formes de discrimination et de violence auxquelles les femmes sont continuellement exposées dans le monde".



La violence de genre (*gender based violence*) est donc reconnue comme une violation des droits fondamentaux de l'homme.

Définition Violence à l'égard des femmes

Art. 113 du Programme d'action de la Conférence de Beijing)

"Tout acte de violence fondée sur le genre qui implique ou pourrait causer pour la femme un préjudice ou une souffrance physique, psychologique ou sexuel, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, qui se produisent dans le cadre de la vie publique ou privée".

"La violence à l'égard des femmes est la manifestation de relations de pouvoir historiquement inégales entre hommes et femmes [...]. La violence à l'égard des femmes au cours de leur vie découle essentiellement de facteurs culturels, en particulier des effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles ou coutumières, mais également d'actes d'extrémisme liés à la race, au sexe, à la langue et à la religion, qui perpétuent la condition d'infériorité des femmes dans la famille, sur le lieu de travail, dans la communauté et dans la société". Sur la base de cette conviction, la violence de genre est déclinée selon trois sens différents (physique, sexuel et psychologique) qui sont interdépendants dans les différents domaines de la vie (famille, communauté et État)."

Formes de violence à l'égard des femmes

La violence contre les femmes comprend:

- » **violence physique**, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels sur des fillettes dans le cadre domestique, la violence résultant de droits de d'héritage, les viols conjugaux, la mutilation génitale féminine et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes, la violence extra-conjugale et la violence liée à l'exploitation ;
- » **violence physique, sexuelle et psychologique au sein d'une communauté plus large**, y compris le viol, les abus sexuels, le harcèlement sexuel, l'intimidation sur le lieu de travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, la traite des femmes et la prostitution forcée ;
- » **violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État**, où qu'elles se produisent.

Violence intrafamiliale et domestique

Définition

Tout acte ou comportement commis par une personne qui, en abusant de sa position de pouvoir (physique et/ou psychologique), inflige des dommages physiques et/ou psychologiques à un membre de sa famille, y compris: menaces ou actes de violence physique, psychologique ou sexuelle commis au sein d'une relation familiale ou de couple.

Maltraitant / Victime

partenaire intime, conjoint, parent, frère/sœur, fils ou fille, personne âgée (par exemple grands-parents), autres membres de la famille.

Fiche 1.2

Le profil du maltraitant ou du tortionnaire

Violent uniquement dans la famille: sujets moyennement violents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille, ils ne présentent pas de troubles psychopathologiques pertinents.

Dysphorique – borderline: modérément ou sérieusement violent surtout envers le partenaire. Sérieusement perturbé, ils ont du mal à accepter l'abandon. Pathologiquement jaloux.

Antisocial généralement violent: agresseurs antisociaux violents. Généralement avec un casier judiciaire.

Quelques caractéristiques de la victime

La victime de maltraitance, lorsqu'elle demande de l'aide, présente habituellement: peur, honte, dépendance émotionnelle, perception déformée du danger (parfois), ambivalence en ce qui concerne la possibilité de quitter le maltraitant.

Le contexte

Tout type de famille et/ou de couple (hétérosexuel, homosexuel, autre), de toute tranche d'âge, de tout groupe d'appartenance (groupes ethniques, etc.), de tout niveau socio-économique et culturel.

Formes de violence intrafamiliale et/ou domestique

- » **Violence psychologique.** Humilier, dévaluer, culpabiliser, contrôler des actions et/ou des décisions, limiter l'autonomie, isoler.
- » **Violence économique.** Interdire ou entraver l'accès au travail en dehors de la maison; priver de salaire ou le contrôler; empêcher le contrôle de la gestion économique de la famille; refuser ou restreindre l'accès aux finances familiales (comptes bancaires, etc.). Ne pas remplir les devoirs de pensions alimentaires établis par une sentence; exploiter la personne en tant que main-d'œuvre de l'entreprise familiale (domaine agricole, touristique, artisanal, etc.) sans rémunération ni pouvoir décisionnel, ni accès à des moyens financiers; endetter la femme pour faire face à ses propres manquements.
- » **Violence physique.** Gifler, griffer, mordre, suffoquer, frapper avec des objets, tirer les cheveux, donner des coups de poing et/ou des coups de pied, brûler avec des cigarettes ou autres objets brûlants, blesser avec des armes.
- » **Violence sexuelle.** Forcer à avoir des rapports sexuels par la force, avec des menaces ou du chantage, imposer des pratiques non désirées, imposer des relations qui impliquent d'infliger une douleur physique et/ou psychologique.

Violence de proximité

Qu'entend-on par violence de proximité?

La violence de proximité se situe entre la violence de genre mise en évidence par le droit international et la violence normalisée expliquée par des enquêtes sociologiques. La violence de proximité est caractérisée par:

- » Un lien entre violence interpersonnelle et symbolique et physique, que le contexte favorise et structure.



- » Une interconnexion entre domaine public, espace privé et sphère de l'imaginaire.
- » Une violence enracinée dans la vie quotidienne et dans ses interstices les plus faibles.
- » Le résultat de la reconnaissance de l'autre par la victime dans un contexte ou une situation.
- » La manipulation de la confiance interpersonnelle qui conduit à l'abus de la vulnérabilité de l'autre.

Le terme dérive de "proximus" et fait référence à cette forme grammaticale de superlatif absolu qui désigne la personne **la plus proche de l'autre personne** dans un espace et à un moment donnés (Bartholini 2013). Il s'agit donc d'un type de relation dans lequel les sujets sont mutuellement liés par une proximité résultant du partage d'une expérience émotionnelle (Collins 2008).

Le "Proximus" est l'autre participant à une expérience émotionnelle provoquée chez la victime par des actes de violence.

Par rapport à la victime, le bourreau se trouve dans une position asymétrique et dominante. De ce point de vue, la possibilité de recourir à la violence de proximité est subordonnée au comportement et aux actions du bourreau qui domine une victime dans des conditions de vulnérabilité absolue déterminée par la situation.

Comment se déroule la manipulation de l'autre en tant que sujet vulnérable et exposé?

La manipulation de la victime, en tant que sujet vulnérable et exposé, se produit à travers:

- » **La confiance manipulée:** le bourreau obtient la confiance de la victime
- » **L'identification d'un autre significatif:** reconnaissance du pouvoir/de l'identité de l'autre en tant que bourreau
- » **La résistance:** activation des processus de résistance par la victime
- » **La résilience:** activation des processus de résilience par la victime

Les éléments positifs

La confiance, l'attention, le soin, qui caractérisent certaines relations entre persécuteur et persécuté, comme dans le cas de femmes victimes d'exploitation sexuelle et des sujets auxquels elles se réfèrent, sont en réalité des facteurs de résistance qui retardent ou empêchent la prise de conscience de leur vulnérabilité quasi absolue.

Pourquoi est-il plus approprié de parler de violence de proximité?

- » C'est une violence opérée sur les sujets les plus vulnérables par des sujets "proches" de la personne et même de la famille des victimes.
- » Elle implique une acceptation volontaire initiale basée sur la confiance accordée au tortionnaire
- » Elle produit chez la victime des mécanismes de défense qui rendent le lien acceptable ou qui empêchent de rompre le lien abusif (résistance)
- » Elle produit des mécanismes de résilience active qui conduisent à l'acceptation de la situation.

Fiche 1.3

Violence de genre, de transit et de proximité dans les parcours migratoires



Genre, Violence, Conflit, Migration

Il existe une relation étroite entre genre, violence, conflit et migration, car la violence, sous ses différentes formes (physique, sexuelle, psychologique, structurelle, institutionnelle) devient un instrument de pouvoir, de soumission, de prévarication. Dans les conflits et les situations critiques, le corps féminin, en particulier, devient un "lieu public" (Duden, 1984 ; Lombardi, 2009). Les réfugiés et les demandeurs d'asile fuient dans la plupart des cas les guerres, les persécutions, les difficultés extrêmes rencontrées dans leur pays d'origine et la plupart d'entre eux vivent dans des conditions de privation, de violence et d'abus dans les pays de transit (par exemple, en Libye).

La violence de genre peut survenir dans le contexte d'un conflit, au cours du voyage migratoire et dans les États membres d'accueil de l'UE (par exemple, dans des structures d'accueil et / ou de détention).

La violence de genre - centrée sur les violences commises sur des femmes et des jeunes filles - est entendue comme violence physique, sexuelle et psychologique, y compris les menaces de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, le chantage.

La violence fait référence à des actes commis dans des lieux publics ou privés. Cela peut donc inclure la violence de la part de membres de la famille (partenaires intimes et violence domestique de la part de différents membres de la famille), ainsi que des formes de harcèlement sexuel, ainsi que d'autres formes de violence sexuelle, de la part de différents auteurs.

Violence contre les femmes réfugiées et demandeuses d'asile.

Le cadre européen

Selon l'OIM (2015), un nombre sans précédent de personnes, de familles et de mineurs, originaires du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Asie centrale, ont traversé la Méditerranée et la mer Égée à la recherche de sécurité et de protection en Europe. En 2015, plus de 3 500 personnes se sont noyées ou ont disparu pendant le trajet. Parmi les nombreuses fragilités qui affectent ces personnes, la santé mentale et psychologique et les problèmes psychiatriques comptent parmi les plus importants et méritent une attention particulière. Les réfugiés et les demandeurs d'asile fuient dans la plupart des cas des guerres, des persécutions et des difficultés extrêmes des pays d'origine. Beaucoup vivent dans le dénuement, la violence et les maltraitements dans les pays de transit et affrontent des voyages très risqués.

Les migrations forcées détériorent les supports familiaux, amicaux et communautaires



des contextes de départ, faisant pression sur les identités culturelles, religieuses et de genre. Les enfants, les adolescents et les femmes sont les plus vulnérables et les plus exposés aux violences et abus, à l'exploitation, à l'intimidation, aux représailles et aux conséquences sur la santé physique et mentale.

Catégories de migrants vulnérables

Les femmes et les mineurs à risque ; les mineurs non accompagnés; les femmes enceintes; les parents avec enfants mineurs; les personnes à mobilité réduite; les personnes ayant besoin de soins médicaux ne pouvant être assurés qu'avec la réinstallation; les personnes ayant besoin d'une réinstallation d'urgence pour des raisons de protection juridique ou physique, y compris les victimes de violence ou de torture.

Classes de vulnérabilité

Violence psycho-physique; deuils ou pertes familiales ; victimes de conflits entre tribus/de guerres; victimes d'abus sexuel ; victimes de traite ; grossesse suite à des abus ; dépendances

Indicateurs sur l'état de santé des migrants vulnérables

- » **Maladies infectieuses:** incidence supérieure à la moyenne du pays d'accueil
- » **Maladies sexuellement transmissibles:** particulièrement chez les migrants en situation irrégulière et les victimes de violence
- » **Santé mentale:** problèmes psychologiques et psychiatriques chez les réfugiés et demandeurs d'asile résultant de tortures, de violences et de déplacements extrêmement dangereux
- » **Santé génésique:** de nombreuses femmes sont enceintes et, dans la plupart des cas, des grossesses ont débuté pendant le voyage. Pour cette raison, elles demandent une IVG, mais ce n'est pas toujours possible : pour traiter des problèmes de santé génésique (grossesses, naissances, avortements, contraception, etc.), il est recommandé que les centres d'accueil établissent une coopération avec les conseillers familiaux.

Violence de genre (VdG) dans les parcours migratoires

Concernant la VdG, l'UNHCR, le FNUAP et la WRC (Women Refugees Commission) ont exprimé leur grande inquiétude face aux risques et aux violences auxquels sont exposées les femmes réfugiées en transit vers l'Europe. En 2015, l'UNHCR, le FNUAP et la WRC ont mené une enquête sur le terrain sur les risques encourus par les femmes et les jeunes filles en transit vers l'Europe. Les hommes et les femmes sont exposés à différents risques et vulnérabilités au cours de leur trajet migratoire. Les femmes et les filles mineures sont particulièrement exposées à la discrimination, à la violence sexuelle et à la violence de genre, et elles ont donc besoin d'un accueil et de structures spécifiques. Les centres d'accueil sont souvent surpeuplés, ce qui expose les femmes et les filles à un risque accru de violence, d'abus et d'exploitation (UNHCR, 2017).

Fiche 1.3

Risques pendant le trajet et dans la structure d'accueil. Violence de transit, familiale et domestique, structurelle, institutionnelle et de "proximité"

Une récente évaluation des risques pour les femmes et les enfants réfugiés a identifié des cas de violence sexuelle et de genre, notamment des mariages précoces et forcés, la traite, des violences domestiques, des abus sexuels et physiques tant dans le pays d'origine que pendant le trajet ou dans les pays de transit. Selon le rapport de l'UNHCR, du FNUAP et de la WRC, la réponse à la crise humanitaire européenne est insuffisante et souvent peu concluante, incapable de prévenir les violences et d'en résoudre les conséquences. En outre, il n'existe actuellement que peu de données détaillées sur la crise humanitaire actuelle, ce qui peut alimenter la perception selon laquelle la violence à l'égard des femmes n'est pas un élément important de cette crise. Enfin, selon les rapports de l'UNHCR, du FNUAP et de la WRC, les femmes et les filles sont exposées à la violence de genre même dans les centres d'accueil et autres structures à leur arrivée en Europe (par exemple, police, professionnels de l'administration, responsables des centres, etc.)

Violence de transit. Lorsqu'elles sont interrogées, de nombreuses femmes migrantes déclarent avoir été violées et contraintes de se prostituer pour payer les documents du voyage et le voyage lui-même ; par peur de devoir retarder leur voyage, elles nient avoir subi des violences et ne demandent pas de traitement médical. Un nombre croissant d'hommes et de garçons montrent des signes de violence et de torture à leur arrivée. Ils affirment avoir été maltraités, battus même avant le début du voyage, victimes du chantage menaçant de ne pas les emmener à destination (UNHCR - FNUAP-WRC, 2016).

Violence familiale ou domestique. Il est apparu à plusieurs reprises qu'au cours du voyage, de fausses familles avaient été créées pour protéger les femmes et pour bénéficier des structures mises à disposition des familles ; mais par la suite, au cours de la cohabitation, ces couples "explosent". Il y a aussi des familles réelles, mais en traversant de nombreuses situations difficiles dans le pays hôte, elles "explosent" à cause du stress. Dans les deux cas, l'inconfort de la famille peut se traduire par des violences physiques à l'égard des femmes ou des filles.

Violence structurelle. La violence structurelle fait référence aux situations dans lesquelles les victimes (femmes, mais aussi hommes) vivent dans des conditions où la violence est un *modus vivendi*, vécu depuis l'enfance, des contextes où les enfants perdent toute forme de protection et de tutelle, sont à la merci d'adultes pour qui ces enfants sont des instruments à exploiter, utiles à leurs affaires. Ce type de violence repose donc sur des principes hiérarchiques enracinés dans les communautés et les sociétés dans lesquelles les personnes les plus vulnérables sont victimes d'exploitation et de maltraitance, sans que cela soit reconnu et défini comme tel.

Violence institutionnelle. Elle est représentée par toutes les formes de violence générées par les lois, les pratiques administratives, la méconnaissance des opérateurs qui accueillent des migrants (police, centres d'accueil, services sociaux, bureaucratie). Elle est liée à toute forme de discrimination institutionnelle qui maintient les femmes dans une position subordonnée, à la fois physique et idéologique. La violence institutionnelle est parfois donnée par des règles strictes qui ne sont pas adaptées à la situation spécifique et individuelle.

Violence de proximité. Ce sont des situations collectives qui concernent avant



tout les grands centres d'accueil. Parfois, des choses banales, comme une dispute entre enfants, peuvent la générer. Parfois, elle se traduit par des actes de méchanceté contre les voisins, ce sont des formes de violence que les opérateurs ne peuvent pas gérer. D'autres situations concernent les adolescents et les jeunes : lorsqu'il y a des adolescents vulnérables, il y a souvent des épisodes de harcèlement et d'intimidation à leur encontre. Les jeunes migrants sont également exposés à d'autres risques : certains adultes italiens se présentent à eux comme des "protecteurs", comme ceux qui promettent protection et aide. Au début, ils donnent de l'argent ou des cadeaux aux jeunes immigrés, mais en réalité, ce ne sont que des "recruteurs" de garçons et de filles pour le marché de la drogue, de la prostitution ou de la petite délinquance.

Le problème réside également dans le fait que ces jeunes ne savent pas comment se protéger, ils ne savent pas à qui ils peuvent et doivent faire confiance. Les très jeunes enfants ne réalisent parfois pas que ces méthodes sont abusives mais ils ne savent pas à qui en parler, ils ne savent pas s'ils peuvent faire confiance au "personnel du centre d'accueil" ou non.

Le phénomène migratoire et la violence normalisée.

Pour parler de l'un des plus grands business de l'histoire récente de la criminalité transnationale, il est essentiel d'identifier les modalités d'entrée, les parcours suivis, les flux, les destinations, les pays de départ et ceux de transit d'un nombre important de sujets en Italie, essentiellement des jeunes femmes, originaires des pays de l'Est, d'Afrique et, dans des proportions moindres, d'autres territoires, et qui sont arrivées dans notre pays ces dernières années pour être placées sur le marché de la prostitution. Quand on parle de traite des êtres humains, une attention particulière est accordée à une population spécifique, la population nigérienne, composée d'un pourcentage élevé de jeunes femmes, plus touchées par le phénomène de la traite à des fins d'exploitation sexuelle.

Le voyage des femmes demandeuses d'asile, du Nigéria à Italie.

L'Italie, comme le reste de l'Europe, représente l'une des principales destinations de la plupart des femmes ayant besoin de protection. Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) "... environ 80% des migrantes nigérianes arrivées par voie maritime - en 2016 - sont probablement victimes d'un trafic destiné à l'exploitation sexuelle en Italie ou dans d'autres pays de l'UE".

En outre, l'OIM dénonce "l'augmentation significative et inquiétante du nombre de victimes de la traite d'adolescentes". Quand elles débarquent sur nos côtes, bon nombre de ces filles se déclarent majeures, suivant les indications des trafiquants : "Ainsi, les filles seront placées dans des structures d'accueil pour adultes, où il sera plus facile de contacter leurs trafiquants, qui les récupéreront plus facilement."

La traite des êtres humains concerne des filles de plus en plus jeunes (16/19 ans) : «Elles sont de plus en plus jeunes, de plus en plus pauvres, et ont été peu scolarisées. Ce sont principalement des filles âgées de 15 à 17 ans, avec une proportion croissante de fillettes ». L'argent gagné par les mineures doit être restitué à la maman pour rembourser la dette et toute violation présumée de ce pacte doit être compensée par un nouveau serment.

Individus, rôles, méthodes de recrutement dans le pays d'origine et

Fiche 1.3

exploitation

La **maman** est la femme qui exerce des rôles clés dans toutes les phases du cycle d'exploitation. En particulier, il régleme tous les aspects de la vie quotidienne des filles, c'est-à-dire qu'elle a le contrôle absolu de leur dette et de leur vie. En fait, elle décide de la destination finale en Italie et de tout transfert ultérieur. Elle détermine également les lieux, les moments et les méthodes des activités de prostitution des jeunes filles mineures, par exemple si elles doivent travailler tout le temps, ou bien travailler le jour ou la nuit.

Le **recrutement** a lieu à Benin City, dans les zones rurales et dans les villages les plus reculés des États d'Anambra, du Delta et du Lagos. Les filles quittent le Nigéria en direction du Niger et les viols commencent souvent dans le désert et au tout début du voyage. Les témoignages recueillis révèlent qu'au Niger, elles sont contraintes à la prostitution forcée indoor, c'est-à-dire dans des maisons closes. Dans ce cas, l'exploitation sexuelle forcée est imposée aux victimes afin de commencer à rembourser les trafiquants de la dette contractée pour le voyage. Depuis le Niger, le voyage des femmes se poursuit vers la Libye. Le voyage de ces filles est un cauchemar d'abus et de violence.

Souvent, elles sont enfermées dans des maisons d'hôtes, d'où elles ne peuvent pas sortir et où des hommes vont les forcer à avoir des relations sexuelles ou à se prostituer. En Libye, le séjour et l'exploitation se poursuivent pendant des mois, dans les connection house, avant le départ pour l'Italie: elles sont contraintes à la prostitution indoor sans protection d'aucune sorte (en effet, certaines d'entre elles tombent enceintes). (Tiré du Dossier Save the Children 2015, petits esclaves invisibles: les jeunes victimes de trafic et d'exploitation)

Les phases et les types de violence subie par les migrants vulnérables pendant le parcours migratoire

Pendant le conflit, avant de fuir leur pays d'origine	Abus commis par des personnes en situation d'autorité; traite des êtres humains; violence sexuelle, viol; enlèvement par des groupes armés, y compris des forces de sécurité officielles; viols de masse; grossesses forcées.
Durant le parcours migratoire	Agression sexuelle par des bandits, des gardes-frontières, des pirates; enlèvement pour trafic d'êtres humains et trafic "moderne" d'esclaves
Dans le pays d'accueil	Agression sexuelle, coercition, extorsion par des personnes en position de pouvoir ; abus sexuels, enfants arrachés à leurs familles et placés dans des foyers d'accueil ; violence domestique ; violences sexuelles lors des tâches quotidiennes ; relations sexuelles transactionnelles en échange de la survie / prostitution forcée ; pratiques traditionnelles.
Pendant la déportation / rapatriement	Retour / expulsion / rapatriement. Abus sexuel de femmes et d'enfants séparés de leur famille ; abus sexuels commis par des personnes en position de pouvoir ; viol ; violence sexuelle; expulsion forcée.
Dans le parcours de réintégration	Abus sexuels contre les réfugiés comme forme de punition ; relations sexuelles transactionnelles pour légitimer sa situation juridique ; exclusion des processus décisionnels ; refus ou déni d'accès aux ressources, au droit aux pièces d'identité, au droit au recouvrement des biens.



Fiche 1.4

Les conséquences de la violence



Résistance et résilience

L'un des principaux problèmes liés à la violence de genre et qui empêche de trouver des manières pour l'entraver est que, pour la plupart des femmes interrogées, la violence de proximité est admise, tolérée et justifiée dans le cadre de la vision traditionnelle du couple ou en raison d'une dépendance affective.

De ce point de vue, le patriarcalisme (Edwards, 1987 ; Garcia-Moreno, 2006) n'est pas seulement une catégorie interprétative de la violence qui renvoie aux particularités économiques, culturelles ou religieuses de ses acteurs, mais il trouve sa caractérisation épistémique dans la violence infligée aux victimes par un tortionnaire proche, aussi bien pendant le "voyage abusant" que dans l'exploitation pour la prostitution.

Mécanismes de résistance des victimes qui ne peuvent se générer que par des relations de proximité

La résistance des victimes

Dans des contextes particulièrement stressants, défavorisés ou douloureux, la victime trouve une raison ou une motivation qui justifie au moins partiellement la violence et qui lui permette d'opposer une résistance. Il en résulte ensuite la possibilité d'une narration des faits de violence qui, dépassant la simple dichotomie entre bourreau et victime, transforme la victime en quasi-victime et le bourreau en quasi-bourreau. Le résultat est un récit aux effets contrastés et aux conclusions contradictoires qui justifie l'exercice de la violence.

Mécanismes de résilience qui ne peuvent être générés que par des relations de proximité

La résilience est un élément dynamique. Elle indique:

- » la résistance aux difficultés
- » la capacité de se reconstruire "positivement"

Le terme vient de la physique et indique la capacité d'un métal à reprendre sa forme après avoir reçu un coup suffisamment puissant pour le casser.

Dans le cas des victimes de violences, il s'agit d'évaluer la capacité d'endurance aux actes de violence subis ou vécus et la disposition à trouver des éléments positifs dans les relations d'exploitation et de maltraitance.

Résilience et Frame

Goffman a expliqué que toutes les formes d'interaction ont recours au *framing*. Le frame permet de donner un sens aux expériences, de donner un cadre aux situations

Fiche 1.4

de la vie quotidienne en donnant un sens aux interactions à travers cette opération d'"encadrement".

Le *frame* est un cadre dans lequel les participants jouent des rôles précis. Mais ce n'est pas un cadre ou une structure statique. C'est au contraire un *framework*.

Le *framework* constitue une véritable activité d'adaptation à la réalité.

La capacité à s'adapter à un *frame* donné n'est pas innée, mais acquise. La dynamique par laquelle nous "devenons des participants" de certaines expériences au sein de schémas interprétatifs particuliers est précisément indiquée par Goffman par le terme *framework* (Frame Analysis, 1974) et doit être interprétée comme une forme de résilience par laquelle les victimes modulent la perception même de la réalité qui les contextualise en tant que victimes, en retraçant les éléments positifs de leur existence.

Naturalisation et racialisation

Séparer le discours sur la violence de proximité des représentations culturelles qui le justifient, ou des processus de résilience et de résistance, reviendrait à le séparer de toute interprétation possible qui "naturalise" la violence de proximité. Cela produirait une sorte de *racialisation* des migrantes (Crenshaw, 1991 ; Razack, Smith, Thobani, 2011).

Les entretiens accordés aux femmes migrantes montrent que souvent *seule la violence physique est considérée comme telle*, alors que toutes les autres formes de maltraitance, allant de l'abus économique ou symbolique à l'exploitation sexuelle dans le cadre d'une relation, sont souvent perçues comme des comportements justifiables de la part de l'homme, à qui est octroyée l'autorité pour décider de l'organisation au sein de la relation et de l'utilisation instrumentale de la femme dans le but même de maintenir la relation.

Il est donc clair qu'il existe une asymétrie à la base de la relation, caractérisée par le fait que l'homme joue un rôle de supériorité (Romito, 2000), dans un contexte de violence structurelle (Farmer, 2003). C'est là que, comme l'affirme Butler (2016), ces femmes vivent dans un contexte de résistance à "leur" violence, à travers un processus de naturalisation de la violence.

Le pouvoir de régulation de la violence

En raison de la résistance et de la résilience de la victime, la relation devient auto-immune et exclut les conflits.

- » **Auto-suffisante.** Lorsque la violence - sous différentes formes et de différentes manières - devient le ciment même de la relation, elle revêt les caractéristiques de l'autosuffisance. En d'autres termes, la violence "suffit" pour maintenir la relation en place et fait en sorte que, dans le rituel comportemental des partenaires impliqués, elle remplisse une fonction constituante permettant à la relation de se poursuivre. Et ceci est vrai aussi bien dans les relations de couple que dans les relations entre adolescents ou jeunes (lorsqu'il existe une dynamique de violence de groupe).



- » **Auto-immune.** Étant auto-immune, la relation basée sur la violence exclut de l'intérieur toute autre forme de résistance à la violence, cette dernière devenant indispensable au maintien de la relation. La violence devient ainsi le fondement de la domination de l'un sur l'autre, en l'absence de toute autre forme d'attachement mutuel et réciproque.
- » **Elle remplace le conflit** qui – dans sa forme "domestiquée" de compétition, concurrence, rivalité, dialectique – prévoit "la symétrie intentionnelle" des sujets impliqués qui agissent en vue d'obtenir un résultat et, simultanément, une « asymétrie des objectifs, des attentes et des ressources visant à trouver un équilibre ou un repositionnement des parties » [Bartholini 2012 : 18].

La violence est à la fois un outil de régulation des relations et une force sociale autonome capable de donner un sens à la réalité.

Pour la première définition, la violence vise à obtenir un plus grand pouvoir ou à rééquilibrer le pouvoir entre les acteurs impliqués. La deuxième définition fait plutôt référence à la possibilité même que la violence, en tant que force structurante de la relation, implique les participants et leur donne un rôle – victime, bourreau, spectateur – et donc une identité.

Comment identifier la violence de proximité

En tant que phénomène unitaire, la violence de proximité peut être identifiée à travers les caractéristiques suivantes:

- » **durée**, à l'opposée des liens temporaires et de tout caractère fragmentaire temporel qui distingue les relations occasionnelles, la durée permet de "fixer" l'identité des participants par le rituel du couple qui est réitéré dans le temps ;
- » **manipulabilité du corps**, considéré comme le lieu concret dans lequel s'exerce le pouvoir du bourreau, privant ainsi la victime de toute liberté individuelle ;
- » **oppression relationnelle** et référence réciproque des acteurs impliqués comme condition émotionnelle nécessaire à la mise en place du rituel situationnel, par opposition à la liberté d'être et de choisir et à la possibilité de renouveler/faire évoluer la relation.

Quand la relation violente implose-t-elle?

La réponse à cette question, qui est fondamentale pour que la situation s'achève le plus vite possible, dépend de la solidité de la transaction complémentaire ou de sa transformation en transaction croisée. Cela ne peut se produire que lorsque le **framework** a épuisé sa capacité à satisfaire les exigences du rôle de tous les participants impliqués, c'est-à-dire lorsque l'exhibition de chacun ne répond plus aux besoins de la scène, lorsque l'acteur n'est plus en harmonie avec le co-protagoniste ou ne répond plus aux besoins du public. Enfin, dernière possibilité, par ailleurs cruciale, lorsque le témoin, l'observateur à l'intérieur ou à l'extérieur d'un centre pour demandeurs d'asile, **devient le sauveur**.

Fiche 1.4

Éléments indicatifs des étapes de la violence

Phase 1

Phase de l'assujettissement, justifié par l'amour pour le partenaire

Qu'est-ce qui permet de justifier la relation violente à ses débuts:

- » quel imaginaire
- » quelles attentes
- » quels liens (relations avec d'autres femmes ? Attentes de la part du contexte?)

Phase 2

Phase de la stabilisation de la violence de proximité

Qu'est-ce qui permet de justifier la stabilisation de la relation violente à ses débuts

- » Quelles peurs lient la victime à son partenaire (peur de la solitude, de l'absence? de l'avenir ?)
- » Quels défis la victime se lance-t-elle ?
- » Quels rapports croisés avec le partenaire sont mis en évidence ?

Phase 3

Phase de l'interruption de la relation violente

- » Rôle du spectateur / travailleur social - scénario ouvert...



Conclusions et considérations partagées



Pause



1,45h

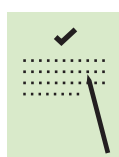


Atelier

Étude de cas : le cas, le travail en groupes, résultats et la discussion finale

Consignes

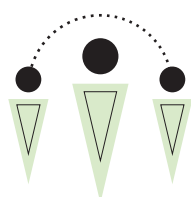
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

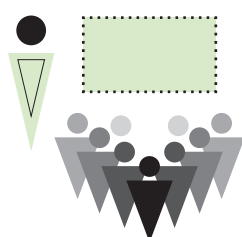


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée ; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes

Exposition

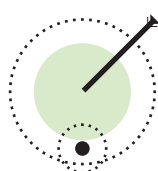
40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Ede

Ede, 16 ans, nigériane, est en Italie depuis plus d'un an. C'est une madame qui l'a fait venir, à la suite d'un serment qui oblige Ede à rembourser sa dette. À son arrivée en Italie, Ede est emmenée chez cette madame et, deux semaines plus tard, elle commence à se prostituer en Sicile. Entre-temps, la jeune fille reprend contact avec sa mère, mais quand la madame le découvre, elle lui inflige des punitions très sévères, y compris des violences physiques. Malgré cela, Ede maintient ses relations avec sa mère qui la met en contact avec son demi-frère. Ce dernier, apprenant la situation dans laquelle se trouve sa sœur, la rejoint en Sicile et arrive à la convaincre de dénoncer la madame. Ede part ensuite avec son frère dans le nord de l'Italie, mais comme elle est mineure et que son frère n'a pas les moyens de l'entretenir, elle est confiée aux services sociaux. À ce stade, un nouveau problème se pose : les services de la municipalité la confient à une famille sénégalaise musulmane qui, à sa manière, tente de la protéger. La jeune fille déclare qu'elle n'est pas bien dans cette famille d'accueil et qu'elle veut retourner chez la madame. Face à cette demande, les services sociaux trouvent une nouvelle famille d'accueil. De plus, un soutien psychologique est mis en place pour Ede. Lors de la première séance, Ede semble avoir oublié toutes les mauvaises expériences vécues pendant le voyage et pendant la période au cours de laquelle elle s'est prostituée. Ede raconte à la psychologue qu'elle se sent triste d'être seule et que c'est pour échapper à sa famille qu'elle a fui son pays. Elle dit : "Je veux payer ma dette avec la madame parce qu'elle m'a fait venir en Italie, c'est ma famille qui m'a fait du mal, pas elle. Mon père était un homme mauvais, lui et mes frères m'ont traitée d'une horrible façon, pire que les gens sont traités en Libye. C'est eux mon problème, sauf ma mère."



5h



Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation internationale, européenne et nationale

par *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

Ce module propose une initiation à la législation internationale et européenne sur les droits de l'homme et a pour objectif d'analyser l'efficacité des normes européennes et nationales qui promeuvent les droits de l'homme, notamment en ce qui concerne l'accueil et la protection des migrants et des demandeurs d'asile. Une attention particulière est accordée aux outils destinés à répondre aux besoins des personnes vulnérables, telles que les femmes migrantes victimes de violences sexuelles et de proximité, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes LGBTI.

Fiche 2.1

La législation internationale et communautaire



La reconnaissance des droits de l'homme en Europe

5 mai 1949 : le Conseil de l'Europe est fondé par le traité de Londres dans le but de promouvoir les droits de l'homme.

4 novembre 1950 : la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ou Convention Européenne des droits de l'homme, CEDH) est signée à Rome par les États européens et constitue le premier instrument juridique international garantissant la protection des droits de l'homme.

1^{er} novembre 1998 : la nouvelle Cour européenne des droits de l'homme est créée à Strasbourg dans le cadre du Protocole n°11 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Mandat:

- » défendre les droits de l'homme, la démocratie pluraliste et l'état de droit ;
- » favoriser la prise de conscience et la valorisation de l'identité culturelle et de la diversité culturelle en Europe ;
- » trouver des solutions communes aux problèmes de notre société ;
- » consolider la stabilité économique en Europe en encourageant les réformes politiques, législatives et constitutionnelles.

La protection internationale

Le statut de réfugié en Europe

(art. 1 de la Convention de Genève)

Le terme réfugié s'applique à toute personne qui "par suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner"



PROTECTION INTERNATIONALE



TYPES DE BÉNÉFICIAIRES



La notion de groupe social en droit de l'UE (art.10 Directive 2011/95)

On considère qu'un groupe constitue un groupe social particulier lorsque:

- » es membres de ce groupe partagent une caractéristique innée ou une histoire commune qui ne peut être changée, ou bien partagent une caractéristique ou une foi si fondamentale pour l'identité ou la conscience qu'une personne ne devrait pas être obligée d'y renoncer;
- » ce groupe possède une identité distincte dans le pays dont il est question, car il est perçu comme différent de la société environnante.

Orientation sexuelle et identité de genre

Selon les circonstances dans le pays d'origine, un groupe social particulier peut inclure un groupe basé sur la caractéristique commune de l'orientation sexuelle. L'interprétation de l'expression "orientation sexuelle" ne peut inclure des actes pénalement pertinents au regard du droit interne des États membres. Afin de déterminer si une personne appartient à un groupe social particulier ou afin d'identifier les caractéristiques de ce groupe, il faut tenir compte des considérations de genre, y compris de "l'identité de genre".

Fiche 2.1

La notion de persécution

Au sens de l'article 1A de la Convention de Genève, sont considérés comme actes de persécution les actes qui :

- a. sont «suffisamment graves du fait de leur nature ou de leur caractère répété pour constituer une violation grave des droits fondamentaux de l'homme, en particulier des droits auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, paragraphe 2, de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales»
- b. constituent « une accumulation de diverses mesures, y compris des violations des droits de l'homme, qui soit suffisamment grave pour affecter un individu d'une manière comparable à ce qui est indiqué au point a).»

Sont considérés comme actes de persécution:

- a. actes de violence physique ou mentale, y compris la violence sexuelle ;
- b. mesures législatives, administratives, de police et/ou judiciaires, discriminatoires par leur nature même ou mises en œuvre de manière discriminatoire ;
- c. procédures judiciaires ou sanctions pénales disproportionnées ou discriminatoires ;
- d. négation d'accès aux recours juridiques et, par conséquent, sanctions disproportionnées ou discriminatoires ;
- e. poursuites judiciaires ou sanctions pénales pour refus de service militaire dans un conflit... ;
- f. actes spécifiquement dirigés contre un sexe ou contre l'enfance.

Actes de persécution dans les demandes de protection liées à la violence de proximité:

- » viol et violences sexuelles, en particulier dans les situations de détention et dans l'armée
- » mariages forcés
- » traitements correcteurs
- » traitements médicaux ou expériences scientifiques non consensuels
- » discrimination dans l'accès aux biens et services essentiels
- » violation du droit de réunion et de la liberté d'expression
- » marginalisation sociale

Demandeurs d'asile LGBTI

Dans le contexte de la violence de genre, celle qui se déroule dans le cadre de l'homophobie ou de la transphobie revêt une importance particulière. Les personnes LGBTI (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexuées) sont souvent victimes, dans leurs pays d'origine, d'actes discriminatoires ou de persécution, y compris de *violences physiques et psychologiques*. Parfois les relations entre personnes de même sexe sont *sanctionnées pénalement*, y compris par la peine de mort.

Pour les personnes transgenres, la négation ou l'impossibilité d'accéder, dans le pays d'origine, à des traitements appuyant leur parcours de transition, soit par des traitements hormonaux soit par des interventions chirurgicales, constitue une forme de **violence psychologique en tant que déni de l'identité de genre**.

Les personnes intersexuées peuvent avoir subi un traitement médical ou des interventions chirurgicales dans leur pays d'origine dans un but de normalisation ou d'adaptation forcée.

Les principaux traités internationaux sur les droits de l'homme ne reconnaissent pas explicitement un droit à l'égalité fondé sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, mais le fondement de la protection repose sur le droit international des droits de l'homme. Une analyse adéquate pour déterminer si un demandeur LGBT est un réfugié au sens de la Convention de 1951 doit partir du principe que les demandeurs ont le droit de **vivre dans la société pour ce qu'ils** sont et n'ont pas à cacher leur **identité**.

Les principes de Yogyakarta

Ils ont été adoptés en 2007 par un groupe d'experts des droits de l'homme et, bien qu'ils ne soient pas contraignants, ils reflètent les principes établis du droit international.

Ceux-ci établissent le cadre de la protection des droits de l'homme applicable en matière d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre et établissent le droit de demander et de recourir à la protection internationale contre la persécution perpétrée pour des raisons liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et protection internationale

Après l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne a acquis la même valeur juridique que les traités.

Elle doit donc être considérée comme une source de premier rang qui ne peut évidemment pas être contredite par les instruments de droit dérivé (tels que les règlements ou les directives).

La Charte oblige (art. 51) les institutions et les organes de l'Union, ainsi que les États membres (mais uniquement lorsqu'ils appliquent le droit de l'Union) à respecter les droits et les principes qu'elle établit, et à promouvoir leur application.

Ai fini della protezione internazionale si segnalano in particolare:

Art. 4 (Interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants) « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». (formulation identique à celle de l'art. 3 de la CEDH);

Art. 18 (Droit d'asile) : « Le droit d'asile est garanti dans le respect des règles de la convention de Genève du 28 juillet 1951 et du protocole du 31 janvier 1967 relatifs au statut des réfugiés et conformément au traité instituant la Communauté européenne;

Art. 19 (Protection en cas d'éloignement, d'expulsion ou d'extradition): "Les expulsions collectives sont interdites. Nul ne peut être éloigné, expulsé ou

Fiche 2.1

extradé vers un État où il existe un risque sérieux qu'il soit soumis à la peine de mort, à la torture ou à d'autres peines ou traitements inhumains ou dégradants".

Torture et traitements inhumains et dégradants

Art. 3 de la CEDH : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* »

L'art. 3 consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques et, avec l'art. de la CEDH il jouit "d'une protection différenciée et renforcée par rapport aux autres articles, en raison du caractère absolu et impératif des droits qu'ils confèrent".

L'art. 3 ne contient pas l'énoncé spécifique des actes et/ou des comportements qui constituent des traitements inhumains et dégradants, qui sont déterminés par le travail d'interprétation de la jurisprudence de la Cour.

La distinction entre torture, traitement inhumain et traitement dégradant est établie au cas par cas, en fonction de la gravité des souffrances infligées : la torture est une forme qualifiée en particulier de traitement inhumain ou dégradant qui provoque des souffrances très graves et cruelles. Mais la distinction n'est pas fixée une fois pour toutes

Article 1 de la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10.12.1984

le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou une souffrance aiguë, physique ou mentale, est infligée à une personne, en particulier afin d'obtenir des informations ou des confessions de cette personne ou d'une tierce personne, ou afin de la punir pour un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, ou afin de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour toute autre raison basée sur une forme quelconque de discrimination, à partir du moment où la douleur ou la souffrance est infligée par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant dans l'exercice de ses fonctions officielles, ou à son instigation ou avec son consentement explicite ou tacite. Ce terme ne s'applique pas à la douleur ni à la souffrance découlant uniquement de sanctions légitimes, qui leur sont inhérentes ou qui en résultent.

Eléments de la définition:

1. Le comportement qui consiste à infliger intentionnellement des douleurs et souffrances graves, tant physiques que mentales.
2. La finalité pour laquelle la torture est infligée [La torture moderne se distingue d'autres formes de violence par le fait qu'elle est toujours intentionnelle et résulte de la volonté du bourreau ou de ceux qui l'autorisent. La pratique fait toujours partie d'un programme planifié avec un but précis et non d'un acte occasionnel ou impromptu, et elle se caractérise par la gravité et l'intensité de la souffrance.]
3. L'implication du système de l'État même sous la forme d'un simple acquiescement.
4. L'exclusion des sanctions légales pour lesquelles la douleur et les souffrances dues à des sanctions légitimes ne peuvent être considérées comme de la torture.



Les définitions de la torture contenues dans les dispositions juridiques internationales ont pour limitation de ne saisir que certains aspects des finalités de la torture dans le monde contemporain qui a pour but de « détruire les convictions de la victime pour la priver de la structure identitaire qui la définit en tant que personne » (Vinar, 1989). Le tortionnaire a toujours pour objectif de frapper des « individus isolés afin d'empêcher tout un groupe, caractérisé, d'exprimer ses modes d'existence particuliers, de cultiver ses connaissances, ses croyances et ses valeurs ; afin qu'il soit privé des fonctions qui permettent sa reproduction sociale et culturelle ».

LES DIRECTIVES EUROPEENNES

Directives/Normes d'accueil

Directives 2003/9/CE - Normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile

Directive 2013/33/UE - Normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale

Directives/Normes de conditions

Directive 2004/83/CE - Normes minimales relatives à l'attribution du statut de réfugié / protection subsidiaire

Directive 2011/95/UE - Refonte des normes de "Conditions"

Directives/Normes de procédures

Directive 2005/85/CE - Normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié.

Directive 2013/32/UE - Procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte).

La gestion des flux migratoires : le système européen commun d'asile (CEAS)

Le CEAS établit les normes minimales pour le traitement de tous les demandeurs d'asile et de toutes les demandes d'asile dans l'UE.

Selon les normes actuelles, les demandeurs d'asile ne sont pas traités de manière uniforme dans l'ensemble de l'UE et le pourcentage de décisions positives quant aux demandes d'asile varie considérablement.

En conséquence, les demandeurs d'asile voyagent dans toute l'Europe et demandent l'asile dans des pays où ils estiment avoir plus de chances de bénéficier de la protection internationale.

Orientations de la Commission européenne à la lumière des urgences humanitaires qui, ces dernières années, ont accru les flux migratoires vers l'Europe

Le Conseil de l'Europe est en train d'examiner sept propositions législatives présentées par la Commission européenne pour améliorer les normes de l'UE en matière d'asile et:

- » rendre le système plus efficace et plus résistant aux pressions migratoires

Fiche 2.1

- » éliminer les facteurs d'attraction et les mouvements secondaires
- » lutter contre les abus et fournir un meilleur soutien aux États membres les plus touchés.

Propositions législatives présentées au niveau européen

La Commission européenne a présenté sept propositions législatives visant à :

1. réformer le système de Dublin afin de mieux répartir les demandes d'asile entre les États membres et de garantir le traitement rapide de ces demandes ;
2. enforcer le règlement Eurodac afin d'améliorer la base de données européenne des empreintes digitales des demandeurs d'asile;
3. établir une véritable agence de l'Union européenne pour l'asile;
4. emplacer la directive sur la procédure d'asile par un règlement, afin d'harmoniser les procédures de l'UE et de réduire les différences de taux de reconnaissance entre les États membre;
5. remplacer par un règlement la directive relative aux conditions que doivent remplir les demandeurs d'asile, afin d'harmoniser les normes de protection et les droits des demandeurs d'asile;
6. réformer la directive relative aux conditions d'accueil, afin de faire en sorte que les demandeurs d'asile bénéficient de normes d'accueil harmonisées et décentes;
7. créer un cadre permanent de l'UE pour la réinstallation.

Le projet de normes est actuellement en cours d'examen par le Conseil.

Mise à jour de la base de données européenne des empreintes digitales

La banca dati Eurodac contiene le impronte digitali di tutti i migranti irregolari e La base de données Eurodac contient les empreintes digitales de tous les migrants en situation irrégulière et des demandeurs d'asile enregistrés dans les États membres de l'UE et dans les pays associés.

Cette base de données, qui contribue à la mise en œuvre du règlement de Dublin, permet de :

- » vérifier si un demandeur a déjà demandé l'asile dans un autre État membre;
- » vérifier si un demandeur a déjà été arrêté lorsqu'il est entré illégalement sur le territoire européen;
- » déterminer quels sont les États membres compétents pour l'examen d'une demande d'asile.

La réforme du règlement Eurodac est actuellement une hypothèse en cours d'examen, afin d'améliorer le système avec la collecte de données supplémentaires (par exemple, des images du visage) et en élargissant son champ d'application (y compris les données relatives aux ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier dans l'UE qui n'ont pas demandé l'asile), simplifiant l'accès des services répressifs.



Fiche 2.2

Violence de Genre et Protection Internationale

20'



Convention de Genève

La Convention de Genève de 1951 n'inclut pas explicitement le "genre/sexe" parmi les motifs de persécution, mais il est désormais reconnu que la définition du réfugié doit prendre en compte d'éventuels aspects liés au genre.

L'interprétation de l'**art. 1 de la Convention de Genève** tend à ramener des cas de persécution liés à une question de genre dans le cadre conventionnel de l'appartenance à un **groupe social particulier**.

On considère qu'un groupe constitue un **groupe social particulier** :

- » Lorsqu'il y a partage d'une caractéristique innée commune (telle que le sexe, la caste ou l'âge), d'une histoire commune qui ne peut pas être modifiée (par ex. appartenance à une association ou à une catégorie professionnelle), ou une caractéristique fondamentale pour leur conscience et leur identité (comme l'orientation sexuelle ou l'identité de genre).
- » Quand les membres du groupe partagent une caractéristique qui le rend reconnaissable et le distingue du reste de la société, qui en identifie la diversité.
- » « Il en résulte que le sexe peut très bien se trouver dans la catégorie du groupe social, les femmes étant un exemple clair d'un ensemble social défini par des caractéristiques innées et immuables et souvent traitées différemment des hommes. » (Principes Directeurs de l'UNHCR, p. 4)

La convention d'Istanbul de 2011

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza
La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (connue sous le nom de Convention d'Istanbul de 2011) a expressément mentionné pour la première fois la persécution fondée sur le sexe/genre:

l'art. 60 engage les États signataires à faire en sorte que la violence sexiste à l'égard des femmes puisse être reconnue comme une forme de persécution permettant de reconnaître le statut de réfugié et que, dans les procédures d'examen de la demande de protection internationale, on adopte une interprétation tenant compte de l'appartenance sexuelle (gender sensitive), ainsi que des systèmes d'accueil et des services de soutien sensibles et adaptés au genre, pour les réfugiés et les demandeurs d'asile;

l'art. 61 engage les États signataires à adopter toutes les mesures législatives nécessaires pour se conformer strictement au principe de non-refoulement à l'égard de toutes les femmes victimes de violence qui pourraient être exposées au risque de torture ou de traitements inhumains et dégradants en cas de rapatriement.

Fiche 2.2

En d'autres termes:

- » Les persécutions directement liées au genre découlent de déséquilibres de pouvoir et de rôles entre les personnes de genre/sexe différent, de relations de subordination qui entraînent la perpétration et/ou la tolérance de violences, même au sein de la famille.
- » La violence domestique et la violence sexuelle, ainsi que d'autres formes de persécution liées au genre, peuvent rentrer dans le cadre de la protection internationale, même si elles ne sont pas mises en œuvre par des agents de l'État, lorsque l'État d'origine ne peut ou ne veut pas fournir une protection adéquate.
- » Il est internationalement reconnu que le viol et d'autres formes graves de violence sexuelle, lorsqu'elles sont commises dans un contexte de conflit armé, font partie des crimes de guerre et constituent de graves violations des droits de l'homme.
- » Toutes les formes de mutilation génitale féminine (MGF) constituent une forme de torture et de traitements inhumains et dégradants et elles violent une série de droits fondamentaux des filles et des femmes, tels que le droit à la non-discrimination, à la protection contre la violence physique et mentale, aux meilleures normes de santé possibles ainsi que le droit à la vie.

Art. 3 Convention d'Istanbul. Définitions

Aux fins de la présente convention:

- a. l'expression « violence à l'égard des femmes » désigne une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et comprend tous les actes de violence basés sur le sexe qui causent ou sont susceptibles de causer des dommages ou des souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris les menaces d'accomplir de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté, tant dans la vie publique que dans la vie privée;
- b. l'expression « violence domestique » désigne tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique survenant au sein de la famille ou entre conjoints ou partenaires, ou ex-conjoints/partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de tels actes partage ou ait partagé le même lieu d'habitation que la victime;
- c. le terme « genre » désigne des rôles, des comportements, des activités et des attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et pour les hommes;
- d. l'expression « violence sexiste contre les femmes » (violence basée sur le genre) désigne toute violence dirigée contre une femme en tant que telle ou affectant les femmes de manière disproportionnée;
- e. le terme « victime » indique toute personne physique qui subit les actes ou comportements visés aux paragraphes a) et b) précédents;
- f. le terme « femmes » désigne également les jeunes filles de moins de 18 ans.



Fiche 2.3

Traite des personnes et protection internationale

25' + pause 15'
au bout de la fiche



Conventions internationales et européennes, directives européennes

- » Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Convention de Palerme, 2000).
- » Convention du Conseil de l'Europe n. 197 sur la traite des êtres humains, approuvée à Varsovie le 16.05.05
- » Directive 2004/81/CE relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains ou ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes.
- » Directive 2011/36/UE concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes

Définitions et notions

Smuggling Of Migrants/Trafficking In Human Beings

Le *smuggling of migrants* consiste en une aide organisée à l'immigration clandestine, tandis que le *trafficking in human beings* vise à l'exploitation ultérieure des personnes faisant l'objet de la traite.

(Convention de Palerme)

Traite des personnes

La Directive 2011/36/UE définit la traite des êtres humains comme « le **recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes**, y compris l'échange ou le transfert du contrôle exercé sur ces personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre, à des fins d'exploitation » (art. 2)

- » Une position de vulnérabilité signifie une situation dans laquelle la personne en question n'a d'autre choix effectif et acceptable que de céder aux abus dont elle est victime (article 2, paragraphe 2)
- » L'exploitation englobe, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, y compris la mendicité, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude, l'exploitation d'activités criminelles ou le prélèvement d'organes (mariages forcés, adoptions internationales illégales)
- » Le trafficking in human beings est l'une des formes les plus évidentes et les plus

Fiche 2.3

dramatiques de violation des droits de l'homme

- » Le consentement de la victime à sa propre exploitation n'est pas pertinent dans les cas où sont utilisés les moyens de contrainte indiqués et le recrutement, transport, transfert
- » Tout comportement concernant la traite des personnes, s'il implique un mineur, est puni en tant que traite des personnes, même en l'absence de recours à des moyens coercitifs.
- » Les victimes de la traite des personnes doivent bénéficier de mesures d'assistance et de soutien spécifiques, indépendamment de leur volonté de collaborer avec l'autorité judiciaire, ainsi que pendant la "période de réflexion".

La victime de la traite peut-elle obtenir la protection internationale?

Législation en matière de traite et références à la protection internationale:

Article 14 de la Convention de Palerme de 2000 : « Aucune disposition du présent Protocole n'a d'incidences sur les droits, obligations et responsabilités des États et des particuliers en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire et du droit international relatif aux droits de l'homme et en particulier, lorsqu'ils s'appliquent, de *la Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés ainsi que du principe de non-refoulement* qui y est énoncé. »

Article 40.4 Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (ouverte à la signature le 16.05.2005 et entrée en vigueur le 01.02.2008). « Aucune disposition de la présente Convention n'a d'incidences sur les droits, obligations et responsabilités des États et des particuliers en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire et du droit international relatif aux droits de l'homme et en particulier, lorsqu'ils s'appliquent, de *la Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés ainsi que du principe de non-refoulement* qui y est énoncé. »

Le par. 377 du Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe, en ce qui concerne l'article 40, établit que : « le fait d'être victime de la traite des êtres humains ne peut porter préjudice aux droits de rechercher et de bénéficier de l'asile. Les Parties doivent s'assurer que les victimes de la traite disposent d'un accès approprié à des procédures d'asile équitables et efficaces. Les Parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le plein respect du principe de non-refoulement. »

Normes sur la protection internationale et références à la traite:

Directive 2011/95/UE (refonte normes relatives aux conditions) "Lorsqu'ils appliquent le présent chapitre, les États membres tiennent compte de la situation spécifique des personnes vulnérables telles que [...] les victimes de la traite des êtres humains"

Directive 2013/33/UE (refonte normes accueil protection internationale)

"Dans leur droit national transposant la présente directive, les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que [...] les victimes de la traite des êtres humains".



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

La traite comprend les formes d'exploitation grave, l'enlèvement, la détention, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, le travail forcé, le prélèvement d'organes, les coups et blessures, l'infliction de la faim, le déni des soins médicaux. Ce sont des violations graves des droits de l'homme qui constituent généralement une persécution.

En plus de la persécution subie par des individus au cours de leur expérience de traite, ceux-ci peuvent être soumis à des représailles et/ou à de nouvelles expériences de traite s'ils sont renvoyés sur le territoire d'où ils ont fui ou ont été victimes de la traite (Principes Directeurs de l'UNHCR).

Exemples de reconnaissance du statut de réfugié en Europe pour les victimes de violence et de traite

Appeal Committee Greece: *"En conclusion, en ce qui concerne la persécution, le Comité a pris en considération la soumission au travail forcé, l'ensemble des conséquences du fait que les différentes formes de discrimination pourraient rendre la vie de la demandeuse insupportable dans son pays d'origine ; a également été pris en compte le sexe/genre de la demandeuse. Tous les éléments mentionnés ci-dessus permettent de considérer la demandeuse comme un membre d'un groupe social particulier, celui des "femmes seules en Ethiopi".*

Cour nationale du droit d'asile (France): *"Les victimes de traite peuvent être considérées comme constituant un groupe social en raison de la caractéristique commune et immuable d'avoir été victimes de traite. [...] Enfin, considérant que la traite des êtres humains [...] constitue une persécution au sens de l'article 1A2 de la Convention de Genève.*

Ordonnance tribunal de Messine: *"Les profils des femmes victimes de la traite sont hétérogènes et varient dans le temps. Bien qu'il soit impossible de dresser un profil spécifique, les sources consultées ont identifié certaines caractéristiques communes... en raison de leur accès limité à l'éducation, au travail ou à la protection contre la violence, elles étaient incapables de subvenir à leurs besoins et étaient vulnérables aux offres d'aide faites par les trafiquants. En règle générale, les femmes victimes de la traite proviennent de familles nombreuses et se trouvent dans une situation économique grave... La demandeuse d'asile, en tant que femme, appartient déjà à un groupe social particulièrement vulnérable aux actes de persécution susmentionnés, mais cette vulnérabilité est aggravée par les normes et les institutions nigérianes : celles-ci offrent bien des formes de protection en faveur des victimes de la traite, mais ces mesures, étant donné l'incidence et l'ampleur du phénomène dans le pays, ne peuvent être assurées avec certitude et efficacité de manière à éviter le risque représenté".*

Fiche 2.4

La législation nationale



Au cours de cette session, il convient d'informer les participants sur les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en accordant une attention particulière aux sujets suivants:

- » mise en œuvre et application:
 - des conventions internationales/européennes, des directives et normes européennes concernant les droits de l'homme fondamentaux
 - des normes et directives européennes sur l'asile, la protection internationale des victimes de la violence de genre, des victimes de la traite, y compris les mineurs étrangers (dont les mineurs étrangers non accompagnés)
- » Procédures pour l'obtention du statut de réfugié, la protection subsidiaire et les autres formes de permis de séjour pour motifs humanitaires
- » Système d'accueil et de protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, protection des victimes de violence de genre, des victimes de la traite et des mineurs étrangers (dont les mineurs étrangers non accompagnés).
- » Mécanismes de garantie d'assistance aux victimes de violences de genre et victimes de la traite, introduits dans les normes de nature pénale – et donc concernant la lutte contre le crime et la protection des victimes dans le cadre des enquêtes – et des procédures pénales et dans les normes en matière d'immigration.



Fiche 2.5

Information/assistance aux réfugiés, demandeurs d'asile et victimes

40'



Au cours de cette session, il convient d'informer les participants sur les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en donnant des indications sur:

- » Quelles institutions et quels organismes publics sont impliqués dans le système d'accueil des migrants, de protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, de protection et d'assistance aux victimes de torture, de violences de genre (sous ses différentes formes) en précisant quels sont les rôles et les obligations envers des demandeurs d'asile et/ou de tutelle.
- » Quelles sont les organisations locales et les associations privées/sociales impliquées dans le système d'accueil des migrants, la protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, la protection et l'assistance aux victimes de torture, la violence de genre (sous ses différentes formes) en précisant quels sont les rôles et les obligations envers les demandeurs d'asile et/ou de tutelle.
- » Quels sont les services et sujets vers lesquels l'opérateur en contact avec la victime potentielle peut orienter cette dernière, en précisant les différents types de services et d'assistance fournis

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

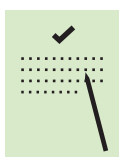


Atelier

Étude de cas : le cas, le travail en groupes, résultats et la discussion finale

Consignes

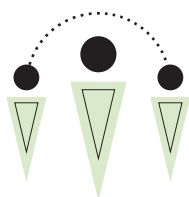
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

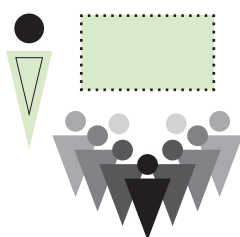


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée ; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



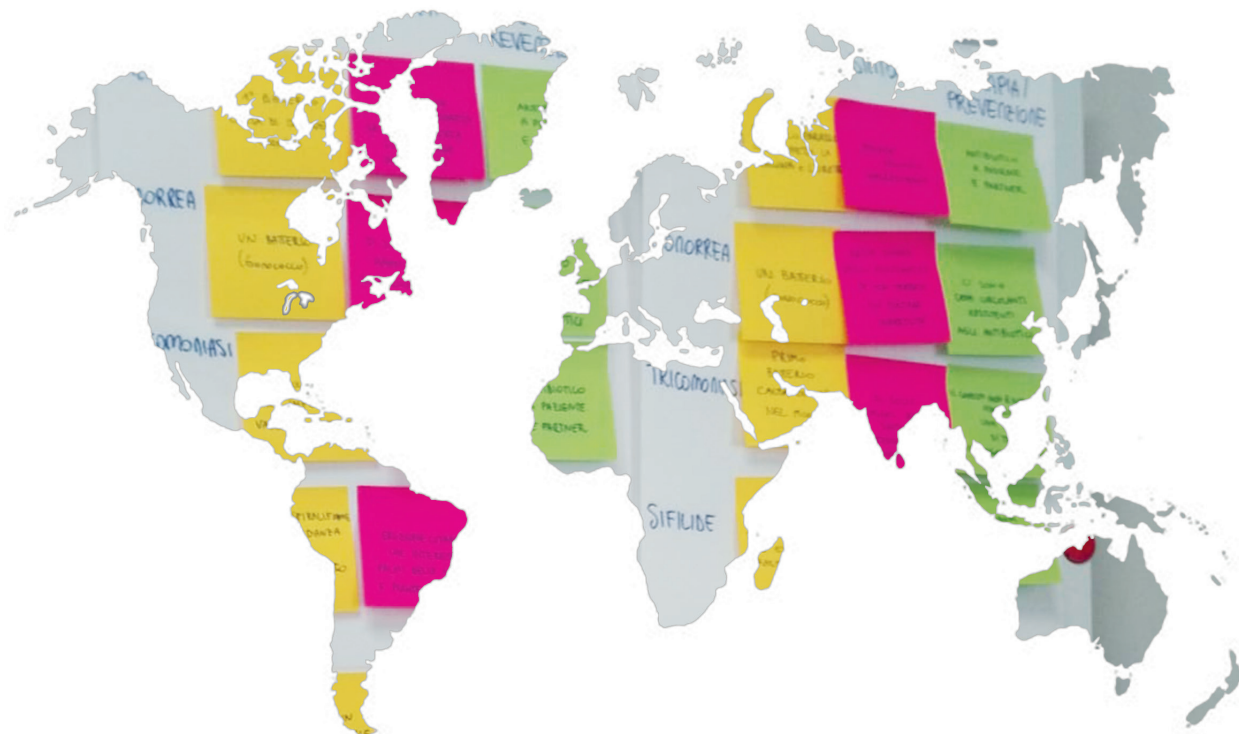
Le cas

En juin 2012, une ressortissante étrangère déclara aux forces de l'ordre que sa fille et elle-même avaient été battues par son époux (père de ses deux enfants). La police est intervenue, mais aucune plainte officielle n'a été déposée. En août, cette femme fit une déposition, déclarant que son mari l'avait forcée à avoir des relations sexuelles avec lui et avec ses amis sous la menace d'un couteau. À la suite de cette déposition, son mari ne fut sanctionné que par une amende pour port illégal de couteau. Le 5 septembre 2012, elle déposa officiellement plainte pour coups et blessures, mauvais traitements et menaces, demandant la protection des autorités publiques pour elle-même et ses enfants. Elle fut interrogée pour la première fois le 4 avril 2013. À cette occasion, elle a modifié les dépositions qu'elle avait faites auparavant. L'affaire fut alors classée. En octobre 2013 eut lieu un nouvel épisode de coups et blessures suivi d'une sanction de 2000 € pour son mari. En novembre, la femme appela la police pour faire état d'une violente dispute avec son mari. Peu après, l'homme se retourna contre sa femme et l'attaqua avec un couteau de cuisine. Leur fils de 19 ans intervint dans la bagarre, recevant un coup mortel de la part de son père. Dans sa tentative de fuite, la femme reçut de nombreux coups de couteau à la poitrine. En 2015, l'homme a été condamné à la réclusion à perpétuité pour meurtre et tentative de meurtre, port illégal d'armes et mauvais traitements infligés à sa femme et à sa fille. **La requérante a saisi la Cour européenne des droits de l'homme, invoquant les articles 2, 3, 4, 13 et 14 de la CEDH. La Cour a ensuite confirmé et reconnu la violation des articles invoqués en accordant à la requérante une indemnité de 30 000 € (art.41 CEDH).**



par **Valeria ALLIATA** di **VILLAFRANCA** et **Chiara DALLAVALLE**

3





15'

Le problème de la santé d'un individu est un problème de santé publique. La santé est un droit fondamental qui doit être reconnu de manière égale pour tous les individus. L'objectif de ce module est de sensibiliser aux problèmes spécifiques liés à l'état de santé des migrants au cours de leur voyage migratoire et à leur arrivée dans le pays de destination, en particulier en ce qui concerne la santé des catégories les plus vulnérables. Le module vise à déterminer les éléments permettant de traiter les différents aspects de la santé, y compris la santé sexuelle et mentale. Enfin, il vise à indiquer les compétences professionnelles et culturelles des opérateurs des services qui prennent en charge les sujets vulnérables et les victimes de violence de proximité.

Fiche 3.1

Le droit à la santé dans les normes internationales



La santé est reconnue comme bien primaire de l'individu, un droit fondamental reconnu par la communauté internationale.

Art.25 Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par les Nations Unies le 10 décembre 1948 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux.

Art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (New York, 1966): Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Fiche 3.2

Le droit à la santé dans les normes nationales et locales



Cette session fait référence aux contextes et aux situations concernant le pays membre où la formation a lieu, avec une attention particulière pour les sujets suivants:

La transposition et l'application: des conventions internationales/européennes, des directives et des normes européennes concernant les droits fondamentaux à la santé, à l'accès aux services sociaux et de santé, en particulier concernant les migrants étrangers, les réfugiés et/ou les demandeurs d'asile, les victimes de la traite et de la violence de proximité;

Les mesures et les stratégies nationales et locales visant à assurer une assistance et des soins adéquats aux victimes de torture, de violences de genre, de violences de proximité et aux victimes de la traite.



Fiche 3.3

Définitions et concepts de médecine, soins, santé/maladie, besoins essentiels et autres concepts

30'



Soins: prescription, médecine, solution-oriented. Quand le professionnel diagnostique le problème et le patient reçoit un traitement.

Care: accent mis sur la pensée, les émotions. Valorisation de la rencontre et de la personne. Pas nécessairement la solution.

Médecine humanitaire: au sens de médecine dans sa dimension humaine, pas uniquement les aspects techniques. Il y a des situations dans lesquelles "prendre à cœur" devient le facteur thérapeutique prédominant, voire le seul. Les opérateurs sociaux/de santé ont besoin de compétences spécifiques à cet égard (communication, mais aussi résilience et, précisément, humanité).

Santé (OMS): état de bien-être complet psychique, physique et social de l'être humain intégré de manière dynamique dans son environnement naturel et social et non pas simple absence de maladie (donc dimensions physique + psychique + émotionnelle + relationnelle + spirituelle + sociale).

Santé sexuelle (OMS) : état de bien-être physique, émotionnel et social [...] qui donne la possibilité de vivre des expériences sexuelles qui procurent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination, ni violence.

Maladie : altération de la normalité, perte transitoire ou permanente de l'homéostasie, lorsque les capacités de défense de notre organisme ne sont plus en mesure de contrôler les dommages causés par des agents pathogènes. Cela peut aussi être causé par un événement biographique ou social.

Les 3 dimensions de la maladie (Kleinman) : selon l'anthropologie médicale, "se sentir mal" peut se rapporter à 3 sphères : disease, illness, sickness.

- » disease est la partie "du médecin", la partie codifiée, le diagnostic, la partie observable par une méthode scientifique;
- » illness est le côté subjectif, la souffrance de la personne, liée au fait d'avoir une disease ;
- » sickness est la représentation sociale/symbolique de la maladie, le sens qui lui est attribué, le processus de "socialisation" de la maladie (la perception de la société).

Santé mentale : capacité à gérer ses propres pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec les autres, également en corrélation avec des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux. Cette capacité est compromise par l'exposition à l'adversité, une exposition qui devient un facteur de risque pour le développement de troubles mentaux. Certains individus ou groupes sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux. Ce sont les sujets les plus vulnérables tels que ceux qui vivent dans la pauvreté, ceux qui souffrent

Fiche 3.3

de maladies chroniques, les enfants abandonnés et maltraités, les toxicomanes, les personnes âgées, les victimes de discrimination et de violations des droits de l'homme, les prisonniers, les victimes de conflits, de catastrophes naturelles ou d'autres urgences humanitaires. Parmi les migrants, on trouve une incidence élevée de troubles mentaux (dépression, anxiété, troubles liés à un traumatisme, etc.) et une plus grande difficulté à accéder aux services spécifiques, ainsi qu'à être véritablement pris en charge par les services.

Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson (1960)

Besoin	Description du besoin
Respirer	Capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation.
Boire et manger	Capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.
Éliminer	Capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.
Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.
Dormir, se reposer	Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
Se vêtir et se dévêtir	Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.
Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2 °C)	Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.
Être propre et protéger ses téguments	Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir un bien-être et de se sentir beau. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.



Besoin	Description du besoin
Éviter les dangers	Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.
Communiquer avec ses semblables	Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
Agir selon ses croyances et ses valeurs	Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.
S'occuper en vue de se réaliser	Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
Se récréer	Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.
Apprendre	Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Fiche 3.4

Le rôle de la culture et son influence sur la santé des migrants vulnérables



La compétence culturelle dans le système de santé est la capacité des soignants à comprendre et à intégrer les facteurs culturels dans leur travail, de manière à fournir des soins de haute qualité à tous les patients, sans distinction d'origine ethnique ou culturelle. Compétence culturelle ne signifie pas connaître toutes les cultures, mais connaître l'importance du facteur culturel dans la construction de l'expérience et savoir comment la culture affecte le psychisme. Une compétence culturelle insuffisante entraîne l'insatisfaction des patients... (et d'autres problèmes). La culture est l'ensemble des idées, traditions et comportements partagés par ceux qui font partie d'un groupe spécifique. Ces personnes sont identifiées en tant que membres du groupe et se distinguent des membres d'autres groupes culturels. Au sein de chaque groupe culturel, il existe plusieurs sous-groupes.

Elle est en constante évolution, apprise et transmise d'une génération à l'autre, partagée (explicitement ou non), souvent exprimée de manière symbolique (langage/vêtements/attitudes, etc.), elle est transversale à tous les aspects de la vie de l'individu, nous y sommes toujours liés.

L'influence de la culture sur la santé : perceptions de la santé/maladie/décès, croyances sur les causes de la maladie, expérience même de la maladie/douleur ainsi que son expression, où/comment on se soigne, quels traitements sont privilégiés, etc.

Chaque acteur du système est influencé par sa propre culture!

"Compétence culturelle" entendue comme la capacité de négocier les différences culturelles, afin de demander quelles sont les croyances du patient en matière de soins, de diagnostic et de traitement.

La prise de conscience de l'influence de la culture donne de meilleurs résultats.

ATTENTION!

Attention à l'ethnocentrisme (se remettre en question!), n'oubliez pas que nous aussi sommes porteurs d'une culture, également professionnelle.



Fiche 3.5

La santé des migrants

30' + pause 15'
au bout de la fiche



À leur arrivée en Europe, les migrants présentent de meilleures conditions de santé que la population résidente (Razum 2000, Healthy migrant effect). Cette condition a tendance à disparaître avec le temps en raison des conditions et des modes de vie (Acevedo-Garcia 2010).

La perte progressive d'emplois liée à la crise économique a eu un impact négatif sur la santé des migrants, en particulier sur la santé mentale, avec une augmentation des suicides, du poids corporel (augmentation du surpoids> chez les femmes), sur la qualité de la santé perçue qui tend à se rapprocher de celle des Européens. Après dix ans de vie dans un pays européen, les migrants présentent un état de santé qui a empiré.

L'approche de l'opérateur socio-sanitaire doit prendre en compte le fait que:

- » le migrant n'est pas en lui-même porteur de maladies infectieuses
- » il est souvent impossible de connaître son statut sérologique et vaccinal avant son arrivée en Europe
- » certaines maladies infectieuses (comme la tuberculose) ne se révèlent qu'au bout d'une longue période après l'arrivée
- » l'origine géographique du migrant et les risques auxquels il a été exposé pendant la période de migration nécessitent un dépistage systématique des maladies sexuellement transmissibles
- » la surveillance syndromique doit être prolongée dans le temps pour identifier les pathologies non présentes ou latentes au moment de l'arrivée, qui apparaissent après une période variable
- » les compétences en matière d'actuation de la surveillance syndromique devraient être mieux clarifiées et réglementées, y compris en ce qui concerne les rôles des organes en charge.

Les facteurs qui affectent la santé des migrants

- » facteurs pré-migratoires (guerre, famine, violence sexiste, abus sexuel pour mariage forcé, MGF);
- » facteurs migratoires (voyage, violence au cours du voyage);
- » facteurs liés à la grossesse (résultant souvent de violences sexuelles);
- » facteurs post-migratoires (chômage, isolement, barrière de la langue, aspects culturels liés à la santé mentale).

Fiche 3.5

Les effets

Avant le départ du pays d'origine

MIGRANT ÉCONOMIQUE (spesso giovane ed in buona salute) = EFFET MIGRANT SAIN

MIGRANT FORCÉ (les effets des conflits et de la pauvreté extrême sur la santé) = MIGRANT ÉPUISÉ

Effets des conflits sur la santé	Causes potentielles	Exemples
Augmentation de la mortalité	Traumatismes, blessures, accidents Maladies infectieuses Maladies chroniques/urgences	Combats Violences, assauts Paludisme, tétanos, dysenterie Accouchement, asthme, diabète, urgences
Augmentation des états malades	Traumatismes, blessures, accidents Maladies infectieuses Maladies chroniques/urgences Troubles de la reproduction, malnutrition Troubles mentaux	Attaques, mutilations, brûlures Transmises par l'eau/agents pathogènes, ST Interruption du traitement Décès périnatal, insuffisance pondérale, fistule, Carence nutritionnelle Anxiété, dépression, tendances suicidaires
Augmentation de l'invalidité	Handicap physique Troubles mentaux Participation sociale réduite	mutilation/absence de vaccination Troubles post-traumatiques, psychose, épilepsie, troubles émotionnels Isolement, perte de réseau social

À l'arrivée dans le pays de destination

Les effets des phases précédentes surgissent et l'effet migrant sain s'amenuise

Autres facteurs de risque	effets
Socio économiques: chômage, professions risquées ou non protégées, logement dégradé, absence de réseau familial, détresse psychologique, climat, changements nutritionnels et/ou comportementaux, etc.	Conséquences sur l'individu: » Conditions de santé qui empirent » Complications accrues
Accès/utilisation limités des services sociaux et de santé: barrières concernant l'offre et de la demande	Impact social » Risque accru d'infections et propagation de maladies transmissibles » Augmentation des dépenses de santé » Diminution du capital humain et social



Fiche 3.6

Migrants et Maladies



Maladies infectieuses transmissibles

Ces maladies peuvent également survenir après l'arrivée en Europe et sont dues à des conditions différentes de vaccination et de susceptibilité et à des conditions de vie précaires.

Les principales maladies infectieuses du migrant sont:

- » varicelle
- » parasitose (gale, pédiculose), rougeole
- » rougeole
- » gastro-entérite

Maladies sexuellement transmissibles:

- » VIH
- » hépatites B, C et D
- » syphilis

Le problème réel est lié aux maladies infectieuses qui ne sont pas courantes en Occident et que nous ne sommes souvent pas en mesure de diagnostiquer rapidement, par exemple:

- » aludisme, lèpre
- » parasitose cutanée et intestinale (par ex, filariose, schistosomiase)
- » trachome
- » maladies virales hémorragiques (Chikungunya, West Nile, dengue)

La tuberculose

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la tuberculose est la maladie infectieuse la plus répandue dans le monde. Chaque année, 8 millions de personnes contractent la tuberculose et 2 millions en meurent dans le monde. Les personnes séropositives ont 20-30 fois plus de risques de contracter la tuberculose lorsqu'elles sont infectées. Toutes les personnes infectées ne développent pas la maladie ; en effet, le système immunitaire peut faire face à l'infection et la bactérie peut rester au repos pendant des années. Cette condition s'appelle infection tuberculeuse latente et touche environ un quart de la population mondiale.

La tuberculose est une maladie fortement associée aux conditions de vie des personnes, comme dans le cas des migrants vulnérables : l'abaissement des défenses immunitaires peut dépendre du fait de vivre dans de très mauvaises conditions d'hygiène et de souffrir d'un état de malnutrition et de mauvaises conditions de santé générale. La tuberculose est aujourd'hui une urgence médicale et sanitaire

Fiche 3.6

à ne pas sous-estimer : la prévention est très importante et, heureusement, cette maladie peut être guérie, mais il est essentiel que le diagnostic soit posé à temps pour éviter l'apparition de nouveaux problèmes.

Migrants et autres pathologies

Les migrants sont principalement (par ordre de fréquence) affectés par:

- » troubles mentaux
- » maladies cardiovasculaires
- » hypertension
- » insuffisance rénale
- » diabète

Santé reproductive et périnatale

Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, les périodes de grossesse et de périnatalité sont particulièrement dangereuses pour les femmes et les enfants. Un grand nombre des grossesses suivies dans les centres d'accueil en Europe résultent de viols subis avant le départ ou pendant le voyage de migration.



Fiche 3.7

Soutien psychologique aux victimes de violence

25'



Aspects psychologiques des victimes de violence et/ou des personnes traumatisées

Les victimes de violence passent souvent par différentes "phases" après l'événement traumatique, qui sont généralement les suivantes:

- » choc/ refus
- » peur
- » apathie, colère, dépression, culpabilité, perte de plaisir, désespoir
- » résolution / répression.

En outre, des difficultés relationnelles peuvent survenir, qui nuisent à la création de liens de confiance avec les autres ou qui mènent à la distorsion de l'image de soi et du monde, ainsi que d'autres troubles cognitifs.

Dans le cas des victimes de violence de proximité

Dans le cas des victimes de violence de proximité, les effets sont similaires à ceux produits par d'autres formes de violence, avec la circonstance aggravante du lien existant avec le tortionnaire. Les victimes de violences extrêmes (liées aux événements vécus dans le pays d'origine, pendant le voyage et une fois en Italie) ont souvent été en contact avec la mort. Elles peuvent avoir des marques physiques et des cicatrices invisibles. Elles présentent souvent des symptômes spécifiques tels que la présence de flashbacks, de cauchemars, d'hallucinations, d'instabilité émotionnelle, de repli sur soi, de comportements explosifs, de dissociations. Les capacités cognitives, la régulation émotionnelle et les compétences interpersonnelles peuvent également être compromises.

Les déterminants sociaux pour la santé mentale

1. La santé mentale et de nombreux troubles mentaux sont largement influencés par le contexte social, économique et physique dans lequel les personnes vivent.
2. Les inégalités sociales sont associées à un risque accru de nombreux troubles mentaux.
3. Agir pour améliorer les conditions de la vie quotidienne d'avant la naissance, pendant la petite enfance, à l'âge scolaire, lors de la création du noyau familial, pendant la vie active, pendant la vieillesse, permet à la fois d'améliorer les conditions de santé dans la population et de réduire le risque de troubles mentaux associés aux inégalités sociales.

Soutien aux victimes de violence

Les demandeurs d'asile et les réfugiés, les femmes, les enfants et les victimes de la

Fiche 3.7

traite ont souvent des besoins spécifiques en matière de santé et des compétences précises sont nécessaires pour les prendre en charge, afin de permettre la promotion de la santé et la prise en charge intégrée. Le traumatisme provoque non seulement le trouble de stress post-traumatique, mais également d'autres blessures invisibles qui entraînent souvent l'abus d'alcool, du cannabis et des épisodes de somatisation. Ces facteurs ont des répercussions importantes sur la santé mentale des sujets. Par exemple, il a été constaté que le taux d'incidence de la psychose dans la population migrante est plus élevé que dans la population autochtone, avec une plus grande diffusion parmi les femmes. Pour une prise en charge adéquate des victimes de violence dans le secteur de la santé, en particulier s'il s'agit de migrants, des compétences spécifiques sont nécessaires pour axer le travail sur la personne, et non sur la culture ou la pathologie.

Il faut:

- » réactiver les capacités cognitives et les structures "saines" de la personne;
- » remplacer les phrases et les mots négatifs par des phrases et des mots positifs;
- » promouvoir les interventions d'empowerment;
- » accompagner les personnes par rapport à la réalité environnante;
- » accueillir de manière empathique et confirmer les émotions réprimées;
- » planifier un projet de migration;
- » soutenir l'enracinement dans le nouveau contexte.

Par rapport aux victimes de la traite, il est essentiel de déterminer rapidement les conditions de risque physique et mental chez les femmes étrangères nouvellement arrivées et potentiellement exposées à la traite.

La médiation linguistique et culturelle est un outil fondamental pour aider les victimes de violence, de même que la "médiation de système" en tant que processus de transformation organisationnelle où la relation et la communication correcte avec l'utilisateur sont toujours garanties.

Formation des opérateurs

Il est nécessaire que les opérateurs sociaux et de la santé développent des compétences spécifiques telles que :

- » Compétences médico-anthropologiques
- » Compétences relationnelles (elles appartiennent au bagage professionnel des opérateurs de certains secteurs de la santé, mais elles ne font pas encore partie d'une culture professionnelle répandue auprès de tous les professionnels de la santé).
- » Compétences dans le travail multidisciplinaire et en réseau
- » Compétences en psychotraumatologie
- » Compétences sur les parcours psychosociaux



Fiche 3.8

Les acteurs impliqués

20'



L'identification des acteurs impliqués est d'une importance primordiale pour le travail avec les victimes de violence. Dans chaque pays, il est nécessaire d'identifier le réseau des sujets qui jouent un rôle dans la reconnaissance, la prise en charge et le soutien de ces sujets fragiles victimes de violences, en partant du niveau institutionnel jusqu'à la réalité du secteur tertiaire et du secteur social privé. La construction du réseau de référence doit également inclure le plan national et supranational, mais aussi identifier tous les interlocuteurs activement engagés au niveau local.

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

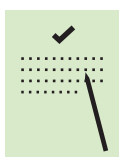


Atelier

Étude de cas : le cas, le travail en groupes, résultats et la discussion finale

Consignes

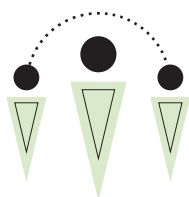
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

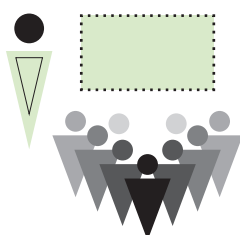


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée ; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Aliou

Aliou a 29 ans. C'est un Sénégalais musulman de l'ethnie foulani. On lui a refusé le droit d'asile et il est en attente du verdict du premier appel. Il est hébergé dans un centre SPRAR et partage l'appartement avec 3 personnes. Il est envoyé au service ethnopsychiatrique suite à deux épisodes importants de crise de colère et de désespoir qui ont nécessité l'intervention des services d'urgences, le premier à la suite de la notification du rejet de sa demande d'asile par la Commission et le second à l'annonce du décès de son oncle maternel. Les antécédents familiaux et les conditions d'extrême pauvreté ont amené Aliou à quitter le Sénégal de manière soudaine, et il a été exposé à de nombreuses reprises aux dangers et à la violence. Il raconte avec une grande souffrance son expérience en Libye et la chance qu'il a eu de survivre à ce voyage en mer. Orphelin de père depuis l'âge de 5 ans, Aliou vivait avec son frère, sa mère et son beau-père. Sa mère a été victime d'un accident vasculaire cérébral qui l'a contrainte au fauteuil roulant et son unique frère souffrait de troubles mentaux. Aliou a donc dû arrêter l'école pour travailler comme berger. Il fait état d'intenses vécus d'anxiété et de douleur liés à l'incertitude et à la précarité de sa demande d'asile. Il s'inquiète de la situation de sa famille au Sénégal et de sa responsabilité de devoir subvenir aux besoins de ses proches. Aliou vit comme une responsabilité personnelle le rejet de la commission. Il refuse fermement de parler du Sénégal, ainsi que du voyage migratoire. Il a du mal à s'orienter dans l'espace et le temps.



5h



Violence, torture et détresse psychologique

par *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

L'expérience de la violence, un fait extrêmement traumatisant en soi, peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé mentale de la victime, dont l'intégrité psychique est soumise à de fortes pressions. Cela est particulièrement vrai dans le cas des migrants et migrantes, car la migration elle-même est un événement potentiellement traumatogène, à la fois par la perte des liens fondamentaux d'appartenance et par le danger même du voyage auquel les migrants sont confrontés. Le module vise à fournir les connaissances nécessaires pour identifier les victimes d'expériences traumatisantes telles que la violence et la torture, ainsi que les approches thérapeutiques les plus efficaces pour les prendre en charge.

Fiche 4.1

Traumatisme et aspects post-traumatiques



Traumatisme

C'est un événement qui, en raison de ses caractéristiques, ne peut pas être intégré dans le système psychique de l'individu, et qui a donc un effet accablant sur sa capacité à y faire face. Cela peut être un événement ponctuel ou, plus souvent, un événement répété, ou une relation traumatique avec le contexte. Les petits traumatismes sont les expériences potentiellement traumatisantes auxquelles une personne peut être confrontée au cours de sa vie. Ce sont des événements subjectivement dérangeants caractérisés par une perception du danger relativement peu intense. Au contraire, les grands traumatismes font référence à tous les événements qui conduisent à la mort ou qui menacent l'intégrité physique de l'individu ou celle de ses proches.

Potentiel traumatogène d'un événement

La nature traumatique d'un événement ne dépend pas exclusivement des caractéristiques de l'événement lui-même, mais également de la structure et des ressources psychiques de l'individu qui vit cette expérience.

Il existe des variabilités individuelles dans la réponse à des événements traumatiques similaires. En ce sens, les violences répétées sont plus susceptibles de provoquer des traumatismes, alors que les ressources et la résilience de l'individu constituent un facteur de protection.

Mécanismes de défense dissociatifs

Ce sont des opérations défensives activées par notre mental dans des conditions de menace extrême pour l'intégrité psychique. Elles empêchent un événement, un sentiment ou une expérience d'atteindre la saillance psychologique en modifiant temporairement le sens de la réalité sans perte concomitante de l'examen de la réalité. La dissociation est un processus qui évite la construction de "liens" entre différentes expériences psychiques : l'affect ou l'expérience dissociée reste comme suspendu, sans contact avec le reste de la subjectivité. Dans les cas les plus éclatants, il peut y avoir des expériences telles que la déréalisation et la dépersonnalisation, aussi bien pendant l'événement traumatique que par la suite. Ce qui est dissocié reste sous la forme d'un noyau d'expérience avec lequel le sujet ne peut pas entrer en contact. Parfois, l'affect dissocié peut être perçu en lui-même par l'opérateur, de manière apparemment indépendante du moment.



Traumatisme et théorie de l'attachement

L'exposition des enfants à des événements traumatiques est fortement influencée par la qualité de la relation parentale. En effet, la mère régule l'arousal de l'enfant en l'aidant à rester dans un état optimal, jetant ainsi les bases de ses capacités d'autorégulation ultérieures.

Au contraire, un attachement insécurisé et désorganisé se remarque par exemple dans le corps, dans les mouvements non intégrés et non harmonieux, dans la difficulté à utiliser les compétences d'autorégulation et/ou les capacités de régulation interactive de l'arousal. Les expériences d'abus (maltraitance et négligence) au sein de la relation d'attachement entraînent

un accroissement chronique de l'arousal ou une alternance d'états d'hyper et d'hypoarousal. Les expériences d'abandon conduisent à un aplatissement affectif dû à la baisse chronique de l'arousal.

Les souvenirs traumatiques restent figés et ressurgissent sous forme de sensations corporelles, de postures, de mouvements et d'images intrusives. La personne se sent divisée entre deux aspects : celui qui lui permet de continuer sa vie quotidienne en évitant les souvenirs traumatiques et celui qui inclut de tels souvenirs et qui déclenche des actions défensives automatiques contre la menace.

Fiche 4.2

Trouble de stress post-traumatique



Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-V

Critère A : exposition à un traumatisme, tel que la mort réelle ou la menace de mort, blessure grave ou violence sexuelle, soit par l'expérience directe de l'événement traumatique, soit en ayant eu connaissance d'un événement violent ou accidentel survenu à un membre de la famille ou à un ami proche.

Critère B : apparition de symptômes intrusifs liés à l'événement traumatique (souvenirs, rêves, flashbacks), pouvant entraîner une perte totale de conscience de l'environnement immédiat.

Critère C : évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, mis en œuvre après celui-ci.

Critère D : manifestation ultérieure d'altérations négatives des pensées et des émotions associées à l'événement traumatique.

Critère E : manifestation ultérieure d'altérations marquées de l'arousal et de la réactivité associées à l'événement traumatique.

Critère F : la durée des altérations décrites est supérieure à 1 mois.

Critère G : le trouble provoque une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans le domaine social, professionnel ou autre domaine important.

Critère H : Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance telle que médicaments, alcool ou une autre condition médicale.

Troubles fréquemment associés au stress post-traumatique

Troubles psychosomatiques (maux de tête, syndrome de douleur chronique, troubles gastro-intestinaux, troubles de l'alimentation, troubles du système génital et de la sphère sexuelle) ;

Troubles dépressifs (pleurs, asthénie profonde/fatigue, tristesse vitale/anhédonie, sentiment de culpabilité et de dépréciation de soi, désespoir et idées suicidaires) ;

Dépendance à l'alcool, aux substances psychotropes, aux médicaments.



Stress post-traumatique complexe

Ensemble de symptômes résultant de traumatismes interpersonnels cumulés prolongés subis au cours du développement, tels que des histoires de sévices et de mauvais traitements répétés au sein de la famille, de graves négligences et d'abandon, des conditions de torture ou d'emprisonnement, des guerres et des migrations forcées. Nous parlons ici de traumatisation chronique et non plus d'un événement traumatisant unique.

En plus des symptômes du SSPT, le SSPT complexe peut comporter des problèmes concernant : la régulation des émotions et des états de dissociation, les relations interpersonnelles, la perception de soi, les systèmes de signification, la somatisation, l'attention et la prise de conscience, l'idéation suicidaire, l'image corporelle et le comportement alimentaire. La personne est fragmentée, incohérente et imprévisible. La gravité des symptômes est généralement proportionnelle à la précocité avec laquelle la personne a été exposée à un traumatisme.

ATTENTION!

ceux qui sont exposés à une expérience traumatique ne développent pas forcément tous le syndrome de stress post-traumatique. Dans certains cas, un traumatisme peut jouer le rôle de catalyseur d'adaptation, autour duquel l'individu redéfinit ses propres valeurs et objectifs, réorganisant le chaos interne précédent. Plusieurs facteurs influent sur l'impact psychologique d'un événement traumatique sur l'individu: les différents résultats d'une expérience traumatique dépendent de l'interaction complexe et imprévisible de trois composants fondamentaux: l'environnement, l'héritage biologique et les caractéristiques psychologiques.

Fiche 4.3

Le traumatisme dans la migration



Lien entre migration et souffrance mentale

Ce lien est reconnu vers 1700, lorsque le terme “nostalgie”, utilisé pour l’identifier, est employé pour la première fois dans le milieu scientifique et médical par un étudiant en médecine nommé Johannes Hofer. Par la suite, on introduira le concept de choc culturel ou stress issu de la transculturation, selon lequel l’expérience migratoire est explicitement envisagée en termes de traumatisme et en particulier de facteurs individuels de résilience et de vulnérabilité. Plus précisément, par choc culturel, on entend une réaction psychique qui signale la difficulté d’accepter des façons d’être culturellement différentes de la sienne et qui se traduit par une détresse psychique, un état dépressif, une difficulté à faire face à la vie quotidienne, un sentiment de découragement, d’insécurité, d’isolement accompagné d’une nostalgie de sa propre culture.

Traumatisme migratoire

La migration est un événement traumatique en soi, une expérience de rupture de liens, d’équilibre existant entre l’individu et son environnement, une rupture qui implique la recherche d’un nouvel équilibre. Par conséquent, l’expérience migratoire génère un stress psychologique en termes de : sentiment d’impuissance, perte d’estime de soi et perte de confiance ; des émotions intenses, souvent figées, émergent, dissociées de la parole, sous forme de sensations somatiques et de réactions comportementales. Le traumatisme migratoire est associé à l’interruption des liens affectifs et sociaux, de l’histoire existentielle, à la perte des défenses culturelles, des rôles sociaux, du statut, du patrimoine identitaires et des références sensorielles. La dimension sociale et collective du soi est menacée par la migration et inversement, la possibilité de contacter le groupe culturel de référence peut constituer un facteur de protection.

Les facteurs de stress de la condition migratoire

- » La solitude forcée : impossibilité d’être avec sa famille ou incapacité de la faire venir dans le pays d’accueil, même en présence de documents, soit par manque d’argent soit à cause d’obstacles administratifs ;
- » L’échec du projet de migration, le manque d’opportunités, aucune possibilité d’accès au marché du travail ou travail dans des conditions d’exploitation extrême ;
- » La lutte pour la survie : où manger, où dormir ;
- » La peur, la terreur, les menaces émanant d’organisations criminelles lors du voyage migratoire, la peur de l’expulsion, d’abus physiques et sexuels, expériences d’impuissance et de manque d’aide. À qui faire confiance?



Comment se manifeste la détresse

Le/La migrant/e manifeste des comportements et des expériences telles que : "absences" dans la mémoire autobiographique, sentiments de dépaysement et de désorientation, désorientation nostalgique, crise de présence, passivité, isolement, repli sur soi, évitement et, surtout, comportements extériorisants caractérisés par des attitudes déviantes et agressives.

Il convient de noter que l'impact avec le contexte italien se produit souvent de manière brutal et que l'individu en condition de migrant rencontre un contexte qui peut être incompréhensible pour lui ou elle. En outre, une fois dans le pays d'accueil, le projet migratoire est pris en charge par les institutions.

Il est important que les opérateurs d'accueil puissent aider la personne à reconstruire le sens de ce qui se passe autour d'elle en termes de pratiques et de significations, y compris culturelles, en tant que facteur de protection contre les traumatismes liés à la migration.

Vulnérabilité

La relation entre migration et traumatisme se fait à travers le concept de vulnérabilité. Le terme "vulnérable" vient du mot latin "vulnus" qui signifie littéralement blessure ou lésion. Elle peut être physique ou psychologique. Par extension, cela peut être aussi le préjudice d'un droit. Être vulnérable ne représente pas un état, mais un état potentiel.

Fiche 4.4

Migration et violence

20'+ pause 15'

au bout de la fiche



Qu'est-ce que la violence

Selon l'OMS (2002), par le terme "violence" on entend l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir, de manière réelle ou par des menaces, contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, qui détermine ou comporte un risque élevé de causer des blessures, la mort, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou une privation. La violence n'est pas un élément qui peut être éliminé du comportement humain et elle trouve ses racines dans la structure sociale, culturelle, religieuse et économique.

La torture

Des expériences telles que l'emprisonnement et la torture provoquent de graves traumatismes psychiques dus à des expériences de terreur extrême, de souffrance extrême et de déni de subjectivité. La torture en particulier contient une surabondance de caractéristiques qui en augmentent le pouvoir traumatisant:

- » Terreur extrême pour sa propre vie
- » Souffrance physique et mentale extrême
- » Condition d'extrême vulnérabilité
- » Événement prolongé et/ou répété
- » Relation pathologique avec le contexte.

La torture induit un sentiment d'impuissance et de désespoir qui influe sur le sens de l'identité des sujets en tant qu'individus incapables d'avoir le contrôle sur leur avenir. L'absence de règles, l'imprévisibilité et le caractère aléatoire de la violence contribuent au manque de contrôle que le sujet éprouve.

La violence commise

Par le passé, l'idée était largement répandue que les victimes de violence pouvaient être plus enclines à adopter des comportements violents, selon le mécanisme psychologique "d'identification avec l'agresseur". Bien que ce ne soit pas la règle, lorsque cela se produit, cela passe généralement par un processus de "déplacement" vers un sujet plus vulnérable ou moins menaçant. Le choix de la cible peut également dépendre du sentiment sous-jacent à la violence : haine, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance. Quoi qu'il en soit, l'exercice de la violence est toujours un fait relationnel à interpréter également par rapport au contexte.



Adaptation restitutive et dysfonctionnelle

Les individus sont forcés de s'adapter d'une manière ou d'une autre à l'impact de la torture et des violations des droits de l'homme.

Les cinq systèmes d'adaptation mis en échec par la violence extrême sont identifiés dans les fonctions suivantes:

- » La sécurité personnelle
- » Le système d'attachement et la capacité de lien
- » L'identité et la fonction du rôle social
- » La justice
- » Le sens de l'existence

Le sentiment de sécurité dans le monde, ou de confiance générale, s'acquiert dans les premières années de la vie, à travers la première personne qui prend soin de nous. Trouvant son origine dans la vie elle-même, ce sentiment de confiance soutient une personne tout au long de sa vie, formant la base de tout le système de relations et de confiance. Les événements traumatiques détruisent la construction du Moi qui s'est formé et s'est maintenu à travers les autres et violent la confiance de la victime dans un ordre naturel ou divin, la plongeant dans un état de crise existentielle.

Fiche 4.5

Ethnopsychiatrie



Définition de l'ethnopsychiatrie

Il s'agit d'une discipline multidisciplinaire, comparative, interactive et pragmatique visant à traiter la détresse psychologique d'individus d'une culture différente de celle du thérapeute. L'ethnopsychiatrie découle de l'observation de l'inefficacité des pratiques thérapeutiques actuelles chez les migrants et implique donc d'ouvrir le discours thérapeutique aux significations culturelles du patient (récits religieux, structures familiales, étiologies traditionnelles). L'ethnopsychiatrie considère les modèles explicatifs habituellement utilisés par la psychologie, la psychopathologie et la psychiatrie à leur tour comme des récits culturellement définis et localisés. Elle soutient donc la nécessité de relativiser nos théories en dialoguant avec les théories de référence du patient. Une approche ethnopsychiatrique implique des modifications de la théorie et de la technique de la psychiatrie traditionnelle.

Les références culturelles de la maladie mentale

Dans la perspective ethnopsychiatrique, il est fondamental, pendant la séance avec le patient, de tenir compte de ses références culturelles, à commencer par la langue. Par exemple, il arrive que certaines expressions, y compris le nom propre, ne puissent être traduites que par des périphrases, quand le terme original fait référence à un vaste champ sémantique social et culturel. Il est nécessaire d'accueillir la valeur des étiologies traditionnelles (telles que djinn, maraboutage) et des structures sociales intériorisées : elles doivent être reconnues non pas comme des éléments d'ignorance ou de superstition, mais comme des éléments narratifs fondamentaux qui permettent au patient de donner un sens à sa souffrance.

Trois configurations possibles

Intraculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, le thérapeute prend en compte à la fois la dimension individuelle et la dimension socioculturelle.

Interculturelle : le thérapeute n'appartient pas à l'ethnie du patient mais connaît bien sa culture et l'utilise comme levier thérapeutique.

Métaculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à des cultures différentes et le thérapeute ne connaît pas spécifiquement la culture du patient, mais comprend le concept de "culture" et l'utilise pour établir un diagnostic et un traitement.



Critiques envers l'ethnopsychiatrie

Bien que la clinique des patients migrants ait besoin des contributions et de la clarté fournies par la connaissance de leur culture, il est nécessaire d'éviter d'aplatir l'individu et la relation sur la seule dimension culturelle, en ignorant les aspects individuels et socio-économiques, tels que les éléments intrapsychiques comme le traumatisme, les aspects du contexte, les relations de pouvoir, la possible condition de marginalité sociale. Les opérateurs doivent être en mesure de se décentrer et de travailler en utilisant en permanence ces deux niveaux, individuel et culturel, sans les confondre et en tenant compte des relations nécessaires et parfois conflictuelles entre eux.

Fiche 4.6

Résilience et résistance



Redonner le pouvoir: le processus d'Empowerment

Les expériences centrales de traumatisme psychique représentent pour la victime une privation du pouvoir et du contrôle sur soi-même, et la destruction de ses liens avec les autres. Le processus de guérison repose donc sur la restauration, chez le survivant, du pouvoir et du contrôle sur soi-même, ainsi que sur la constitution de nouveaux liens. La première étape vers la guérison consiste à accroître la capacité de la victime à contrôler activement sa vie (empowerment), qui doit être l'auteur et l'arbitre de sa propre guérison.

Facteurs de résilience

Caractéristiques individuelles

- » Solidité du Moi
- » Solidité de l'identité culturelle
- » Flexibilité de l'identité culturelle
- » Styles d'attachement efficaces
- » Styles de coping efficaces
- » Santé avant la migration

Projet de migration

- » Pré-migration (préparation, caractère volontaire du projet, attentes réalistes)
- » Après la migration (mise en œuvre du projet, nouvelle élaboration efficace, soutien social efficace)

Facteurs de vulnérabilité

Caractéristiques individuelles

- » Fragilité du Moi
- » Fragilité de l'identité culturelle
- » Rigidité de l'identité culturelle
- » Styles d'attachement insuffisants
- » Styles de coping inefficaces
- » Morbidité pré-migratoire

Projet de migration

- » Absent (migration forcée)
- » Échec (ou menacé d'échec)



Autres facteurs

- » Stress dû à la transculturation (choc culturel)
- » Perte de statut
- » Nostalgie, deuil
- » Soutien social absent ou inadéquat

Résistance au contrôle institutionnel

La torture induit un sentiment d'impuissance et de désespoir qui influe sur le sens de l'identité des sujets en tant qu'individus incapables d'avoir le contrôle sur leur avenir. L'absence de règles, l'imprévisibilité et le caractère aléatoire de la violence contribuent au manque de contrôle que le sujet éprouve. Les stratégies de résistance pour acquérir un peu de contrôle ou de sentiment de contrôle sont de type cognitif, émotionnel et comportemental, par exemple quand les sujets se moquent des gardes, ne coopèrent pas, ne collaborent pas, défient et provoquent l'autorité. La capacité à développer des stratégies créatives de résistance et de résilience permet de mieux tolérer l'emprisonnement et l'expérience de la torture.

Fiche 4.7

Différences dans l'expérience de la violence liée au genre



La condition des femmes migrantes

La migration peut causer des expériences de violence de différentes sortes chez les femmes.

- » Quitter son propre pays implique de redéfinir et de reformuler les liens et les équilibres familiaux, de repenser son appartenance aux traditions et aux valeurs de la culture d'origine. Parfois, les femmes migrantes sont victimes de violence, même dans leur contexte de provenance, où la violence est toutefois un mode relationnel "accepté" et où elles n'ont pas vraiment conscience d'être victimes. Dans le pays où elles arrivent, les opérateurs des structures d'accueil les incitent fréquemment à dénoncer la violence subie, ce qui entraîne une peur de marginalisation par rapport à la communauté d'appartenance, de rupture avec les racines et d'exclusion en cas de retour dans la patrie ;
- » Le voyage lui-même devient souvent le théâtre de violences envers les femmes, principalement de nature sexuelle, donc de violences dirigées contre le corps sexué, les organes génitaux, le système de reproduction, la traite.

Les hommes et la violence

La violence sexuelle désigne non seulement la pratique du viol, mais également les menaces, la nudité forcée et le harcèlement. Dans le cas des hommes, en particulier ceux de religion musulmane, la nudité forcée est perçue comme une violence pire que la violence physique dans la mesure où elle produit une forte humiliation et une mortification du sens de la dignité. En fait, la nudité forcée induit un sentiment d'impuissance car les prisonniers sont privés d'un sentiment de protection et de sécurité illusoire donné par les vêtements, et parce qu'elle fait allusion à des menaces bien pires.

L'expérience de la violence, exercée pour produire l'annihilation de l'individu et de son groupe, entraîne la perte de son statut, de sa place dans le monde, ce qui est particulièrement important pour les hommes.



Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

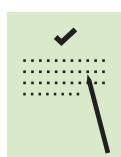


Atelier

Étude de cas : le cas, le travail en groupes, résultats et la discussion finale

Consignes

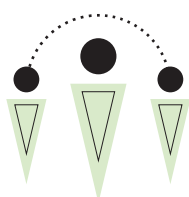
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

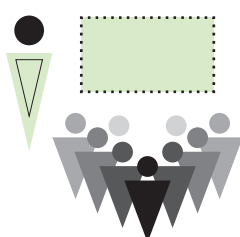


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée ; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes

Exposition

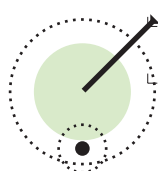
40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Ahmed

Ahmed a 19 ans et vient de Gambie. Quand il avait six ans, ses parents ont divorcé et, à la suite du retour de sa mère dans sa famille d'origine, Ahmed a cessé tout contact avec elle. Le garçon rapporte qu'il a beaucoup souffert de cet éloignement forcé et qu'il a été élevé par son père, un activiste du parti UDP, un mouvement opposé au régime dictatorial. Ahmed rapporte qu'il a eu une relation difficile et non affective avec son père. Quand Ahmed a 14 ans, un groupe de paramilitaires fait irruption dans la maison à la recherche de son père. À la suite de cet épisode, lui et son oncle quittent le pays et, depuis lors, Ahmed n'a plus de nouvelles de son père. Par la suite, ils se rendent en Libye, où Ahmed est emprisonné et ne peut être libéré que grâce au paiement d'une rançon par son oncle. Après être arrivés en Sicile, son oncle se rend en Allemagne, tandis qu'Ahmed est accueilli dans un centre pour mineurs non accompagnés.

Ahmed se montre très fermé et méfiant, il a du mal à raconter ses souffrances et consomme du cannabis, probablement pour échapper à des souvenirs douloureux et à la peur de ne pas s'en sortir. Un soir, Ahmed rentre au centre sous l'effet de l'alcool et de drogues et dans un état de grande confusion. Il donne un coup de pied dans une poubelle, s'effondre sur le sol se cogne la tête plusieurs fois sur le sol. À la suite de l'intervention des forces de l'ordre et des services d'urgences, Ahmed est hospitalisé sous la supervision du psychiatre de garde. À la suite de cet épisode, Ahmed fait également état de pensées suicidaires.



5h



Gestion du stress

par *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

Cette section traite d'aspects spécifiques de la relation avec des victimes de violence de genre et de proximité, en particulier en termes de relation d'aide et de prise en charge de personnes vulnérables. L'extrême complexité des récits de vie des victimes de violence, combinée à de fortes composantes traumatiques, rend les opérateurs impliqués particulièrement exposés aux conditions de stress et au risque d'épuisement professionnel. Le module vise à fournir des outils spécifiques pour prendre en charge ce type d'usagers, tout en protégeant le bien-être psychophysique et émotionnel des opérateurs.

Fiche 5.1

Accueillir et écouter



La relation d'aide

Les professions d'assistance amènent l'opérateur à évoluer dans une dimension relationnelle qui implique une forte composante émotionnelle, incluant la sienne et celle de l'utilisateur. Cela signifie que, dans son travail, l'opérateur doit avoir recours à la fois à des ressources professionnelles (formation, mise à jour, spécialisation, connaissance du travail, cohérence entre formation et rôle joué) et à des ressources personnelles (caractéristiques individuelles, connaissance de soi, ressources relationnelles, résilience). Les ressources et les limites de la relation d'aide prennent forme dans un espace créé et délimité par la relation opérateur-utilisateur-contexte. L'aide est toujours un fait relationnel, tout comme la violence.

Le rôle professionnel des opérateurs d'accueil et de tous ceux qui entretiennent des relations avec des migrants victimes de violences est influencé par des dimensions et des facteurs psychosociaux, tels que :

Le temps

« ... dans de nombreuses institutions totales, il existe un sentiment diffus parmi les internés que le temps passé dans l'institut est perdu, inutile ou volé à leur vie... C'est un temps mis entre parenthèses, par ceux qui l'ont vécu, avec un entendement constant et conscient, difficilement observable dans le monde extérieur. En conséquence, l'interné tend à avoir l'impression que pendant toute la durée de son internement, il a été complètement exilé de la vie » (Goffman, 1961). C'est également souvent la perception du migrant qui se trouve dans une structure d'accueil. La structure impose un temps pour tout : manger, dormir, sortir et retourner au centre, aller à l'école, pour les visites médicales, les démarches administratives, et ainsi de suite. La personne migrante n'a pas d'autre choix que de s'adapter à ce nouveau "temps pour".

Quant à l'opérateur, il se réfère à un temps différent, également dicté par les institutions. Le temps de l'opérateur pendant son travail devrait coïncider avec le temps de l'horaire de travail, mais ce n'est pas toujours le cas. Par conséquent, l'opérateur devient un professionnel disponible 24h/24.

Les attentes

Du point de vue du migrant, la pression/tension vécue pendant la réalisation de la migration mène à une forme de stress appelée Goal Striving Stress. Elle fait référence aux difficultés et aux efforts déployés par le migrant pour obtenir des résultats plausibles en fonction de ses aspirations et du mandat de migration. Si le projet de migration est mal structuré et que les attentes par rapport à la migration



sont vagues, le projet lui-même risque d'échouer, également en raison de toutes les variables qui interviennent une fois dans le pays d'arrivée (réglementations, refus de permis de séjour, difficultés d'intégration ou pour trouver du travail, etc.). Le/La migrant/e a également des attentes vis-à-vis de l'opérateur : comment l'opérateur est-il perçu ? A-t-il une fonction instrumentale, de soutien, de dépendance ? Est-il un obstacle à la réalisation personnel ou un moyen pour satisfaire besoins et requêtes ?

ATTENTION!

Une partie des attentes se construit à l'intérieur de la relation.

En ce qui concerne l'opérateur, plusieurs variables peuvent affecter ses attentes vis-à-vis de l'utilisateur :

- » Conscience des limites de la personne qu'il veut "aider" en ce qui concerne sa condition d'autodétermination
- » Composante culturelle par rapport à certains comportements/choix/attitudes de l'utilisateur
- » Connaissance de ses propres mécanismes de fonctionnement psychosocial
- » Capacité à gérer les attentes non satisfaites et à les modifier en fonction de ce qui se passe dans la relation avec l'utilisateur.

L'appartenance identitaire

Le migrant vit souvent une véritable crise d'identité, où le sens du soi individuel est alimenté par l'imbrication de relations avec les autres, et qui se nourrit également de la relation contextuelle et repose sur des modèles et des règles de comportement déterminés socialement et culturellement.

Ernesto de Martino (1978) parle de "crise de la présence", se référant aux différentes conditions dans lesquelles l'individu expérimente l'incertitude et l'incapacité de déterminer ses propres actions à un moment donné, en présence d'événements ou de situations particulières (maladies, décès, crises morales, migration). La crise de la présence est ce sentiment de dépaysement dans lequel les personnes craignent de perdre leurs références domestiques qui servent en quelque sorte d'indicateurs de sens (de présence).

Fiche 5.2

Comment gérer la peur, le stress, la frustration, l'épuisement professionnel

45' + pause 15'
au bout de la fiche



Qu'est-ce que le stress

Le stress est la réponse psychophysique à la perception d'un déséquilibre entre les exigences du milieu environnant et les ressources disponibles pour y faire face. Cette réponse a tout d'abord une dimension physiologique, en ce sens que dans une situation de stress, les reins libèrent du cortisol lors de la stimulation de l'hypophyse et de l'hypothalamus et bloquent le passage de la sérotonine. Elle comporte également des effets sur les plans émotionnel, cognitif et comportemental. Il est possible de distinguer le stress positif (eustress) du stress négatif (distress). Le stress lié au travail peut être défini comme un ensemble de réactions physiques et émotionnelles préjudiciables qui se produisent lorsque les exigences imposées par le travail ne correspondent pas aux capacités, aux ressources ou aux besoins du travailleur.

Le burn-out

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est le résultat pathologique d'un processus stressogène qui affecte les personnes qui exercent des professions d'aide, quand elles n'arrivent pas à répondre de manière adéquate aux charges de stress excessives que leur travail les amène à supporter. C'est une condition de malaise rencontrée chez les travailleurs exerçant des professions dites d'aide, notamment dans le domaine social et de la santé. Le burn-out est caractérisé par:

L'épuisement émotionnel, c'est-à-dire la sensation de fatigue et d'accablement qui se développe au fur et à mesure que les ressources émotionnelles s'épuisent, avec la sensation de ne plus rien pouvoir offrir sur le plan psychologique

La dépersonnalisation, c'est-à-dire les attitudes négatives, de détachement, de cynisme et/ou d'hostilité envers les personnes avec qui et pour qui on travaille

La réalisation professionnelle, entendue comme perception de sa propre inaptitude au travail, qui implique une chute de l'estime de soi et une réduction du désir de réussir.

Le burn-out peut être identifié en présence de:

- » épuisement émotionnel;
- » dépersonnalisation;
- » attitude basée sur le cynisme;
- » sentiment d'un épanouissement personnel minime;
- » tendance à éviter l'environnement du travail;
- » frustration et insatisfaction;
- » réduction de l'empathie envers les personnes dont on devrait s'occuper;
- » dégradation du bien-être physique;
- » insomnie;
- » dépression.



Conséquences personnelles et sociales/organisationnelles

Les effets du burn-out ne se répercutent pas seulement au niveau personnel mais tendent à se propager de manière variable d'un membre à l'autre de l'équipe, et de l'équipe sur les usagers, touchant ainsi toute l'organisation. Les conséquences sont très graves et peuvent être résumées en trois niveaux:

niveau des opérateurs qui "paient" les conséquences du burn-out, parfois par la somatisation, mais surtout par la dispersion de ressources, les frustrations et la sous-utilisation de leurs potentiels.

niveau des usagers, pour qui le contact avec les opérateurs en burn-out est frustrant, inefficace et nuisible.

niveau de la communauté en général qui voit gâcher ses importants investissements dans les services.

Les causes du burn-out

Le déséquilibre entre individu et travail, responsable des conséquences comportementales, sociales et concernant le bien-être individuel, peut se manifester dans six domaines:

- » charge de travail, si elle est supérieure à la capacité de l'individu à la gérer ;
- » le contrôle, car il semblerait qu'il y ait un lien entre le manque d'autonomie ou de capacité à assumer la responsabilité de décisions importantes et le burn-out ;
- » la récompense, à la fois sociale et économique ;
- » la communauté, en termes de qualité des relations avec ses collègues ;
- » l'équité, c'est-à-dire la perception de l'honnêteté qui favorise l'engagement et la satisfaction ;
- » le domaine des valeurs, c'est-à-dire la congruence entre les valeurs de l'individu et celles de l'organisation, dont l'absence éventuelle peut se traduire par la pression d'un choix à accomplir entre ce que l'on veut faire et ce que l'on doit faire.

Comment prévenir le burn-out?

La prévention de l'épuisement professionnel passe par différentes étapes, telles que:

- » Promouvoir des équipes aussi stables que possible dans le temps et garantir la sécurité de leur travail
- » Développer des systèmes d'incitation et de récompense en fonction des différents rôles professionnels et des capacités de chacun
- » Développer et augmenter le travail en équipe, à travers la discussion des cas et la participation à tous les aspects décisionnels du travail
- » Partager la responsabilité des parcours avec les usagers, leurs familles et la communauté sociale en général
- » Faire de la formation et de la recherche les objectifs principaux du programme de gestion
- » Encourager les mécanismes formels de groupe pour résoudre les problèmes organisationnels et résoudre les conflits ;
- » Offrir des contrôles périodiques du burn-out à toute l'équipe ;
- » Développez des moments d'écoute et d'accueil individuel et/ou en groupe en cas de situations conflictuelles.

Fiche 5.3

Les outils pour la gestion de l'agressivité



L'agressivité

L'agressivité présuppose une interaction sociale dans laquelle l'un des acteurs nuit à l'autre de manière intentionnelle. Selon la théorie de l'évolution, l'agression est fonctionnelle et satisfait les besoins primaires de l'être humain, tandis que selon une approche physiologique, ce sont les structures néocorticales et sous-corticales qui jouent un rôle important dans l'activation d'un comportement agressif à travers la libération de substances spécifiques. La psychologie psychodynamique voit l'agressivité comme une poussée, une pulsion, une réaction à la frustration. Enfin, les théories de l'apprentissage social considèrent que l'agressivité est apprise à travers les modèles relationnels, sociaux et culturels.

La contribution de la psychiatrie identifie dans l'agressivité un symptôme de souffrance, déterminée, ou du moins liée, à un trouble mental. Dans cette direction, il faut dire que les comportements agressifs ne représentent pas en eux-mêmes une pathologie psychiatrique, mais sont l'expression d'une maladie dans des situations spécifiques, c'est-à-dire quand ils ne sont pas contrôlables par celui qui les manifeste et qu'ils ne sont pas modulables et adaptés à la situation qui les a déterminés. La présence d'attitudes agressives peut représenter l'aggravation du tableau clinique dans certains troubles tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité borderline et les divers troubles anxieux. Les comportements agressifs augmentent en relation avec la consommation d'alcool et de drogues.

Les variables de contexte et les facteurs de risque

Les facteurs de risque pouvant influencer sur l'apparition de comportements agressifs dépendent fortement du contexte extérieur, quand la personne se trouve dans un centre d'accueil ou dans un service territorial. À titre d'exemple, ces facteurs peuvent être:

- » les directives des opérateurs
- » le manque d'implication de la personne pour mener à bien son projet (accueil, intégration, etc.)
- » le manque d'intimité et la cohabitation forcée avec d'autres personnes
- » le respect forcé des règles du centre et la contrainte de la liberté personnelle
- » la suspension de sa propre situation juridique
- » l'incapacité à lire le contexte
- » l'absence de relations familiales significatives dans le pays d'accueil et dans le contexte d'accueil.



Prévention et gestion des comportements agressifs

Le fait de connaître la personne au préalable peut faciliter la gestion de la rencontre et de toute action agressive, par exemple quand on connaît le cadre psychopathologique diagnostiqué ou quand on connaît les sujets pouvant susciter des réactions négatives chez l'usagers. Il convient également de prendre en compte la présence éventuelle d'autres personnes qui peuvent "agacer" la personne et accroître sa nervosité.

En l'absence d'informations adéquates sur la personne, il est important de savoir comment détecter les signes avant-coureurs (nécessaires mais non suffisants) tels que : violences verbales, posture menaçante, menaces, activation émotionnelle, proximité inconfortable, haussement du ton de la voix, contact visuel direct, transpiration, omission de l'alternance des tours de parole.

Pour éviter l'apparition de comportements agressifs, il est particulièrement important de choisir les espaces où rencontrer la personne, par exemple dans une pièce accessible et facilement visible par les autres collègues, et qui offre toujours une issue de sortie. Si on suppose que l'usager peut faire preuve d'agressivité pendant la rencontre, il est préférable de laissez d'autres collègues participer afin de ne pas être seul avec lui. Il est fondamental de maintenir une écoute active de la personne, même si elle montre de l'agressivité, et d'adopter une position corporelle passive et non menaçante (posture ouverte). Essayez également de négocier des alternatives, de fournir des informations précises et détaillées, de vous faire reconnaître en rappelant à la personne qui vous êtes et d'utiliser le NOUS pour mettre l'accent sur la coopération ; montrez toujours que l'empathie peut s'avérer utile. Si la situation dégénère, vous devez immédiatement demander de l'aide en avertissant vos collègues et éventuellement la police.

Fiche 5.3

Ce qu'il ne faut pas faire

- » Manifester peur, anxiété, crainte
- » Avoir un contact physique
- » Aborder la personne par derrière
- » S'approcher brusquement
- » Confiner la personne dans un espace étroit
- » Avoir une attitude provocatrice et de défi
- » Considérer l'agression verbale de l'autre comme une offense personnelle
- » Essayez de désarmer : dans ce cas, éloignez-vous immédiatement
- » Faire des promesses non réalisables simplement pour sortir de la situation
- » Gardez les bras croisés
- » Montrer ses émotions
- » Manifester de la colère.

Les outils opérationnels

La gestion des situations d'agressivité n'est efficace que si l'opérateur fait partie d'une équipe de travail solide, soudée et organisée, composée de professionnels dotés de compétences spécifiques et de rôles professionnels bien définis. Les caractéristiques de l'équipe doivent être:

- » Une perception commune des buts et des objectifs
- » Une communication ouverte et basée sur la confiance et le respect des collègues
- » La présence d'un leadership étendu
- » Le partage de procédures efficaces
- » La valorisation des différences personnelles et professionnelles des différents membres
- » La capacité de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité à différentes situations
- » Apprentissage continu et formation.

Pour créer une équipe solide et soudée, capable de gérer des situations de crise, il faut favoriser des espaces de rencontre et de discussion, tels que:

- » supervision et discussion des cas
- » coordination des activités de travail
- » création et partage des procédures de travail
- » planification des interventions
- » vérification du travail effectué et analyse des incidents critiques.



Fiche 5.4

Reconnaître l'existence de la violence de genre et/ou de proximité et savoir la prendre en charge

35'



Les plus grandes difficultés rencontrées par les opérateurs face aux victimes de violence concernent la capacité à évaluer les signes et la possibilité de réduire leurs effets, et à contrôler les contrecoups. En cela, la capacité à mettre en pratique des relations empathiques et à établir la juste distance joue un rôle fondamental.

Le traumatisme par procuration

Cela indique la possibilité qu'un opérateur travaillant dans des contextes critiques et avec des personnes ayant subi un traumatisme puisse lui aussi revivre le traumatisme, suite au contact avec la personne traumatisée. Le traumatisme par procuration modifie de façon négative les schémas cognitifs et les modes d'interprétation de son travail et de la réalité, en raison des processus d'empathie, d'identification et d'implication émotionnelle avec des personnes bouleversées par des événements ayant un impact émotionnel très élevé. Plusieurs symptômes en résultent : dépression, fatigue, irritabilité, symptômes psychosomatiques, insomnie, anxiété, fatigue, voire problèmes familiaux.

Les interventions pour contrer le traumatisme par procuration sont:

Defusing: les participants, immédiatement après une éventuelle situation d'urgence, peuvent se réunir pendant 20 à 40 minutes pour échanger leurs pensées et leurs sentiments concernant les événements et les récits vécus/entendus;

Debriefing: véritable intervention psychologique/clinique structurée à laquelle les opérateurs sont obligés de participer dans le but de mieux comprendre et de mieux gérer les émotions intenses et les stratégies les plus efficaces pour faire face à la situation;

Thérapie/soutien psychologique individuel: dans un contexte clinique individuel, les variables individuelles et les états émotionnels résultant du contact avec des personnes traumatisées sont discutés et analysés.

Le contre-transfert

Terme inventé par Freud pour désigner les affects qui se produisent chez le thérapeute suite à l'influence du patient sur ses sentiments inconscients. Dans les développements ultérieurs, le contre-transfert commence à inclure une série de sentiments, de pensées et d'actions mis en place par le thérapeute/opérateur mais qui sont liés aux caractéristiques spécifiques de la personnalité et aux modalités relationnelles de l'usager. Le contre-transfert se déroule dans un échange dynamique continu et il est également influencé par la personnalité de l'opérateur. Il existe différents types de contre-transfert:

Fiche 5.4

Contre-transfert concordant : indique la perception empathique de l'état affectif interpersonnel de l'autre et fournit des informations sur la manière dont l'autre vit les relations. Il représente une identification dans ce que l'autre éprouve ou a éprouvé dans le passé et il s'apparente au concept de "symétrie".

Contre-transfert complémentaire : indique l'identification empathique avec "l'objet" relationnel et fournit des informations sur la façon dont les autres réagissent aux modalités relationnelles habituelles de l'individu, ainsi que des informations sur les modèles et les événements relationnels importants dans le présent ou dans le passé de l'utilisateur.

Contre-transfert culturel : représente les réponses conscientes et inconscientes à l'altérité culturelle et dépend de l'identité culturelle de l'opérateur mais également de ce que l'utilisateur projette dans la relation. Il peut représenter une réaction à l'angoisse suscitée par l'altérité et peut prendre différentes formes : déni des différences, dévaluation, idéalisation. Le contre-transfert culturel est lié à des aspects tels que l'identité de genre, historique et sociale. La dimension culturelle ne doit pas occulter la composante sociale de la souffrance, notion de "contre-transfert social" dû au statut socio-économique différent des opérateurs et des usagers.

Réactions de contre-transfert avec les victimes de violence

Les réactions de contre-transfert dans les relations avec les victimes de violence peuvent être de différents types, mais ont tendance à être d'intensité élevée et à devenir difficiles et épuisantes si elles ne sont pas perçues de manière adéquate. Les histoires avec lesquelles l'opérateur entre en contact présentent une abondance d'éléments perturbants sur le plan émotionnel, et les traumatismes subis par l'utilisateur amènent l'opérateur à utiliser des défenses dissociatives qui provoquent des réactions de contre-transfert spécifiques. L'opérateur a affaire à de grandes souffrances. Il existe différents types de réactions de contre-transfert :

Réactions concordantes : caractérisées par le malaise, la tristesse, le sentiment d'impuissance, la peur pour l'utilisateur, l'anxiété, la colère envers "le système".

Réactions complémentaires : caractérisées par l'irritation, l'évitement, la colère envers l'utilisateur, la non-reconnaissance de la souffrance, un comportement passif-agressif (ex. négligence) , le désir de "sauver" l'utilisateur, la peur de l'utilisateur.

La peur

Elle peut représenter une réaction concordante à un sentiment ressenti par la victime de violence ou un aspect du contre-transfert culturel ou social. Elle fait également référence à la perception de composants agressifs conscients, inconscients ou dissociés présents chez l'utilisateur et représente une réaction complémentaire. Il est fondamental de percevoir et d'évaluer les possibles expériences de peur de la part des opérateurs comme un facteur de protection contre une éventuelle agression. Même si la peur représente un élément de contre-transfert, il s'agit d'un affect qui doit être métabolisé au sein de l'équipe pour pouvoir continuer à travailler avec l'utilisateur.



Le sentiment d'impuissance (helplessness)

C'est l'une des réactions émotionnelles les plus courantes lorsqu'on travaille avec des migrants et des victimes de violence, et il peut s'agir d'une réaction concordante avec le vécu et l'expérience de l'utilisateur. Le sentiment d'impuissance peut dépendre de mécanismes organisationnels non vertueux, de la perception d'un contexte élargi et complexe, de la perception de déséquilibres dans les relations de pouvoir entre les niveaux. C'est une cause fréquente de renoncement de la part des opérateurs.

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

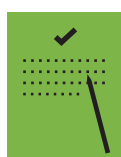


Atelier

Étude de cas : le cas, le travail en groupes, résultats et la discussion finale

Consignes

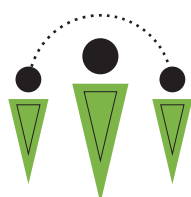
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

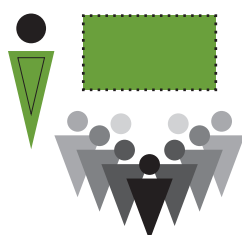


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse : 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée ; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.

Le cas de Mamadou

Mamadou est opérateur dans un centre d'accueil depuis un an. Il est Sénégalais et vit en Italie depuis plus de 10 ans. Il intervient également en tant que médiateur culturel et linguistique le cas échéant.

Son centre accueille 25 garçons, dont 3 Sénégalais comme lui. C'est précisément pour cette raison que, lorsqu'il s'agit de gérer certains problèmes, en particulier certaines tensions, ses collègues demandent à M. de s'en occuper. Quand il faut traduire, faire un entretien avec le psychologue, accompagner ces jeunes dans les différents services, en particulier les services médicaux, on demande encore à M. de s'en occuper, afin que les garçons du centre soient facilités, ainsi que les opérateurs qui, de cette manière, ne doivent pas appeler un autre médiateur. Au départ, Mamadou considère que ce rôle est une reconnaissance importante, qui donne de la valeur à ses différentes compétences, mais au fil du temps, tout cela devient très lourd et M. est surchargé de demandes et d'attentes. Et tout cela arrive à un point de rupture lorsque M. est accusé par l'un des jeunes, suite au rejet de sa demande d'asile par la Commission. Ce garçon l'accuse de ne pas avoir bien traduit pendant les entretiens, il l'accuse de ne pas l'avoir suffisamment aidé et il le discrédite auprès des autres jeunes, qui, à partir de ce moment-là, se comportent différemment avec M. Même de la part de l'équipe du centre, cette situation n'est pas gérée au mieux et Mamadou, incapable de résister aux tensions, veut démissionner...

Questions:

- » Quel contre-transfert font les opérateurs en question?
- » Quels sont les problèmes critiques?
- » Quelles ressources pourraient être déployées?





Section 2

Bonnes pratiques d'accueil

Identifier, prévenir, traiter

par *Lia LOMBARDI*

introduction

Cette partie est consacrée aux "bonnes pratiques d'accueil" et repose sur trois critères de base : identifier, prévenir, traiter. Cette deuxième section, comme la première, suit un parcours sous forme de fiches qui concernent:

1. les systèmes d'accueil en France et en Italie et certaines réalités locales ;
2. les bonnes pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes migrantes victimes de violence et le travail en réseau (gouvernance, protocoles, actions) ;
3. les points critiques et les perspectives du système:

Fiche 1

Systèmes d'accueil



Le système d'accueil italien

La révision des services d'accueil (décret-loi 113 de 2018) restructure le système dans son ensemble : les nouvelles normes (article 12) prévoient que les services d'accueil intégrés sur le territoire (seconde réception), préparés par les autorités locales dans les structures du système SPRAR (renommé SIPROIMI), soient réservés exclusivement aux titulaires de la protection internationale et aux mineurs étrangers non accompagnés, mais pas, comme c'était le cas auparavant, aux demandeurs d'asile.

La première phase, avant la réception proprement dite, consiste à apporter les premiers secours et la première assistance, ainsi qu'à réaliser l'identification des migrants, en particulier sur les sites de débarquement (CPA, CPSA, HotSpot). La réception proprement dite est elle-même divisée en deux phases : la première phase pour l'achèvement des opérations d'identification du demandeur et la présentation de la demande d'asile (CDA, CARA) et une seconde phase de réception et d'intégration assurée au niveau local par les autorités locales dans les structures du système SPRAR. En cas d'épuisement des places dans les centres gouvernementaux, les migrants peuvent être accueillis dans des structures temporaires appelées CAS (centres de réception extraordinaires).

En ce qui concerne la violence de genre et de proximité, dans la plupart des cas, les femmes célibataires et les femmes avec des enfants vivent dans des appartements ou des petits centres où il n'y a pas d'hommes ; les familles sont généralement logées dans des appartements ou des centres où la confidentialité est garantie.

Un autre aspect de la situation italienne est représenté par la loi n. 119 du 15 octobre 2013 établissant des règles relatives à l'immigration, à la sécurité et à la lutte contre la violence de genre. L'article n. 18bis de la loi prévoit que si la police ou les magistrats vérifient qu'un immigré (femme ou homme) est victime de violence domestique ou venant d'un partenaire intime (VPI) perpétrée sur le territoire italien, le commissaire peut délivrer un permis de séjour spécial, pour permettre à la victime d'échapper à la violence. L'article 8 du décret législatif n. 24 du 4 mars 2014, le 24 mars, a étendu le type de protection décrit ci-dessus aux victimes de la traite des êtres humains et de l'esclavage.

Le système d'accueil de la ville de Milan

Milan est la seule ville d'Italie à gérer un certain nombre de CAS, habituellement gérés par les préfectures. Actuellement, les structures CAS sont au nombre de neuf et, de janvier à septembre 2018, elles en ont accueilli 1 404 migrants, soit 7% du nombre total de migrants débarqués en Italie. Le pourcentage de femmes est de

21,6%. Le séjour moyen varie de cinq à neuf mois. Les structures SPRAR de la ville comprennent huit centres d'accueil (347 places) et un peu plus de sept appartements (75 places). Le pourcentage de femmes est d'environ 21,8% (principalement des Somaliennes), tandis que celui des mineurs est de 16,1%. Les utilisateurs dont le séjour moyen est d'au moins un an représentent 24,2%.

Le système français d'asile et de protection

La France a vu ces dernières années une augmentation du nombre de demandes d'asile, ce qui a mis le système sous pression. Dans l'ensemble, la gestion de la violence et de la vulnérabilité de genre reste assez fragmentaire. En France, les demandes d'asile sont soumises à la réglementation CESEDA (Code d'entrée et de séjour des étrangers et octroi de l'asile). Selon l'article L.71-11 du CESEDA, il existe trois types de statut de réfugié:



- » **Asile conventionnel** : accordé, conformément à la Convention de Genève de 1951, aux personnes qui demandent l'asile pour des raisons de persécution ou de crainte de persécution dans leur pays d'origine.
- » **Asile constitutionnel** : ce droit est inscrit dans la constitution française de 1946 (ligne 4 du préambule) et stipule que l'asile sera accordé aux personnes persécutées pour leurs actions en faveur de la liberté.
- » **Demandeurs d'asile** : ce statut est accordé aux personnes après qu'elles ont demandé l'asile et pendant la période où elles attendent l'octroi du statut de réfugié.

Les principales agences en charge du système d'asile français sont:

- » **OFPRA**, l'office français de protection des réfugiés et des apatrides.
- » **CNDA**, Cour nationale du droit d'asile.
- » L'**OFII** (Office français de l'immigration et de l'intégration) gère le DNA (Dispositif National d'Accueil), il recherche et fournit un hébergement et une assistance matérielle aux demandeurs d'asile. Le système national comprend de nombreux d'acteurs, dont certains sont non gouvernementaux.

Institutions gouvernementales pour l'asile : OFII, OFPRA, CNDA.

Acteurs non gouvernementaux:

- » Opérateurs de refuges : FTDA, Coallia, Samu Social, (Emmaüs), Groupe SOS
- » Principales ONG/IDF parisiennes s'occupant d'accueil et/ou d'orientation initiale : La Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, responsables PADA;

Entités publiques et institutions de droit commun:

- » Municipalité de Paris (Ville de Paris)
- » HCE (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes)

Fiche 1

- » AH-HP (hôpitaux de Paris)
- » ASE (services de protection de l'enfance)
- » Organisations internationales : HCR, France.

À leur arrivée en France, les migrants ont 90 jours pour demander l'asile. Ils sont initialement pris en charge par les centres CAO (centres d'accueil et d'orientation) où ils sont assistés dans les démarches administratives.

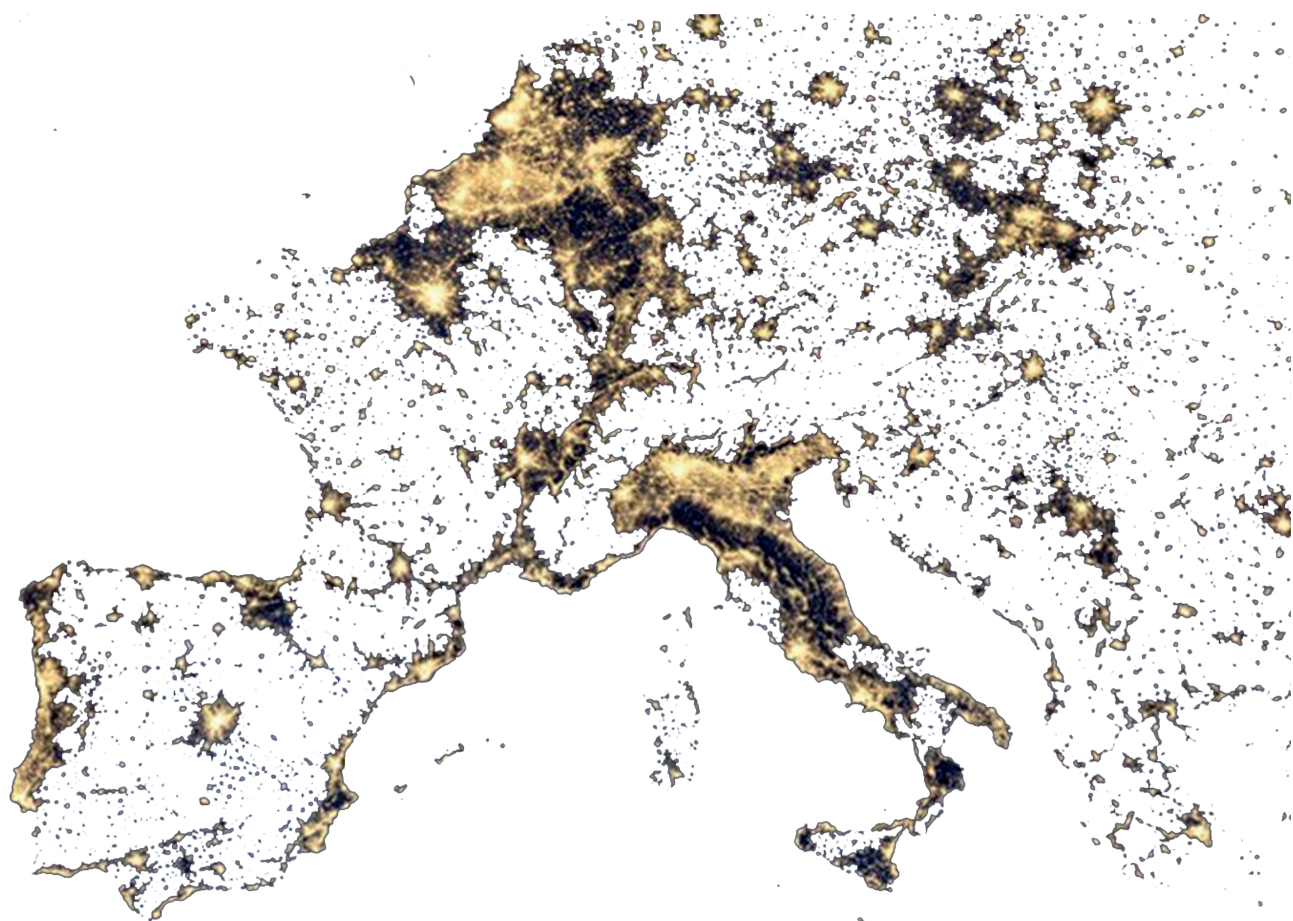
Le système d'accueil espagnol



L'Espagne est devenue l'une des régions d'Europe les plus importantes pour l'accueil des migrants et des réfugiés, non seulement en raison de sa position géographique, mais aussi en raison de ses politiques sociales récentes et de la position du gouvernement en matière d'accueil des réfugiés. Le système d'accueil espagnol est organisé en différents centres d'accueil pour réfugiés (C.A.R. - Centro de Acogida a Refugiados). Ce sont des institutions publiques qui fournissent un hébergement et une assistance psychosociale de base, ainsi que d'autres services sociaux visant à faciliter la coexistence et l'intégration avec les demandeurs d'asile ou les réfugiés en Espagne. La loi espagnole actuelle sur l'asile, approuvée en 2009, inclut la persécution pour des raisons de genre et d'orientation sexuelle en tant que motif d'asile. Les réfugiés "de genre" ont le droit de demander l'asile et une protection au même titre que les personnes fuyant un conflit armé, mais il est nécessaire d'améliorer l'accès à l'asile pour ces personnes, en particulier aux postes-frontières et aux CIE (centres d'identification et d'expulsion), afin de leur apporter une plus grande sécurité (Ramirez, 2016).

En Andalousie, à compter du 19 décembre 2017, les demandeurs d'asile, les apatrides et les réfugiés peuvent demander un revenu minimum pour l'intégration sociale, sans qu'il soit nécessaire de fournir une preuve d'enregistrement, pour une certaine période. Néanmoins, on assiste souvent à des retards et à des non-paiements. Le ministère de la Justice et de l'Intérieur et la Direction générale pour la coordination des politiques migratoires (Consejería de Justicia e Interior y la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) gèrent la politique d'assistance sociale pour les immigrés et la population réfugiée de l'Andalousie.

L'Observatoire andalou des migrations permanentes (Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones) est une autre organisation importante, mais aucun d'entre elles ne considère le concept de «violence de proximité» de manière spécifique ou en tant que catégorie d'analyse. Le système de protection contre la violence de genre au niveau local comprend les préfectures, la police locale, la garde civile, les municipalités locales et les centres de santé.



Fiche 2

Bonnes pratiques d'accueil

Politiques inclusives

Les politiques inclusives devraient être orientées vers un travail axé sur l'empowerment, offrant à chaque femme la possibilité de s'autodéterminer en se préparant à un avenir meilleur. Ces politiques inclusives devraient être étroitement liées à la lutte contre la violence de genre et de proximité et reposer sur une forte synergie entre les différents acteurs impliqués et sur une relation de collaboration active entre l'État, les régions et les municipalités.

Le rejet de l'inégalité entre les sexes devrait être un élément essentiel de tout projet de réforme sociale globale, établissant un lien contraignant entre éthique et économie, entre recherche du bien-être et liberté de choix, et un rapprochement entre intérêts, valeurs et objectifs afin de favoriser le renforcement des différences et le refus des modèles proposés comme indiscutables et universels.

Les bonnes pratiques d'accueil en Lombardie



La ville de Milan investit dans l'intégration sans négliger l'expérience des services transversaux au sein des CAS, tels que la formation des opérateurs, l'apprentissage de la langue italienne, l'introduction à la connaissance du territoire et des services par les migrants, l'orientation au travail. Sur le territoire milanais, il existe une action institutionnelle très active et positive de la part de la municipalité.

Parmi les bonnes pratiques dans la région de Milan, nous mentionnons le nouveau projet de la "Maison des femmes maltraitées" (Casa delle donne maltrattate). Cette association a reçu en donation une grande maison qui est devenue une structure d'accueil pour les femmes demandeuses d'asile et réfugiées victimes de violence. Le projet ouvre la voie à l'autonomie et à l'empowerment des femmes pour leur permettre d'échapper au contexte de violence. La ville de Milan a récemment inauguré "Casa Chiaravalle", une propriété confisquée à la mafia pouvant accueillir jusqu'à 50 femmes. Le projet prévoit l'accueil et le parcours d'autonomie des femmes migrantes victimes de violence et leur intégration dans la vie et dans le tissu social. Même chose pour la coopérative "La Strada" qui travaille sur la réception généralisée.

La coopérative "Lotta contro emarginazione" accueille des femmes victimes de traite et de violences. Le personnel applique un modèle de réception mixte, c'est-à-dire qui utilise à la fois le centre résidentiel et le modèle de réception généralisée, qui prévoit un hébergement dans des appartements situés sur tout le territoire. À leur arrivée, les migrants restent dans la structure centrale où une équipe multi-professionnelle les prend en charge.

Un réseau de services intense et efficace est actif dans la région de Milan. Les

représentants de nombreuses institutions et organisations font partie de ce réseau (Pacte pour la ville) et travaillent en synergie avec tous les services. Cela signifie que lorsque les femmes ou les personnes particulièrement vulnérables se présentent, les opérateurs savent généralement où s'adresser et comment activer le réseau de services : hôpitaux, service d'ethnopsychiatrie, administration locale, services éducatifs, centres de lutte contre la violence et aide à la violence sexuelle et domestique.

Depuis 2013, la ville de Milan gère le "réseau milanais pour les demandeurs vulnérables et les titulaires de la protection internationale" afin de garantir les services de protection et d'assistance et de renforcer le réseau et les synergies entre tous les acteurs impliqués.

L'aide à la lutte contre la violence familiale et sexuelle est un centre d'excellence public dans la ville de Milan, qui s'adresse à toutes les victimes de violence, de tout sexe et de tout âge. Actif depuis 1996, il s'agit d'un service d'information, d'accueil, d'assistance médicale et juridique, de soutien psychologique et social pour la prise en charge du traumatisme lié aux violences subies. Le centre dispose d'une équipe multidisciplinaire composée de gynécologues, de médecins légistes, de neuropsychiatres pour enfants, de psychiatres, d'infirmières, de sages-femmes, de travailleurs sociaux et de psychologues. Tous les opérateurs sont formés pour accueillir les victimes de violences et garantir un parcours individualisé..

L'Institut européen de psychotraumatologie collabore en envoyant son personnel dans les centres CAS et SPRAR et constitue un groupe de travail composé de psycho-traumatologues et de spécialistes de la gestion des catastrophes. Le service fournit:

- » prise en charge psycho-traumatologique des victimes
- » organisation d'interventions selon les protocoles internationaux de psychologie des catastrophes
- » traitement post-exposition précoce pour les survivants
- » intervention en cas de deuil traumatique en soutien aux proches des victimes
- » soutien psycho-traumatique aux blessés hospitalisés et à leurs familles
- » interventions de prévention et de salutogenèse pour les sauveteurs
- » soutien aux responsables de la communication publique sur les questions de la communication d'urgence et des techniques de prévention de la panique.

La **Comunità Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino e Riviera** a mis au point un modèle fournissant des indicateurs pour aider les opérateurs des centres à identifier les éléments clés indiquant les situations potentielles de violence. Un

Fiche 2

exemple significatif : une femme immigrée victime de violence qui a été traitée, de manière synergique, par la municipalité où elle était logée en centre d'accueil, par un centre anti-violence: les premiers jours elle a été placée dans un hôtel, avec l'aide des carabinieri, puis elle a été placée dans un appartement sécurisé. À ce jour, cette fille est sortie de ses conditions de violence, a obtenu une protection humanitaire et a un contrat de travail.

La *Croix-Rouge de Bresso* adopte un modèle basé sur un travail d'équipe multidisciplinaire (psychologues, travailleurs sociaux, représentants légaux, éducateurs, enseignants d'italien, médiateurs, opérateurs). Les utilisateurs des centres sont suivis et s'il existe des cas dans lesquels les traumatismes ne peuvent être surmontés, la procédure prévoit de contacter le centre d'ethno-psychiatrie du centre psycho-social de Cinisello Balsamo..

Les bonnes pratiques en Toscane

En Toscane, les demandeurs d'asile et les réfugiés, en cas de violence manifeste, sont aidés par le personnel des CAS et des SPRAR pour consulter:

- » services de santé
- » centres anti-traite
- » centres de soutien psychologique
- » centres anti-violence
- » avocats et postes de police.

En 2016, les centres anti-violence de Toscane ont participé au projet SAMIRA. Le projet vise à améliorer l'identification et la qualité de l'assistance mise à la disposition des femmes migrantes et des mineurs victimes de violences sexuelles et de la traite.

Le projet SAMIRA a mis en œuvre les activités suivantes :

- » une étude qualitative sur les besoins et les facteurs de risque des femmes et des enfants arrivant en Italie par la voie libyenne;
- » un cours de formation visant à améliorer les connaissances et les compétences des travailleurs des centres anti-violence;
- » l'élaboration d'un modèle de bonnes pratiques et de méthodes de travail permettant une identification rapide, une aide efficace et l'orientation des victimes.

Ces dernières années, un CAS a été ouvert pour les femmes demandeuses d'asile victimes de la traite. Le CAS géré par l'agence de lutte contre la traite se compose "d'opérateurs qualifiés capables de travailler en contact direct avec des femmes étrangères vulnérables".

Le programme d'ethnopsychologie SPRINT est géré par une équipe de psychologues, d'anthropologues et de médiateurs culturels qui soutiennent les demandeurs d'asile et les réfugiés victimes d'abus, de traumatismes ou touchés par une vulnérabilité mentale. Les traumatismes sont traités de manière interculturelle, ce qui favorise la compréhension de la violence subie du point de vue personnel, culturel et social du migrant. Une unité mobile qui se déplace dans toute la région a mis en œuvre ce programme en coordination avec le système de santé publique (départements de santé mentale) qui le soutient.



La médecine légale fournit un soutien important au travail effectué par les opérateurs légaux. Elle aide à vérifier les blessures physiques signalées, notamment celles résultant de tortures, de violences et de sévices subis par les demandeurs d'asile dans leur pays d'origine ou lors de leur voyage en Italie.

Les bonnes pratiques en région parisienne

Nous fournissons ici une liste de pratiques à grande échelle, de pratiques centralisées promues par les politiques publiques et de pratiques individuelles/de base pouvant être établies localement.



Assistance santé

Les migrants ont accès à la couverture de santé publique et aux soins de santé selon deux méthodes : la CMU (Couverture Maladie Universelle) est fournie aux demandeurs d'asile qui peuvent prouver qu'ils possèdent un récépissé (certificat de demande d'asile). Si une personne gagne moins de 648 € par mois, elle peut bénéficier d'une assurance santé gratuite (CMU-C), mais il est indispensable de disposer d'un compte bancaire que les demandeurs d'asile n'ont souvent pas. L'AME, Aide médicale d'État, est accessible aux migrants qui n'ont pas de statut juridique particulier et/ou qui se sont vus refuser l'asile, à condition qu'ils soient présents sur le sol français depuis au moins trois mois.

En outre, il existe des centres de santé appelés PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) situés dans les hôpitaux publics de Paris et ouverts à tous ceux qui sont dans une condition de vulnérabilité, d'isolement et/ou de grave difficulté économique.

Hébergement

Le manque de logements adéquats est l'un des principaux problèmes à résoudre dans le cadre de la lutte contre la violence de genre subie par les réfugiés. Actuellement, un seul centre en France est réservé uniquement aux femmes : il offre un soutien aux femmes célibataires, dont la plupart souffrent de traumatismes résultant de violences passées ou en cours. Dans le cas des LGBT, il n'existe pas de système de logement dédié à ces derniers, sauf à Paris où l'Ardhis a commencé à utiliser des appartements dans des zones de logement social et à les convertir en "maisons-appartements" pour les réfugiés LGBT+.

Un guichet unique pour faire face à la violence de genre

Ces dernières années, des outils nationaux ont été développés pour encourager un partage plus efficace des informations entre les organisations, le grand public et les victimes : un site Web officiel du gouvernement (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) fournit des informations générales sur la violence de genre et ses différentes formes ; le centre Hubertine Auclert couvre la grande région parisienne, répertorie les ONG, leurs domaines de compétence et leurs activités, et fournit des cartes des refuges pour femmes, les horaires d'ouverture des centres d'assistance et des groupes de soutien.

La CADA dirigée par Coallia, au nord de Paris, applique une politique de ressources

Fiche 2

humaines soucieuse d'équité entre les sexes. En outre, le directeur organise des réunions de groupe régulières pour toute l'équipe, où chacun peut discuter des cas sur lesquels il travaille, fournir des commentaires et obtenir des retours.

Bonnes pratiques d'accueil en Andalusia

Le document "Asile et protection internationale. La situation des réfugiés "(2015) prend position sur la traite des êtres humains, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés, etc., et explique également certaines bonnes pratiques pouvant garantir un développement adéquat des services d'accueil. Ce document souligne que:

- a. au cours de la phase préalable à l'entretien, il est important d'identifier les personnes à qui il faut suggérer de demander la protection internationale;
- b. lors de la préparation de la demande officielle, il est essentiel d'expliquer la procédure au réfugié dans un langage simple et clair;
- c. orsqu'on établit le dossier, il est nécessaire de contacter l'instructeur approprié, ainsi que l'UNHCR et d'enquêter sur les violences subies dans le pays d'origine;
- d. pendant la phase de résolution du dossier, il est nécessaire de transmettre les points de base de la résolution et d'indiquer ceux qui ont été utilisés pour prendre une décision; demander des mesures préventives et fournir les rapports requis.

L'*hôpital Alto Guadalquivir d'Andújar* est situé dans la communauté autonome de Jaén. Son programme est basé sur celui de l'Organisation mondiale de la santé (1996) concernant la violence de genre en tant que problème de santé publique. Cette commission a été promue par le personnel infirmier de l'hôpital et étendue à d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, les forces de sécurité, les professionnels de l'administration locale et les experts de l'Instituto de la Mujer (Institut de la femme).

À *Grenade*, un "protocole d'urgence pour l'accueil des migrants" (PECOL) (2018) a été introduit. Ce programme a été promu par l'administration locale, en collaboration avec des institutions publiques et privées (46 organisations) et vise à accueillir favorablement les immigrants et les réfugiés qui arrivent à Grenade. Quand le programme "Sea Rescue" trouve une "patera" et sauve des personnes qui sont à bord, il les conduit à terre. Le port de Grenade, Motril, est la principale destination de ces bateaux. En coordination avec la Croix-Rouge, les équipes d'intervention d'urgence sont alertées afin d'organiser l'assistance humanitaire à fournir. Le personnel spécifique qui assiste les femmes et détecte des signes de violence, informe la police nationale et les femmes sont transférées dans des centres d'accueil pour femmes. Cependant, les entretiens sont principalement menés par des policiers masculins, ce qui empêche les femmes d'avoir accès à des informations ou de trouver suffisamment de courage et d'établir une relation de confiance leur permettant de parler des persécutions qu'elles ont subies, ce qui est déjà extrêmement difficile même lorsque l'entretien est mené par une femme (CEAR, 2017).

Fiche 3

Problèmes critiques et perspectives

- » L'un des principaux aspects à améliorer est la formation spécialisée sur la prise en charge des migrants victimes de violence de proximité.
- » La prise en charge des migrants victimes de violences pourrait s'améliorer si les opérateurs qui s'occupent de migrations et de violence de proximité/de genre avaient des connaissances de base plus adéquates car, souvent, au cours de leurs études, ces problèmes ne sont traités que de façon marginale.
- » En plus de la formation, l'efficacité du réseau devrait être améliorée en incluant des professionnels capables de faire de la médiation culturelle, en particulier dans les hôpitaux et les commissariats de police.
- » Malheureusement, dans le secteur médical/de la santé en général, la qualité de la formation concernant les compétences professionnelles spécifiques requises pour fournir une assistance aux migrants est encore limitée. Autre problème critique : le manque de collaboration entre les institutions, les centres d'accueil pour migrants et les services sociaux et de santé.
- » La difficulté à faire émerger les violences subies par les demandeurs d'asile et les réfugiés (femmes, hommes et mineurs) pose également problème. Il est donc nécessaire de lancer des parcours de sensibilisation et de prise de conscience tant pour les victimes que pour les opérateurs.
- » Les difficultés administratives et juridiques rencontrées lors de la tentative d'accès à la protection d'asile sont importantes : conditions de logement, retards administratifs, incertitude concernant les demandes d'asile et l'avenir des demandeurs en Europe sont des facteurs qui aggravent encore la situation des réfugiés qui ont déjà souffert d'un traumatisme.
- » La violence passée et présente, ainsi que la violence par procuration (victimisation secondaire) infligée par le système lui-même peut favoriser l'isolement, le repli sur soi ou la perte de confiance en soi (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). Cette «victimisation secondaire» est due au manque de soutien systémique de la part des institutions et/ou au manque de connaissance du problème par les professionnels (Bautista Cosa, 2018).
- » Le psychotraumatisme peut également être amplifié par les modalités d'accueil (ou par l'absence d'accueil et de soins à l'intérieur du système) : des conditions d'accueil difficiles peuvent aggraver le stress post-traumatique et les troubles dépressifs. La COMEDE estime que 27% des patients traités entre 2012 et 2017 ont eu des idées suicidaires au cours du traitement.
- » Le COMEDE estime que la période moyenne d'amélioration psychologique peut durer jusqu'à 15 mois en fonction du genre et de l'origine du patient, mais puisque la période légale pour soumettre une demande d'asile est de 90 jours et de 15 jours pour un appel, cela pourrait avoir des conséquences dévastatrices sur la santé et la vie de ces personnes.

DIRECTIVES OPÉRATIONNELLES PROVIDE

Le cas

Résistance et résilience

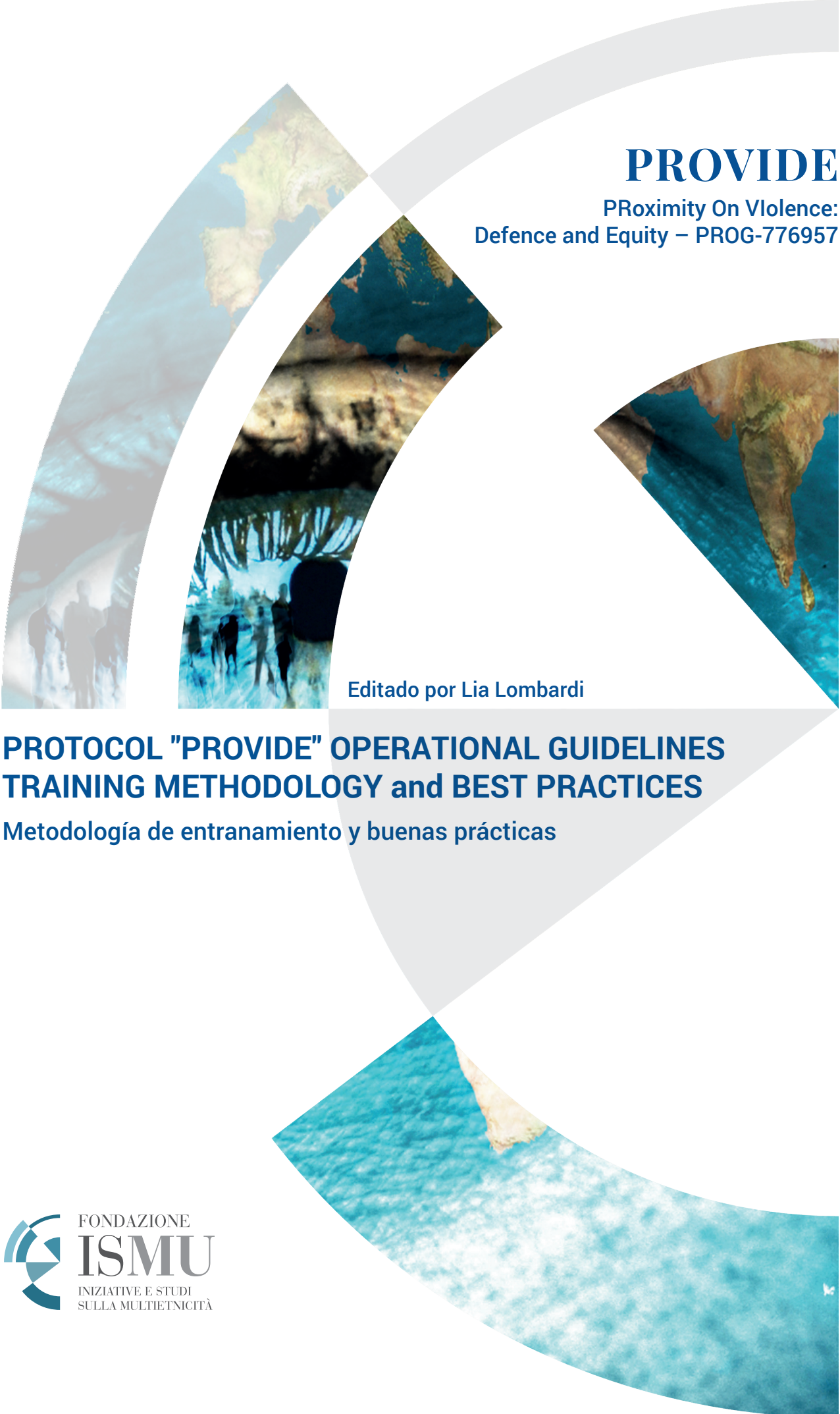
La violence est un fait structurel, mais il s'agit également de partager les contextes et les dynamiques de la violence avec les femmes migrantes et les opérateurs. Au moins, c'est une occasion d'offrir aux femmes et aux victimes de violence l'occasion de comprendre la dynamique et les formes de violence et la possibilité de choisir ou non un processus thérapeutique. Une question posée par un psychiatre interrogé lors de la recherche PROVIDE (Lombardi 2019a) fait référence à la possibilité et à la capacité des femmes migrantes de réagir et de s'affranchir du cercle de la violence:

Alors, je me demande: comment puis-je imposer une voie d'autonomie à une personne asservie depuis longtemps? Je propose une voie d'autonomie à laquelle elle ne peut pas faire face. Peut-être verrons-nous les résultats dans les dix années; peut-être ne reproduira-t-il pas la même dynamique de violence subie avec ses filles. Cependant, qu'espérons-nous atteindre pendant six mois de traitement? Par conséquent, les opérateurs sont surpris lorsqu'une femme, après un long processus de traitement, après avoir finalement pu obtenir le statut de réfugiée, ne fait rien pour profiter de ces avantages. Le fait est que cette femme est esclave depuis l'âge de cinq ans! (PFG N ° 4, psychiatre, femme).

La violence est un phénomène social, un processus qui passe de la connaissance à la compétence culturelle ", nous devons donc nous doter du respect de la différence". Il existe des formes de violence qui ne peuvent être guéries, mais les femmes essaient toujours de mener une vie "normale": elles travaillent, elles ont des enfants. Une psychologue raconte l'histoire d'une femme, violée par son père dès l'âge de quatre ans, qui a fui pendant son adolescence et est arrivée en Italie. Ainsi, lorsqu'elle est tombée enceinte, les services sociaux ont pris soin d'elle et de son bébé.

Son fils a maintenant huit ans et les services sociaux n'ont jamais commencé le soutien parentale pour la femme. Les femmes comme celle-ci sont souvent seules, n'ont pas de réseau de parents, personne ne sert de référence, il est donc important d'activer un service de soutien parental. Les femmes en ont besoin parce qu'elles ont besoin de "empowerment" économique. Elles veulent travailler. Le logement et le travail sont les principales étapes vers l'autonomie (PFG n ° 5, psychologue, femme).

Les femmes migrantes montrent une forte capacité de résistance et de résilience; Elles connaissent les modèles et les pratiques de soins européens et apprennent à les utiliser en leur faveur. "Nous devrions donc peut-être rechercher des points de contact plutôt que des différences. Si nous travaillons dans cette direction, nous ne proposerons pas de modèles attribuables à un objectif mais à des pratiques communes multifformes" (PFG n ° 4, psychiatre, femme). (Lombardi 2019a).



PROVIDE

PROximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

Editado por Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Metodología de entranamiento y buenas prácticas

Índice

Introducción por Lia Lombardi

330

sección 1

BUENAS PRÁCTICAS DE ENTRENAMIENTO

1 | Violencia de proximidad y violencia de género en contextos migratorios

Por Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	335
<i>Ficha 1.1</i>	Estado de las migraciones y sistema de acogida en los ámbitos europeo y nacional 336
<i>Ficha 1.2</i>	Discriminaciones de género, violencia y proximidad. Definición, causas y formas de violencia 338
<i>Ficha 1.3</i>	Violencia de género, de tránsito y de proximidad en los trayectos migratorios 342
<i>Ficha 1.4</i>	Consecuencias de la violencia 347
<i>Workshop</i>	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final 352

2 | Derechos humanos, derechos de los migrantes en la legislación internacional, europea y nacional

Por Valeria Alliata di Villafranca

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	355
<i>Ficha 2.1</i>	Derecho internacional y normativa comunitaria 356
<i>Ficha 2.2</i>	Violencia de género y protección internacional 363
<i>Ficha 2.3</i>	Trata de personas y protección internacional 365
<i>Ficha 2.4</i>	La normativa nacional 368
<i>Ficha 2.5</i>	Información/asistencia a los refugiados, solicitantes de asilo y víctimas 369
<i>Workshop</i>	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final 370

3 | Cuidado de la persona y cuidado de la salud

Por Valeria Alliata di Villafranca y Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	373
<i>Ficha 3.1</i>	El derecho a la salud en las fuentes normativas internacionales 374
<i>Ficha 3.2</i>	El derecho a la salud en las fuentes normativas nacionales y locales 374
<i>Ficha 3.3</i>	Definiciones y conceptos de medicina, cuidado, salud/enfermedad, necesidades fundamentales y otras realidades 375
<i>Ficha 3.4</i>	El papel de la cultura y su influencia en la salud de los migrantes vulnerables 378
<i>Ficha 3.5</i>	La salud de los migrantes 379
<i>Ficha 3.6</i>	Migrantes y enfermedades 381
<i>Ficha 3.7</i>	Apoyo psicológico a las víctimas de violencia 383
<i>Ficha 3.8</i>	Los protagonistas involucrados 385
<i>Workshop</i>	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final 386

4 | Violencia, tortura y trastorno mental

Por Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	389
<i>Ficha 4.1</i>	Trauma y aspectos postraumáticos 390
<i>Ficha 4.2</i>	Trastornos por estrés postraumáticos 392
<i>Ficha 4.3</i>	El trauma en la migración 394
<i>Ficha 4.4</i>	Migración y violencia 396
<i>Ficha 4.5</i>	Etnopsiquiatría 398
<i>Ficha 4.6</i>	Resiliencia y resistencia 400
<i>Ficha 4.7</i>	Diferencias en la experiencia de violencia vinculada al género 402
<i>Workshop</i>	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final 404

5 | Manejo del estrés

Por Chiara Dallavalle

<i>Introducción y objetivos del módulo</i>	407
<i>Ficha 5.1</i>	Acoger y escuchar 408
<i>Ficha 5.2</i>	Cómo manejar el miedo, el estrés, la frustración y el burnout 410
<i>Ficha 5.3</i>	Las herramientas para manejar la agresividad 412
<i>Ficha 5.4</i>	Reconocer la existencia de violencia de género y/o de proximidad, y poder asumir responsabilidades 415
<i>Workshop</i>	Estudio de caso: Caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final 418

sección 2

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ACOGIDA

Identificar, prevenir, cuidar

Por Lia Lombardi

<i>Introducción</i>	421
<i>Ficha 1</i>	Sistemas de acogida 422
<i>Ficha 2</i>	Buenas prácticas de acogida 426
<i>Ficha 3</i>	Aspectos críticos y perspectivas 431
<i>El caso</i>	Resistencia y resiliencia 433

Apéndice	435
-----------------	-----

Bibliografía y sitios web	436
----------------------------------	-----

Agradecimientos	441
------------------------	-----

introducción

Lia LOMBARDI

Estas pautas operativas constituyen el resultado de las dos macro-acciones del proyecto Provide: 1. Investigación (Bartholini, 2019a); 2. Formación suministrada a los operadores (Bartholini, 2019a).

La investigación cualitativa deja en evidencia las dificultades de los operadores de los servicios y centros de acogida que enfrentan un elevado turn-over; la falta de competencias específicas respecto de la violencia de género y de proximidad; la carencia de oferta formativa especializada (Lombardi, 2019a).

A partir de la exposición de las necesidades formativas de los operadores, identificamos algunas palabras clave que han sido objeto de comparación entre los expertos del equipo Provide, que dieron lugar a cinco módulos formativos (Bartholini, 2019b) y que son objeto de estas líneas guía.

- 1 ***Violencia de género versus violencia de proximidad.*** Destaca la doble violencia a la cual están expuestos los/las migrantes y los/las solicitantes de asilo y refugiados/refugiadas: la violencia antes, durante y después del viaje, y la violencia la institucional y estructural que encuentran en los países de llegada (Lombardi, 2019a).
- 2 ***Derechos humanos y derechos de los migrantes en la legislación.*** Correspondencia de las fuentes de derecho internacional sobre los derechos humanos con las directivas/recomendaciones europeas y de los países miembro, partner del proyecto.
- 3 ***Atención a la persona y cuidados de la salud.*** Son las consecuencias de la violencia en la salud de los/las migrantes y solicitantes de asilo, que detectan necesidades de salud específicas por lo cual se hace necesario tener habilidades adecuadas.
- 4 ***Salud mental.*** Fortalecimiento de los procesos psicosociales y de las competencias relativas a los trastornos de estrés postraumático de los operadores que participan en la formación.
- 5 ***Manejo del estrés.*** Se presta especial atención al estrés y al burnout de los operadores que trabajan con migrantes víctimas de violencia y, por consiguiente, refuerzan sus capacidades y destrezas para el manejo del estrés.

El grupo de proyección del “Curso de formación para expertos en violencia de proximidad” ha diseñado su estructura según las “metodologías activas” dirigidas a la formación profesional. Teniendo en cuenta los contenidos de los cinco módulos formativos y las características profesionales de los participantes (asistentes sociales,

educadores profesionales, psicólogos) hemos ideado una estructura modular de cinco horas, divididas en una parte presencial, en la cual el docente presenta a los participantes los conceptos y las referencias de base del módulo, y una segunda parte estructurada en un workshop con participación activa de los integrantes del curso. La tipología del workshop se inspira en el “método de los casos” (Massa, 1997) y está dirigida por un docente y por un colaborador (Lombardi, 2019b). Los casos, que se refieren a historias reales e inherentes al módulo de referencia, se leen y se proponen al grupo del aula, el cual será invitado a dividirse en subgrupos de 4-8 participantes. El docente y su colaborador solicitan que los grupos reflexionen y discutan el caso siguiendo tres parámetros de análisis: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, de su contexto de origen y llegada; 2. Debilidades y fragilidad de la persona, de su contexto de origen y llegada.; 3. Manejo del caso por parte de los servicios (aspectos críticos, buenas prácticas, eficacia).

Al finalizar el trabajo (30-40 minutos, aproximadamente) el portavoz de cada grupo expone en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada educativa, ya que cada grupo –y cada participante– tiene la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

El workshop concluye con una breve intervención del docente y del colaborador para resumir los análisis de los grupos, resaltar los aspectos más importantes y agregar información y/o aspectos relevantes.

Hemos estructurado las líneas guía en dos partes: la primera se refiere a las “buenas prácticas” del curso de capacitación, y la segunda evidencia las “buenas prácticas” de acoger a los migrantes víctima de violencia que surgieron de la investigación.

Para facilitar a los educadores la utilización de las líneas guía, estas se realizaron siguiendo un proceso a partir de fichas que describen los eventos formativos, retomando los contenidos y los enfoques más significativos de la formación que tuvo lugar en los territorios target (Sicilia, Lombardía, Toscana, región de París, Andalucía), donde se señalan los casos a modo de ejemplo y la modalidad de organización y conducción del workshop.

La segunda parte, dedicada a las “buenas prácticas de la acogida”, se fundamenta en tres criterios - identificar, prevenir, curar - y sigue igualmente una estructura con base en fichas, que se refiere a: los sistemas de acogida en Italia, Francia e España y de algunas realidades locales; las buenas prácticas de acogida y asistencia de las personas inmigrantes víctimas de violencia, así como el trabajo de red (governance, protocolos, acciones); el aspecto crítico y las perspectivas del sistema.

Sección 1

Buenas prácticas de entrenamiento

5h



Violencia de proximidad y violencia de género en contextos migratorios

por *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

El módulo introduce temáticas vinculadas a la violencia de género y de proximidad, y en él se propone analizar las causas y los diferentes tipos de violencia que se presentan antes, durante y después del proceso de migración. A partir de la exposición de informes y análisis experimentales de cada uno de los casos, el proceso formativo tiene como objetivo suministrar a los operadores herramientas útiles y eficaces, ya sea para identificar a las víctimas de violencia, como para encuadrar los ámbitos y entornos dentro de los cuales se presentan los abusos y los actos de violencia, con la finalidad de poner en práctica métodos eficaces de asistencia y empoderamiento de las víctimas.

Las migraciones forzadas deterioran las relaciones familiares, de amistad y comunitarias dentro de los contextos de origen, con lo que se afecta la identidad cultural, religiosa y de género. Los niños, los jóvenes y las mujeres son los más vulnerables y los más expuestos a ser objeto de violencia, abusos, explotación, intimidación y represalias, con consecuencias que repercuten en la salud física y mental

Ficha 1.1

Estado de las migraciones y sistema de acogida en los ámbitos europeo y nacional



Movimientos migratorios hacia Europa

Vías terrestres y marítimas de los migrantes

En esta sección se señalan y analizan los movimientos migratorios hacia Europa y los desembarques en las costas mediterráneas; así mismo, los datos cuantitativos:

- » En relación con las llegadas por vía terrestre y por vía marítima, se especifican los lugares de llegada y se clasifican según el lugar de destino
- » En relación con el lugar de procedencia y los países de origen
- » En relación con la presencia de categorías vulnerables (como se indica en la ficha 3)
- » En relación con las solicitudes de asilo, donde es posible indicar las solicitudes aceptadas y las rechazadas
- » En relación con rechazos o deportación
- » Otras informaciones que el profesor considere importantes desde el punto de vista histórico en el que se realiza el proceso educativo

Ámbito nacional

En esta sección se tratarán los contextos y las situaciones referentes al país miembro donde se llevará a cabo el proceso educativo, con énfasis en los siguientes argumentos:

Solicitud de asilo en el país miembro (Italia, Francia, España, etc.)

- » En relación con las llegadas por vía terrestre y por vía marítima, se especifican los lugares de llegada y se clasifican según el lugar de destino
- » En relación con la procedencia y los países de origen
- » En relación con la presencia de categorías vulnerables
- » En relación con las solicitudes de asilo, donde es posible indicar las solicitudes aceptadas y las rechazadas
- » En relación con rechazos o deportación
- » Otras informaciones que el profesor considere importantes desde el punto de vista histórico en el que se realiza el proceso educativo

Sistema de acogida del migrante

- » Cómo funciona el sistema de acogida nacional y local
- » Niveles de hospitalidad y servicios que ofrecen los centros de asistencia a los migrantes
- » Buenas acciones y aspecto crítico



La salud de los migrantes regulares, irregulares, solicitantes de asilo y refugiados.

Derecho y acceso a los servicios de salud.

Con base en su estatus administrativo, ¿qué tipo de acceso a los servicios de salud se garantiza a los migrantes?

Es necesario señalar si existen diferencias entre:

- » Migrantes regulares: residentes, con permiso y/o carta de residencia
- » Migrantes irregulares: no residentes, sin permiso de residencia, sin documentos
- » Titulares de protección internacional, subsidiaria, otros
- » Solicitantes de asilo

Ficha 1.2

Discriminaciones de género, violencia, proximidad Definición, causas y formas de violencia

35' + pausa 15'

pausa al final de la ficha



Discriminaciones de género y desigualdades

La igualdad de género no es otra cosa que la equidad de condiciones entre el hombre y la mujer de acuerdo con las necesidades de cada uno. Esta igualdad debe llevar una perfecta equivalencia en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades. En la mayor parte de las sociedades, las desigualdades se manifiestan precisamente por la negación de estas equivalencias y, por consiguiente, de la atribución de responsabilidades, derechos, beneficios y oportunidades de manera distinta para hombres que para mujeres, cualquiera que sea la actividad que desempeñen, en el acceso y control de los recursos o en casos de toma de decisiones.

Algunos índices de discriminación y desigualdad de género

Acceso a la educación, actividad económica, poder de decisión y de control.

El informe Social Watch 2012, GEI Gender Equity Index señala que, a escala mundial, la relación promedio de desigualdad de género es la siguiente: en la educación equivalente a 0,82 (máx. América del Norte 1,00, mín. Oriente Medio y África del Norte); en la actividad económica equivalente a 0,57 (máx. 0,74 en Asia Central, mín. 0,23 en Oriente Medio y África del Norte); finalmente, en toma de decisiones y control, equivalente a 0,28 (máx. 0,48 en Europa y América del Norte, mín. 0,14 en Asia meridional, Oriente Medio y África del Norte).

Salud reproductiva y acceso a los servicios sociosanitarios

En lo que concierne a salud reproductiva, los problemas ligados a ella son la principal causa de enfermedad y muerte de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), cada minuto muere una mujer durante el parto por causas que hubieran podido evitarse con un oportuno acceso a los servicios sociosanitarios, que por lo general son negados. Las cifras señalan que por cada una de estas muertes existen más de 20 mujeres que tienen problemas permanentes de salud debido a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto.

Primeros reconocimientos de derechos humanos fundamentales y de la mujer

En 1993, la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, mediante la *Declaración de Viena y el Programa de Acción*, reconoció los derechos humanos de las mujeres y de las niñas como “elemento inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. Se obtiene, por consiguiente, un



reconocimiento de las “diferentes formas de discriminación y violencia al cual las mujeres están continuamente expuestas en todo el mundo”.

La **violencia de género** se reconoce como una violación de los derechos humanos fundamentales.

Definición de violencia contra las mujeres.

(Art. 113 de la Plataforma de acción de la Conferencia de Beijing)

“Todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

“La violencia contra las mujeres representa la manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres [...]. La violencia contra las mujeres ejercida durante el ciclo de vida se deriva esencialmente de factores culturales y, en especial, de los efectos nocivos producidos por algunas prácticas tradicionales o habituales, pero también de actos de extremismo vinculados a la raza, el sexo, el idioma y la religión, actos que perpetúan la condición de inferioridad de la mujer en el seno de la familia, en el lugar de trabajo, en la comunidad y en la sociedad”. [...] “Con base en esa convicción, la violencia de género se articula según tres diferentes acepciones (física, sexual y psicológica), que están relacionadas en los diversos contextos de vida (familia, comunidad y Estado)”.

La violencia contra la mujer comprende

Violencia física, sexual y psicológica dentro de la familia: incluye golpes, abuso sexual de niñas en el ámbito doméstico, violencia derivada de la posesión de herencias, violación sexual conyugal, mutilación de los genitales y otras prácticas tradicionales que perjudican a la mujer, así como la violencia que se deriva de la explotación económica.

Violencia física, sexual y psicológica en el ámbito de una comunidad más grande: incluye el estupro, el abuso sexual, el acoso sexual y la intimidación en el lugar de trabajo, en las estructuras educativas o en otros lugares; el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, en cualquier parte que se verifique.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DOMÉSTICA

Ficha 1.2

Definición

Todo acto o comportamiento ejercido por una persona que, abusando de su posición de poder (físico y/o psicológico), ocasione un daño físico y/o psicológico a un familiar, incluidas las amenazas o los actos de violencia física, psíquica o sexual ejercidos dentro de una relación familiar o de pareja.

Maltratador/Víctima

Pareja íntima, cónyuge, padres, hermano/hermana, hijo/hija, anciano (por ejemplo abuelos), otros familiares.

Perfil del maltratador o abusador

Violento solo en familia: sujetos moderadamente violentos dentro o fuera de la familia; no presentan importantes trastornos psicopatológicos.

Disfórico (borderline): discretamente o muy violentos, en especial en la relación de pareja. Seriamente trastornados, les cuesta trabajo aceptar el abandono. Celos patológicos.

Antisocial, generalmente violento: agresores antisociales violentos, generalmente con antecedentes penales.

Características de la víctima

La víctima de maltrato, cuando pide ayuda, por lo general presenta: miedo, vergüenza, dependencia emotiva, falsa percepción del peligro (algunas veces), inseguridad respecto a la posibilidad de dejar a la persona que la maltrata.

Entorno

Cualquier tipología de familia y/o de pareja (heterosexual, homosexual u otro), de cualquier edad, de cualquier grupo al que pertenezca (étnico, religioso, etc.), de cualquier nivel socioeconómico y cultural.

Formas de violencia intrafamiliar y/o doméstica

- » **Violencia psicológica.** Humillar, desestimar, culpar, controlar acciones y/o decisiones, limitar la autonomía, aislar.
- » **Violencia económica.** Prohibir u obstaculizar el acceso a un trabajo fuera de la casa; privar del salario o controlarlo; no permitir el control de la gestión económica familiar; negar o limitar el acceso a las finanzas familiares (tarjetas, cuentas bancarias, etc.); no cumplir con los deberes de sustento establecidos mediante sentencia; explotar a la persona como fuerza de trabajo en la empresa familiar (actividad campesina, turística, artesanal, etc.) sin compensación alguna ni poder de decisión o acceso a los medios financieros; endeudar a la mujer por el incumplimiento de sus deberes.
- » **Violencia física.** Cachetear, rasguñar, morder, asfixiar, golpear con objetos, jalar el pelo, coger a puños y/o patadas, causar quemaduras con cigarrillo u otros objetos que las causen, herir con armas.
- » **Violencia sexual.** Obligar a tener relaciones sexuales por la fuerza mediante amenazas o chantajes; imponer prácticas indeseadas; imponer relaciones que ocasionan daño físico y/o psicológico.



Violencia de proximidad

¿Qué se entiende por violencia de proximidad?

La violencia de proximidad se ubica entre la violencia de género descrita por las normas internacionales y la violencia regularizada explícitamente por las encuestas sociológicas. Se caracteriza por lo siguiente:

- » Vínculo entre violencia interpersonal, simbólica y física, favorecida y estructurada por el contexto.
- » Interrelación entre dominio público, espacio privado y esfera de la imaginación.
- » Violencia radicada en la vida cotidiana y en sus espacios más débiles.
- » Resultado del reconocimiento del otro, por parte de la víctima, dentro de un contexto o una situación.
- » Manipulación de la confianza interpersonal que conduce al abuso de la vulnerabilidad del otro.

El término deriva de *proximus* y se refiere a la forma gramatical de absoluto superlativo que significa “la persona más cercana a otra persona” en un determinado espacio y en un momento determinado (Bartholin, 2013). Se refiere, por consiguiente, a un tipo de relación en el cual los sujetos están recíprocamente unidos por una cercanía que se deriva del compartir una experiencia emotiva (Collins, 2008).

El *proximus* es el otro, como partícipe de una experiencia emotiva provocada en la víctima mediante acciones violentas.

Respecto de la víctima, el agresor se encuentra en una posición asimétrica y perturbadora. Desde este punto de vista, la posibilidad de ejercer violencia de proximidad está subordinada al comportamiento y a las acciones del abusador, que domina a una víctima en condiciones de absoluta vulnerabilidad determinada por la situación..

¿Cómo se presenta la manipulación del otro como sujeto vulnerable y expuesto?

La manipulación de la víctima, como sujeto vulnerable y expuesto, se presenta por medio de:

- » **Confianza manipulada:** cuando el agresor se gana la confianza.
- » **Identificación de más importancia:** reconocimiento del poder/identidad del otro, como agresor.
- » **Resistencia:** ejecución de procesos de resistencia por parte de la víctima.
- » **Resiliencia:** ejecución de procesos de resiliencia por parte de la víctima.

Elementos positivos

Confianza y atención, cuyo significado es la relación entre el acosador y el acosado, como en el caso particular de las mujeres víctimas de explotación sexual. Los sujetos a los que se refiere son en realidad factores de resistencia, que básicamente retardan o impiden la conciencia de una absoluta vulnerabilidad.

¿Por qué es más apropiado hablar de violencia de proximidad?

- » Se trata de un tipo de violencia activada en los sujetos más vulnerables por parte de sus más cercanos, que afecta incluso hasta a la familia de las víctimas.
- » Implica una aceptación inicial voluntaria basada en la confianza del abusador o en el explotador.
- » Produce mecanismos de defensa en la víctima que hacen que el vínculo abusivo operado en su contra (resistencia) sea aceptable o difícil de cortar.
- » Produce mecanismos de resiliencia activa que inducen a aceptar la situación.

Ficha 1.3

Violencia de género, de tránsito y de proximidad en los trayectos migratorios



Género, violencia, conflicto y migración

Existe una fuerte relación entre género, violencia, conflicto y migración, ya que la violencia, en sus diversas manifestaciones (física, sexual, psicológica, estructural o institucional) se convierte en una herramienta de poder, de sumisión y perturbación. En conflictos y en situaciones críticas, el cuerpo femenino, especialmente, se convierte en un “lugar público” (Duden, 1984; Lombardi, 2009). Los refugiados y los que solicitan asilo, la mayoría de las veces escapan de guerras, persecuciones o situaciones de dificultad extrema en sus países de origen, y una gran parte de ellos viven en condiciones de privación, violencia y abusos en los países de tránsito (por ejemplo, Libia).

La violencia de género se puede verificar en un ámbito de conflicto, durante el viaje migratorio, y en los Estados miembro de la Unión Europea que brindan acogida (por ejemplo, en las estructuras hospitalarias y/o de detención).

Con base en hechos de violencia hacia mujeres y jovencitas, la violencia de género se entiende como factor que incluye ataques físicos, sexuales y psicológicos – incluidas las amenazas de estas mismas acciones –, la coerción o la privación arbitraria de la libertad y la extorsión.

La violencia se refiere a acciones que se llevan a cabo en lugares públicos o privados. Puede, por consiguiente, incluir actos violentos por parte de familiares (pareja sexual y por parte de algunos miembros de la familia), así como acoso sexual y otras formas de violencia por parte de otras personas.

Violencia contra mujeres refugiadas o que solicitan asilo.

El cuadro europeo.

Según la Organización Internacional para las Migraciones, OIM, en 2015 un número sin precedentes de personas, familias y menores de edad provenientes de Oriente Medio, África y Asia Central, atravesaron el Mediterráneo y el Egeo en búsqueda de seguridad y protección en Europa. Ese año, más de 3.500 personas murieron ahogadas o desaparecidas durante el trayecto. Entre las muchas debilidades que traen consigo, la salud mental y psicológica, así como los problemas psiquiátricos, se encuentran entre los más importantes y merecen una atención especial. Refugiados y solicitantes de asilo en su mayoría huyen de guerras, de persecuciones y de dificultades extremas en sus países de origen. Muchos de ellos viven privaciones, violencia y maltrato en los países de tránsito, al tener que afrontar viajes excesivamente arriesgados.

La migraciones forzadas deterioran los apoyos familiares, de amistad y comunitarios



de los contextos iniciales, presionando las identidades culturales, religiosas y de género. Los niños, los jóvenes y las mujeres son los más vulnerables y los que más corren riesgos de sufrir violencia, abusos, explotación, intimidaciones y represalias, con consecuencias en su salud física y mental.

Categorías de migrantes vulnerables

Mujeres y niños en peligro, menores de edad no acompañados, mujeres embarazadas, padres con hijos menores de edad, discapacitados, personas que requieren asistencia médica que solo se les puede garantizar con el reasentamiento, personas que demandan un reasentamiento de urgencia por razones de protección jurídica o física, incluidas las víctimas de violencia o tortura.

Clases de vulnerabilidad

Violencia psicofísica, luto o pérdida de familiares, víctimas de conflictos tribales/guerras, abusos sexuales, víctimas de trata de personas, embarazo derivado de violación o estupro, dependencia.

Índices sobre el estado de salud de los migrantes vulnerables

- » **Enfermedades contagiosas:** incidencia superior respecto al promedio del país huésped
- » **Enfermedades transmisibles por vía sexual:** especialmente entre migrantes irregulares y víctimas de violencia
- » **Salud mental:** problemas psicológicos y psiquiátricos entre refugiados y solicitantes de asilo como resultado de torturas, violencia, viajes extremadamente peligrosos
- » **Salud reproductiva:** muchas mujeres se encuentran embarazadas y en la mayor parte de los casos quedaron en embarazo durante el viaje. Por este motivo solicitan un IVG (aborto), pero no siempre es factible. Para resolver problemas de salud reproductiva (embarazo, nacimientos, abortos, contracciones, etc.) es conveniente que los centros de acogida establezcan una cooperación con los consultorios médicos de familia.

Violencia de género (VdG) en los procesos migratorios

Respecto a la violencia de género, l'UNHCR, UNFPA y la WRC (Women Refugees Commission) han manifestado su preocupación por los riesgos y la violencia a la cual se someten las mujeres refugiadas que se encuentran en tránsito hacia Europa. En 2015, l'UNHCR, UNFPA y WRC efectuaron una encuesta sobre los riesgos que corren las mujeres y las niñas en tránsito hacia Europa. Tanto hombres como mujeres están expuestos a riesgos y vulnerabilidades de diverso tipo durante el trayecto migratorio. Las mujeres y los niños son especialmente objeto de discriminación, violencia sexual y de género, y, por consiguiente, necesitan de hospitalidad y de estructuras específicas. Los centros de acogida por lo general están saturados, lo cual conlleva mayor riesgo de violencia, abusos y explotación tanto para las mujeres como para los menores de edad (ACNUR, 2017).

Riesgos durante el trayecto y la acogida. Violencia de tránsito, familiar/doméstica, estructural, institucional y de proximidad

Una reciente evaluación de los riesgos que corren las mujeres y los niños refugiados ha identificado casos de violencia sexual y de género, incluidos matrimonios precoces y forzados, trata de personas, violencia doméstica, abusos sexuales y

Ficha 1.3

físicos tanto en el país de origen como durante el trayecto y en el país de tránsito. Según el informe de UNHCR, UNFPA y WRC, la respuesta a la crisis humanitaria europea es insuficiente y generalmente ineficaz, incapaz de prevenir la violencia y de enfrentar las consecuencias. Además, no existen suficientes datos sobre la actual crisis humanitaria y esto podría alimentar la **percepción de que la violencia contra las mujeres no constituye un factor importante de esta crisis**. En fin, según el informe de UNHCR, UNFPA y WRC, las mujeres y las jóvenes siempre son vulnerables a la violencia de género, incluso en los centros de acogida y en otras estructuras, una vez llegadas a Europa (por ejemplo: policía, funcionarios administrativos, administradores de centros hospitalarios, etc.).

Violencia de tránsito. Muchas mujeres migrantes, cuando son entrevistadas, manifiestan que han sido violadas y obligadas a prostituirse para pagar los documentos del viaje y el mismo viaje, pero por miedo de tener que aplazarlo, niegan que fueron víctimas de violencia y no solicitan asistencia médica. Un número cada vez mayor de hombres y de menores de edad evidencian signos de violencia y de tortura cuando llegan, y manifiestan haber sido maltratados y golpeados incluso antes del inicio del viaje, con la amenaza de no ser llevados al sitio de destino (ACNUR-UNFPA-WRC, 2016).

Violencia familiar o doméstica. Se ha constatado que durante el viaje muchas veces se han creado falsas familias como protección hacia las mujeres, para beneficiarse de las estructuras destinadas a los núcleos familiares; sin embargo, durante la convivencia, estas parejas “explotan”. No obstante, existen familias de verdad, pero al tener que pasar por situaciones muy difíciles en el país que los acoge, también “explotan” por causa del estrés. En ambos casos, el malestar de la familia se puede traducir en abuso físico contra las mujeres y/o los menores de edad.

Violencia estructural. La violencia estructural se refiere a esas situaciones en las que las víctimas (mujeres y hombres) viven situaciones en las cuales la violencia constituye un *modus vivendi*, y que han experimentado desde la infancia situaciones en las que niños y niñas han perdido cualquier tipo de protección y tutela, quedando a merced de los adultos, por lo cual se convierten en herramientas útiles necesarias para llevar a cabo sus negocios. Este tipo de violencia se fundamenta en principios jerárquicos radicados en la comunidad y en las sociedades en las cuales las personas más vulnerables son objeto de explotación y abusos, sin que estos sean reconocidos y definidos como tales.

Violencia institucional. Está representada por todas aquellas formas de violencia derivadas de las leyes, de las prácticas administrativas, de la inconsciencia de los funcionarios que reciben a los migrantes (policía, centros de acogida, servicios sociales, burocracia). Está vinculada a toda forma de discriminación institucional que mantiene a las mujeres en un estado de subordinación desde el punto de vista físico e ideológico. La violencia institucional muchas veces se origina en las reglas severas que no se adaptan a una situación específica e individual.

Violencia de proximidad. Se trata de situaciones colectivas referentes especialmente a los grandes centros de acogida. Pueden tener origen en situaciones banales, como una pelea entre niños. A veces se convierten en acciones de hostigamiento respecto de los vecinos; son formas de violencia que los operadores no logran manejar. Otras situaciones tienen que ver con los adolescentes y los jóvenes: donde hay adolescentes vulnerables o jóvenes,



con frecuencia se presentan episodios de stalking e intimidación hacia ellos. Los migrantes más jóvenes también se ven expuestos a otros riesgos: algunos adultos italianos se presentan ante ellos como “protectores” que prometen ayuda. Al principio les dan dinero o regalos, pero en realidad no son otra cosa que “reclutadores” de jóvenes (hombres o mujeres) para el mercado de la droga y la prostitución o de la microcriminalidad.

El problema está en que estos jóvenes no saben cómo protegerse ni saben en qué o en quién pueden confiar. Los niños muy pequeños muchas veces no se dan cuenta de que estos métodos son abusivos, pero tampoco saben a quién dirigirse; no saben si pueden confiar en el personal del centro de acogida o no.

Fenómeno migratorio y violencia normalizada

Para hablar de uno de los grandes negocios de la historia más reciente de la criminalidad mundial, es fundamental identificar las modalidades de ingreso, los trayectos recorridos, los movimientos migratorios, las rutas, los países de salida y los de tránsito de un número considerable de personas en Italia, especialmente mujeres jóvenes, que han llegado a este país procedentes de países del Este de Europa, de África y, en menor cuantía, de otras áreas geográficas, para ser introducidas en el variado mercado de la prostitución. Cuando se habla de trata de seres humanos se hace referencia a una población específica, en particular nigeriana, constituida por un alto porcentaje de mujeres jóvenes, víctimas en gran medida de este fenómeno, con fines de explotación sexual.

El viaje de las mujeres nigerianas que solicitan asilo en Italia

Italia, como el resto de Europa, representa una de las metas principales para la mayor parte de las mujeres que buscan protección. Según la Organización Internacional para la Inmigración, OIM, “cerca del 80 % de las migrantes nigerianas que llegaron por vía marítima en 2016, son víctimas de trata de personas destinada a la explotación sexual en Italia o en otros países de la Unión Europea”.

De otra parte, la OIM denuncia “el significativo y preocupante aumento de víctimas de trata de adolescentes”. Muchas de estas jóvenes, al momento de desembarcar, y por indicaciones de los traficantes, se declaran mayores de edad. “De este modo, serán ubicadas en estructuras de acogida para adultos, donde les será más fácil contactar a sus traficantes, que irán a sacarlas de allí con más facilidad”.

El comercio de seres humanos está involucrando mujeres de edad cada vez más baja (entre 16 y 19 años). “Son cada vez más jóvenes, apenas escolarizadas, y cada vez más pobres. Se trata, preferencialmente, de muchachas entre los 15 y los 17 años, con una cuota creciente de niñas”. El dinero que ganan las menores debe ser restituido (a la mamam) para pagar la deuda, y toda ruptura sospechosa se compensa o contrarresta con un nuevo contrato.

Figuras, funciones y formas de reclutamiento en el país de origen. Formas de explotación.

La mamam es la mujer que ejerce funciones clave en todas las etapas del ciclo de la explotación sexual. En especial, controla cada aspecto de la cotidianidad de las muchachas, lo que significa que tiene un control absoluto de sus deudas y de su vida. En efecto, es la que decide el destino final en Italia y los posteriores traslados. Decide, además, los lugares, los tiempos y las formas de trabajo en prostitución;

Ficha 1.3

por ejemplo, si tienen que hacer doble turno o si tienen que trabajar solo de día o de noche.

El reclutamiento se lleva a cabo en Benin City (sur de Nigeria), en las áreas rurales y en las localidades más remotas de los estados de Anambra, Delta y Lagos. Parten desde Nigeria con destino a Níger y los estupros inician por lo general en el desierto, al inicio del viaje. Testimonios recogidos revelan que en Níger se lleva a cabo la inducción forzada hacia la prostitución indoor, o sea internas en prostíbulos. En este caso, la explotación sexual forzada siempre se impone a las víctimas, con el fin de que empiecen a pagar a los traficantes la deuda contraída por el viaje. Desde Níger, el viaje de las mujeres prosigue hacia Libia. Un viaje que se convierte en una pesadilla plagada de abusos y de violencia.

Por lo general las encierran en una casa de albergue de donde no pueden salir y adonde llegan los hombres para obligarlas a tener relaciones sexuales o a prostituirse. En Libia, la estadía y la explotación sexual continúa durante meses, en las llamadas connection house, antes de partir a Italia. Allí son sometidas a la prostitución indoor sin ningún tipo de protección; de hecho, algunas quedan embarazadas. (Tomado del informe Save the Children 2015 - Pequeños esclavos invisibles. Las jóvenes víctimas de trata y explotación de personas).

Etapas y tipología de la violencia que sufren los/las migrantes vulnerables durante un trayecto migratorio.

Etapa	Tipología
Durante el conflicto, antes de escapar de sus países de origen	Abusos cometidos por las autoridades; trata de seres humanos; violencia sexual, estupro; secuestro por parte de grupos armados, incluidas las fuerzas de seguridad oficial; estupros en masa; embarazos forzados.
Durante el movimiento migratorio	Agresiones sexuales por parte de bandidos, guardias de fronteras, piratas; secuestro para trata de seres humanos y trata 'moderna' de esclavos.
En el país de asilo	Agresiones sexuales, coerción, extorsiones por parte de personas con poder; abusos sexuales, niños secuestrados llevados a casas de familias que los acogen; violencia doméstica; violencia sexual durante las actividades cotidianas; relaciones sexuales transnacionales a cambio de sobrevivir (prostitución forzada); prácticas tradicionales.
Durante la deportación/repatriación	Regreso/expulsión/repatriación. Abuso sexual de mujeres y niños que fueron separados de sus familias; abusos sexuales por parte de personas con poder; estupro; violencia sexual; expulsión forzada.
Durante el trayecto de reintegración	Abusos sexuales contra refugiados como forma de castigo; relaciones sexuales transnacionales para legitimar la situación; exclusión de procesos decisionales; rechazo o negación del acceso a los recursos, a documentos de identidad, al derecho a recuperar los bienes.



Ficha 1.4

Consecuencias de la violencia



Resistencia y resiliencia

Uno de los principales problemas que gira en torno a la violencia de género es que dificulta la manera de obstaculizarla. Para la gran mayoría de las mujeres entrevistadas, la violencia de proximidad es admitida, tolerada y justificada dentro de una visión tradicional de la pareja o como consecuencia de una dependencia afectiva.

Desde ese punto de vista, el patriarcalismo (Edwards, 1987; García-Moreno, 2006) no representa solo una interpretación de la violencia en lo que concierne a peculiaridad económica, cultural o religiosa de sus protagonistas, sino que encuentra su caracterización epistémica en la violencia de la víctima por parte de un agresor cercano, tanto durante el viaje como en el momento de la explotación por prostitución.

Mecanismos de resistencia de las víctimas que pueden generarse solo mediante relaciones de proximidad

Resistencia de las víctimas

En ámbitos particularmente estresantes, de privaciones o dolorosos, la víctima encuentra una razón o una motivación que justifica en parte la violencia, pero que, además, le permite resistencia. De eso se deriva la posibilidad de una sucesiva narración de hechos violentos que, yendo más allá de la simple dicotomía agresor-víctima, transforma a esta última en una víctima a medias y al agresor en un agresor a medias. El resultado final es el de una narración de efectos contrastantes y de resultados contradictorios que justifican el ejercicio de la violencia.

Mecanismos de resiliencia que pueden generarse solo mediante relaciones de proximidad

Resiliencia de las víctimas

La resiliencia es un elemento dinámico e indica:

- » resistencia a las dificultades
- » capacidad de reconstruirse 'positivamente'

El término proviene de la física y significa "capacidad de un metal de retomar su propia forma después de haber recibido un golpe tan fuerte que le ha provocado la ruptura". En el caso de las víctimas de violencia, se trata de evaluar la resistencia misma al acto de violación y el interés de encontrar elementos positivos dentro de actos de explotación y abuso.

Ficha 1.4

Resiliencia y framing

Goffman explicó cómo todas las formas de interacción recurren al *framing*. El *framing* permite atribuir un significado a las experiencias, enmarcar situaciones cotidianas dándoles con esta operación de “encuadre”, un significado a las interacciones.

El *framing* es un marco dentro del cual los participantes asumen funciones específicas. No se trata de un marco como estructura estática, sino de un *framework* (entorno de trabajo).

El *framework* constituye una verdadera y propia actividad de adaptarse a la realidad. La capacidad de adaptarse a un determinado *framework* no es innata, sino que se adquiere. La dinámica con la cual “tomamos parte” de determinadas experiencias dentro de esquemas específicos interpretativos, definida por Goffman con el término *framework* (Frame Analysis, 1974), se debe interpretar como una forma de resiliencia con la cual las víctimas modulan la percepción misma de la realidad que las contextualiza como víctimas, encontrando elementos positivos de su posición en el mundo.

Naturalización y racialización

Separar el tema de la violencia de proximidad que afecta las representaciones culturales que lo justifican, así como de los procesos de resiliencia y resistencia, significaría apartarlo de cualquier interpretación que la ‘naturaliza’. Esto generaría una especie de **racialización** del migrante (Crenshaw, 1991; Razack, Smith & Thobani, 2011).

De las entrevistas efectuadas a las mujeres migrantes se evidencia cómo generalmente **solo la violencia física se considera como tal**, mientras que las demás formas de maltrato, desde el económico hasta el simbólico que lleva a la explotación sexual dentro de una relación, se perciben, la mayoría de las veces, como comportamientos justificables por parte del hombre, al cual se le atribuye la autoridad con la que se decide el orden dentro de una relación y el uso instrumental de la mujer con la finalidad misma del mantenimiento de la relación.

Resulta evidente cómo la relación se funda en una asimetría, caracterizada por el hecho de que el hombre ejerce una función de superioridad (Romito, 2000), en un contexto de violencia estructural (Farmer, 2003). Allí es donde, de acuerdo con Butler (2016), estas mujeres viven en un contexto de resistencia a “su” violencia, a partir de un proceso de naturalización de la violencia.

Poder regulativo de la violencia

Como consecuencia de la resistencia y resiliencia de la víctima, la relación se transforma en autoinmune y excluye el conflicto.

- » **Autosuficiente.** Cuando la violencia –en formas y modalidades diferentes– se convierte en el elemento mismo que mantiene unida la relación, esta asume características de autosuficiencia; es decir, la violencia “es suficiente” para mantener la relación en pie y hace que dentro del ritual de comportamiento de la pareja involucrada cumpla una función constituyente al punto de permitir que



la relación se mantenga y continúe en pie. Esto es válido tanto en la relación de pareja como en la relación entre adolescentes o jóvenes (cuando se manifiestan dinámicas de violencia de grupo).

- » **Autoimmune.** En cuanto a autoinmunidad, la relación que se basa en la violencia excluye cualquier otra forma de resistencia, convirtiéndose esta última en elemento indispensable para el mantenimiento de la relación. La violencia se convierte así en el fundamento en el cual se basa el dominio de uno sobre el otro, a falta de cualquier otra forma de apego recíproco.
- » **Sustituye el conflicto** que, en su forma ‘domesticada’ de competencia, rivalidad, dialéctica, prevé “la simetría intencional” de los sujetos involucrados a reaccionar con el objetivo de obtener un resultado, o de la puesta en juego, y, al mismo tiempo, “una asimetría de objetivos, de expectativas y de recursos finalizados a la búsqueda de un equilibrio o de un restablecimiento de las partes” [Bartholini, 2012:18].

La violencia es una herramienta de regulación de las relaciones y una fuerza social autónoma con capacidad de dar significado a la realidad.

En su primera definición, la violencia está enfocada en obtener un poder mayor o está dirigida a reequilibrar el poder entre los protagonistas involucrados. La segunda definición se refiere a la posibilidad misma de que la violencia, como elemento estructurante de la relación, involucre a los participantes confiriéndoles una función (víctima-agresor-espectador) y, por consiguiente, una identidad..

Cómo identificar la violencia de proximidad?

Como fenómeno unitario, la violencia de proximidad se identifica a partir de características de:

- » **“durée”**, opuesta a la liquidez de las relaciones y a toda discontinuidad temporal con connotación de relaciones ocasionales; la duración permite ‘fijar’ la identidad de los participantes mediante el ritual de pareja que se reitera en el tiempo;
- » **manipulabilidad del cuerpo**, considerada como un lugar concreto en el cual se ejerce la potencia del agresor, negando así toda libertad individual de la víctima;
- » **opresividad relacional y recíproca**, referencia de los protagonistas involucrados como condición emocional necesaria a la fijación misma del ritual situacional, opuesto a la libertad de ser y de elegir y a la misma posibilidad de renovar/hacer progresar la relación.

Cuándo explota la relación violenta?

La respuesta a esta pregunta, importantísima para que la performance se concluya a la mayor brevedad posible, depende de la resistencia de la transacción complementaria o de su transformación en transacción cruzada. Esa situación puede suceder solo cuando el framework sobre el cual se inserta agota su capacidad de satisfacer las exigencias de las funciones de todos los participantes interesados, o cuando la performance de cada uno ya no satisface las necesidades del espectáculo, cuando el protagonista ya no está en sintonía con el coprotagonista o ya no satisface las exigencias del público. Y, la última, pero primordial posibilidad, cuando el **testigo**,

Ficha 1.4

observador dentro o fuera de un centro para solicitud de asilo, *se convierte en el salvador*.

Elementos indicativos de las etapas de violencia

Etapas 1

Etapas de la sugestión justificada por el amor del compañero.

Qué permite justificar la relación violenta en sus inicios?

- » quale immaginario;
- » quali aspettative;
- » quali nodi (relazioni con altre donne? aspettative di contesto?)
- » Imaginario
- » Expectativas
- » Cuestiones (relaciones con otras mujeres?, expectativas de contexto?)

Etapas 2

Etapas de la estabilización de la violencia de proximidad.

Qué permite justificar la relación violenta en su estabilización?

- » Temores que vinculan a la víctima con su compañero (temor al vacío?, de lo que viene después?)
- » Apuestas de la víctima consigo misma
- » Relaciones cruzadas con el compañero (se evidencian?)

Etapas 3

Etapas de la interrupción de la relación violenta

- » Papel del espectador/asistente social - Escenario abierto.



Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h

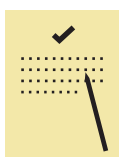


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

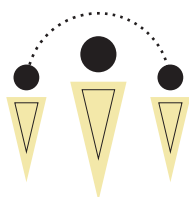
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

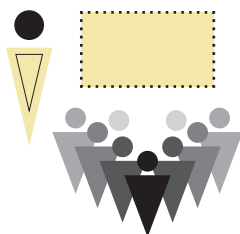


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar

Exposición

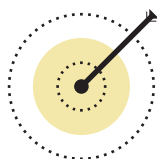
40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Ede

Ede, 16 años, es nigeriana y está en Italia desde hace más de un año. La trajo una madame que le hizo prometer que pagaría la deuda del viaje. Cuando llegó a Italia, la madame llevó a Ede a su casa y dos semanas después comenzó a trabajar como prostituta en Sicilia. Mientras tanto, la joven vuelve a tener comunicación con su madre, pero cuando la madame se entera, le inflige fuertes castigos que incluyen violencia física. A pesar de eso, Ede continúa comunicándose con su madre, que la pone en contacto con su hermanastro. Este último, una vez se entera de las condiciones en que se encuentra su hermana, la visita en Sicilia y la convence de denunciar a la madame. Ede se va con su hermano para el norte, pero por ser menor de edad y al no tener su hermano los medios económicos para mantenerla, los Servicios Sociales se hacen cargo de ella. Aquí surge un nuevo problema: los servicios municipales la entregan en custodia a una familia musulmana de Senegal, que a su manera trata de protegerla. La joven manifiesta que no se encuentra bien con la familia que la acogió y expresa su deseo de regresar con la madame. Ante esta solicitud, los Servicios Sociales le encuentran una nueva familia y la someten a un tratamiento psicológico. En la primera cita, Ede manifiesta haber olvidado las experiencias negativas que tuvo durante el viaje a Italia y durante el tiempo que trabajó como prostituta. También le manifiesta a la psicóloga que se siente triste cuando está sola y que el motivo de su fuga fue su familia. Sostiene: “Quiero pagarle la deuda a la madame porque ella me trajo a Italia y fue mi familia la que me hizo daño, no ella. Mi padre era un hombre malo. Él y mis hermanastros me trataron peor de como se trata a las personas en Libia. Mi problema son ellos, a excepción de mi madre”.



5h



Derechos humanos, derechos de los migrantes en la legislación internacional, europea y nacional

por *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

Este módulo nos introduce en la normativa internacional y europea en materia de derechos humanos, y se propone analizar la eficacia de las normas que en los ámbitos europeo y nacional promueven estos derechos, con especial énfasis en la acogida y la tutela de los migrantes y de quienes solicitan asilo. Se les da especial atención a aquellos instrumentos encaminados a responder las necesidades de personas vulnerables, como las mujeres migrantes, víctimas de violencia de género y de proximidad, víctimas de la trata de personas, miembros de la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales).

Ficha 2.1

Derecho internacional y normativa comunitaria



Reconocimiento de los derechos humanos en Europa

5 de mayo de 1949: fundación del Consejo Europeo mediante el Tratado de Londres, con la finalidad de promover los derechos humanos.

4 de noviembre de 1950: los estados europeos, excepto Turquía, firman en Roma el Convenio de Protección de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales, más conocido como Convención Europea de Derechos Humanos, el cual representa el primer instrumento jurídico internacional que garantiza la protección de los derechos del hombre.

1º de noviembre de 1998: se instituye en Estrasburgo la nueva Corte Europea de los Derechos del Hombre en el ámbito del protocolo No. 11 del Convenio Europeo de los Derechos del Hombre.

Misión:

- » Defender los derechos humanos, la democracia pluralista y el estado de derecho;
- » Facilitar la toma de conciencia y la valorización de la identidad y de las diferencias culturales en Europa;
- » Encontrar soluciones comunes a los problemas de nuestra sociedad;
- » Consolidar la estabilidad económica en Europa, facilitando las reformas políticas, legislativas y constitucionales.

Protección internacional

Estatus de refugiado en Europa

(art. 1A Convenio de Ginebra)

Es refugiado todo aquel que, “temiendo con fundamento ser perseguido por motivos de raza, religión o nacionalidad, o por pertenecer a un determinado grupo social, o por sus criterios políticos, se encuentra fuera del país del cual es ciudadano y no puede o no desea, por causa de ese temor, acudir a la protección de ese país; o bien porque, no teniendo ciudadanía, y encontrándose fuera del país en el cual tenía su residencia habitual, después de esas circunstancias, no puede o no desea regresar por el temor antes referido.



PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Estatu de refugiado	Art. 1, Convenio de Ginebra de 1951 Directiva 2011/95/UE
Protección subsidiaria	Directiva 2011/95/UE
Otros tipos de protección	Disposiciones nacionales

TIPOLOGÍA DE BENEFICIARIOS

Estatu de refugiado	Ciudadano de tercer país o apátrida que demuestra reunir los requisitos para ser reconocido como refugiado.
Protección subsidiaria	Ciudadano de tercer país o apátrida que no posee los requisitos para ser reconocido como refugiado, pero que si tuviera que regresar a su país de origen correría el riesgo efectivo de sufrir un daño grave.
Otros tipos de protección	Ciudadano de tercer país o apátrida al que no se le puede reconocer la protección internacional, pero respecto del cual se considera que subsisten graves motivos de carácter humanitario.

Noción de grupo social en el derecho de la UE (art. 10, Directiva

2011/95)

Se considera que un grupo constituye un particular equipo social especialmente cuando:

- » Sus miembros comparten una característica innata o una historia común que no puede ser cambiada, o comparten una característica o una fe que es fundamental para su identidad o conciencia, a las cuales una persona no debería ser obligada a renunciar,
- » El grupo tiene una identidad distinta en el país del cual se trata, porque es percibido como diferente por la sociedad que lo rodea.

Orientación sexual e identidad de género

De acuerdo con las circunstancias en el país de origen, un grupo social en particular puede incluir otra agrupación fundada en la característica común de la orientación sexual. La interpretación del término “orientación sexual” no incluye actos penalmente relevantes conforme al derecho interno de los Estados miembro. A efectos de determinar si pertenecen a un determinado grupo social o de la

Ficha 2.1

identificación de las características propias del grupo, se deben tener en cuenta las consideraciones de género, incluida la “identidad de género”.

Noción de persecución

Según al art. 1A del Convenio de Ginebra, se consideran actos de persecución los hechos que:

- a. por su naturaleza o frecuencia son suficientemente graves de representar una violación seria de los derechos humanos fundamentales, en especial de los derechos por los cuales cualquier derogación se excluye de conformidad con el art. 15, inciso 2, de la Convención Europea de Derechos Humanos;
- b. Constituyen la suma de diversas medidas, incluidas las violaciones de los derechos humanos, cuyo impacto sea suficientemente grave para ejercer sobre la persona un efecto similar al que se refiere el literal a).

Son actos de persecución:

- a. acciones de violencia física o psíquica, incluida la violencia sexual;
- b. medidas legislativas, administrativas, de policía y/o judiciales, discriminatorias por su misma naturaleza o aplicadas de manera discriminatoria;
- c. acciones judiciales o sanciones penales desproporcionadas o discriminatorias;
- d. impedir el acceso a los medios de recurso jurídico y consecuentes sanciones desproporcionadas o discriminatorias;
- e. acciones judiciales o sanciones penales como consecuencia del rechazo de prestar servicio militar en un conflicto;
- f. actos dirigidos específicamente contra determinado género o contra la infancia.

Actos de persecución en solicitudes de protección en relación con la violencia de proximidad:

- » estupro y violaciones sexuales, especialmente en situaciones de detención y en el Ejército
- » matrimonios forzados
- » tratamientos correctivos
- » tratamientos médicos o experimentos científicos sin consentimiento
- » discriminación en el acceso a bienes y servicios esenciales
- » violación del derecho de reunión y libertad de expresión
- » marginación social

Solicitantes de asilo (LGBTI)

En el contexto de la violencia de género, asume particular importancia la que tiene como raíz la homotransfobia. Las personas LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales) por lo general son víctimas en sus países de origen de actos de discriminación o persecutorios, incluida la **violencia física y psicológica**, pero muchas veces las relaciones entre personas del mismo sexo son **penalmente sancionadas**, incluso con la pena de muerte.



Para las personas transgénero, el rechazo o la imposibilidad de acceder en su país de origen a tratamientos de apoyo del proceso de transición, que van desde terapias hormonales hasta intervenciones quirúrgicas, representa una forma de **violencia psicológica en cuanto a negación de la identidad de género**.

Personas intersexuales podrían haber sufrido en su país de origen tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con finalidades de “normalización” o ajuste forzado de género.

En materia de derechos humanos, los principales tratados internacionales no reconocen explícitamente un derecho a la igualdad con base en la orientación sexual y/o la identidad de género, pero la base de la protección está en el derecho internacional humanitario. Un análisis adecuado para evaluar si un solicitante LGBTI es un refugiado de conformidad con el Convenio de 1951, debe partir de la premisa de que los solicitantes tienen derecho a **vivir en la sociedad por lo que son** y no tienen por qué esconder **su identidad**.

Principios de Yogyakarta

Fueron adoptados en el año 2007 por un grupo de expertos en materia de derechos humanos. Y aunque no son vinculantes, reflejan principios consolidados por el derecho internacional.

Establecen el marco de protección de los derechos humanos aplicables en relación con la orientación sexual y/o la identidad de género, y consagran el derecho a solicitar y servirse de la protección internacional de la persecución perpetrada por motivos vinculados a la orientación sexual o a la identidad de género.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Protección Internacional

Una vez entrado en vigor el Tratado de Lisboa, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea adquirió el mismo valor jurídico de los tratados.

Por tanto, debe considerarse como una fuente de orden primario que no puede ir en contra de los instrumentos de derecho secundario (como los Reglamentos o las Directivas).

La Carta (art. 51) obliga a las instituciones y a los organismos de la Unión, además de los Estados miembro (cuando estos aplican la legislación de la Unión), a respetar esos derechos, observar sus principios y promover su aplicación.

Con fines de la protección internacional, se observa en particular::

Art. 4 Prohibición de la tortura y de sanciones o tratamientos inhumanos o denigrantes): “Nadie puede ser sometido a tortura ni a sanciones o tratamientos inhumanos o degradantes”. (Redacción idéntica al art. 3 del CEDU);

Art. 18 Derecho de asilo): “El derecho de asilo está garantizado en el respeto por las normas establecidas en el Convenio de Ginebra del 28 de julio de 1951 y por el Protocolo del 31 de enero de 1967, referentes al estatus de los refugiados, y de conformidad con el tratado que instituyó la Comunidad Europea”;

Art. 19 · (Protección en casos de alejamiento, expulsión o extradición):

Ficha 2.1

“Las expulsiones colectivas están prohibidas. Nadie puede ser alejado, expulsado o extraditado a un Estado en el cual existe un riesgo serio de ser sometido a la pena de muerte, a la tortura o a otras penas o tratamientos inhumanos o degradantes”.

Tortura y tratamientos inhumanos y denigrantes

Art. 3 del CEDU: *“Nadie puede ser sometido a tortura ni a penas inhumanas y degradantes”*

El art. 3 no contiene la declaración específica de las acciones y/o comportamientos que constituyen tratamientos inhumanos y denigrantes que se identifican con el trabajo de interpretación de la jurisprudencia de la Corte

La diferencia entre tortura, trato inhumano y trato degradante se establece en cada caso, según la gravedad del sufrimiento infligido: la tortura es una forma particular de maltrato (inhumano y denigrante) que provoca padecimientos graves y crueles. En cualquier caso, se trata de una distinción no cristalizada del todo

Art. 1 Convenio de la ONU contra la tortura y otras penas o tratamientos crueles, inhumanos y denigrantes del 10.12.1984.

El término “tortura” designa cualquier acción mediante la cual se inflige a una persona dolor o sufrimiento agudo, tanto físico como psicológico, concretamente con el propósito de obtener de esta o de una tercera persona, informaciones o confesiones; de castigarla por una acción que ella o una tercera persona cometió o se sospecha que haya cometido; de intimidar o presionar, a ella o a una tercera persona; o por cualquier otro motivo basado en cualquier forma de discriminación, cuando dicho dolor o sufrimiento sean infligidos por un funcionario público o por cualquier otra persona que actúe a título oficial, o bajo su influencia, o con su consentimiento expreso o tácito. El término no se extiende al dolor o al sufrimiento derivados únicamente de sanciones legítimas, inherentes a ellos o provocadas por ellos.

Elementos de la definición:

1. La conducta que tiene lugar en la imposición intencional de dolor y sufrimiento cruel, tanto física como mental.
2. Las finalidades por las cuales se aplica la tortura. La tortura moderna difiere de otras formas de violencia por el hecho de ser siempre intencional y porque es fruto del deseo del torturador o de quien lo autoriza. La práctica forma parte de un programa planificado con un objetivo preciso. Nunca es un acto casual o extemporáneo y se caracteriza por la gravedad e intensidad del sufrimiento.
3. Implicación del aparato estatal, así sea en la simple forma de la tolerancia.
4. Exclusión de las ‘lawful sanctions’, por lo cual no pueden ser considerados como tortura los dolores y los sufrimientos ocasionados por sanciones legítimas.

Las definiciones de tortura contenidas en las disposiciones jurídicas internacionales tienen la limitación de acoger solo algunos aspectos de los propósitos de la tortura en el mundo contemporáneo, cuya finalidad es “destruir las creencias y las



convicciones de la víctima, para privarla de la estructura identitaria que la define como persona” (Vinar, 1989).

El torturador siempre tiene como objetivo “atacar individuos particulares con el propósito de impedir que un grupo entero, por más determinado que esté, manifieste su particular modo de existir, de cultivar sus ideales, sus creencias y sus valores; así mismo, para tratar de privarlo de las funciones que le permiten su reproducción social y cultural”.

DIRECTIVAS EUROPEAS

Directivas de acogida

Directiva 2003/9/CE - Normas mínimas para acoger a los solicitantes de asilo.

Directiva 2013/33/UE - Normas para acoger a los solicitantes de protección internacional.

Directivas de calificación

Directiva 2004/83/CE - Normas mínimas para atribuir la condición de refugiado/protección subsidiaria.

Directiva 2011/95/UE - Revisión de la Directiva de calificación.

Directivas de procedimiento

Directiva 2005/85/CE - Normas mínimas sobre los procedimientos aplicados para obtener el reconocimiento y la revocación de la condición de refugiado.

Directiva 2013/32/UE - Procedimientos comunes para lograr el reconocimiento y la revocación de la condición de protección internacional (revisión Directiva de procedimiento).

Gestión de los movimientos migratorios: Sistema Europeo Común de Asilo (SECA)

El SECA establece normas mínimas para el tratamiento de los solicitantes de asilo y de las solicitudes de asilo en la Unión Europea.

Según la actual normativa, los solicitantes de asilo no reciben el mismo tratamiento en toda la UE y el porcentaje de decisiones positivas en materia de asilo varía notablemente.

Como resultado, los solicitantes de asilo viajan por toda Europa y presentan solicitudes de asilo en los países que consideran tienen mayores posibilidades de recibir protección internacional.

Directrices de la Comisión Europea frente a la emergencia humanitaria que en los últimos años ha incrementado los procesos migratorios hacia Europa

El Consejo Europeo estudia siete propuestas legislativas¹ presentadas por la Comisión Europea para mejorar la normativa en materia de asilo, para:

- » Hacer que el sistema sea más eficaz y más resistente a la presión migratoria.
- » Eliminar los factores de atracción y los movimientos secundarios.

Ficha 2.1

- » Luchar contra los abusos y suministrar un apoyo más eficaz a los Estados miembros más afectados.

Propuestas legislativas presentadas por la Comisión Europea

La Comisión Europea ha presentado siete propuestas legislativas dirigidas a:

1. Reformar el Sistema de Dublín a fin de repartir mejor las solicitudes de asilo entre los estados miembros y garantizar su tratamiento oportuno.
2. Reforzar el Reglamento Eurodac con el propósito de mejorar el banco de datos de huellas digitales para los solicitantes de asilo en la UE.
3. Establecer una agencia de la UE para el asilo completo.
4. Reemplazar la directiva sobre los procedimientos de asilo por un reglamento que armonice los procedimientos de la UE y que reduzca las diferencias entre los niveles de reconocimiento en los diferentes Estados.
5. Sustituir la directiva de calificación por un reglamento que armonice los niveles de protección y los derechos del solicitante de asilo
6. Reformar las directivas sobre las condiciones de la acogida a fin de garantizar que los solicitantes de asilo se beneficien de unas normas de acogida dignas.
7. Crear un marco permanente en la UE para el reasentamiento.

El proyecto de normas se está estudiando en el Consejo.

Actualización del banco de datos de huellas digitales de la UE

El banco de datos Eurodac contiene las huellas digitales de todos los migrantes irregulares y de los solicitantes de asilo registrados en los Estados miembros de la UE y en los países asociados.

Esta base de datos, que contribuye con la implementación del Reglamento de Dublín, permite:

- » Verificar si un solicitante presentó anteriormente solicitud de asilo en otro Estado miembro.
- » Controlar si un solicitante fue arrestado al ingresar ilegalmente en territorio europeo.
- » Establecer los Estados miembros que son competentes para examinar una solicitud de asilo.

Actualmente está en proyecto la reforma del Reglamento Eurodac para mejorar el sistema mediante la recopilación de otros datos (por ejemplo, imágenes del rostro), ampliando su ámbito de aplicación (incluye datos referentes a los ciudadanos de terceros países que están ilegalmente en la UE y que no han solicitado asilo), lo cual facilita el acceso de las autoridades de policía.



Ficha 2.2

Violencia de género y protección internacional

20'



Convenio de Ginebra

El Convenio de Ginebra de 1951 no considera expresamente el “género” entre los motivos de persecución, pero sí constituye un principio reconocido que la definición de refugiado tenga que tener en consideración de los posibles aspectos relativos al género.

La interpretación del **art. 1 del Convenio de Ginebra** tiende a reconducir casos de persecución vinculados a una cuestión de género, bajo la motivación convencional de la pertenencia a un **determinado grupo social**.

Se considera que una agrupación de personas constituye un grupo social:

- » Cuando se comparte una característica común innata (sexo, casta o edad), una historia común inmodificable (haber formado parte de una asociación o de una carrera profesional) o una característica fundamental de su conciencia e identidad (orientación sexual o identidad de género).
- » Los miembros del grupo comparten una característica que los hace reconocibles y los caracteriza del resto de la sociedad, que identifica su diferencia.
- » “Se deduce, por consiguiente, que el género puede ser considerado como una categoría que identifica a un grupo social, constituyendo las mujeres un claro ejemplo de un subgrupo social definido por características innatas e inmutables, que generalmente se han tratado de manera diferente respecto a los hombres”. (Linee Guide UNHCR, p. 4).

Convenio de Estambul de 2011

El Convenio del Consejo Europeo sobre la prevención y lucha contra la violencia hacia las mujeres y la violencia de proximidad (conocida como Convenio de Estambul de 2011), mencionó por primera vez la persecución de género:

el art. 60 compromete a los Estados signatarios a garantizar que la violencia contra las mujeres basada en el género pueda reconocerse como una forma de persecución, con el propósito de reconocer el estado de refugiado, y que en los procedimientos de estudio de la solicitud de protección internacional se adopte una interpretación sensible al género, como igualmente sensibles y adecuados al género deben ser los sistemas de acogida y los servicios de apoyo para refugiados y solicitantes de asilo;

el art. 61 compromete a los Estados signatarios a adoptar todas las medidas legislativas necesarias para que sea respetado taxativamente el principio de no rechazo a las mujeres víctimas de violencia, que en caso de repatriación podrían estar expuestas al riesgo de tortura o tratamientos inhumanos y degradantes.

Ficha 2.2

En otras palabras:

- » Las persecuciones vinculadas al género derivan de desequilibrios de poder y de posición entre las personas de género diferente, en relaciones de subordinación que hacen que la violencia sea perpetrada y/o tolerada, incluso dentro de la familia.
- » La violencia doméstica y la violencia sexual, así como otras formas de persecución relacionadas con el género, se redireccionan a la protección internacional, aun si no son activadas por agentes estatales, cuando el Estado de origen no pueda o no quiera suministrar adecuada protección.
- » Internacionalmente se reconoce que el estupro y otras formas de violencia sexual graves, cuando se cometen en un contexto de conflicto armado, son parte de los crímenes de guerra y constituyen una grave violación de los derechos humanos.
- » Todas las formas de mutilación genital femenina (FGM/MGF) constituyen una forma de tortura y trato inhumano y degradante, y violan una serie de derechos humanos de las jóvenes y de las mujeres, como la no discriminación, la protección contra la violencia física y mental, la implementación de mejores estándares sanitarios e incluso el derecho a la vida.

Art. 3 Convenio de Estambul. Definición.

Para efectos del presente Convenio:

- a. La expresión “violencia contra la mujer” significa designar una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra el género, que incluye todos los actos de violencia que causen o puedan causar daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas amenazas de llevar a cabo estos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.
- b. El término “violencia doméstica” abarca todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se presentan en una familia o dentro del núcleo familiar, o entre actuales o anteriores cónyuges o parejas, independientemente de si el autor de estos actos comparte o haya compartido la misma residencia con la víctima.
- c. Con el término “género” se hace referencia a categorías, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente, que una determinada sociedad considera apropiados para mujeres y hombres.
- d. La expresión “violencia contra las mujeres basada en el género” determina cualquier tipo de violencia directa contra una mujer o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada.
- e. Por “víctima” se entiende cualquier persona que sufre los actos o comportamientos a los que se refieren los literales a) y b).
- f. El término “mujeres” se extiende también a las jóvenes menores de 18 años.



Ficha 2.3

Trata de personas y protección internacional

25' + pausa 15'
pausa al final de la ficha



Convenios internacionales y europeos. Directivas europeas

- » Protocolo adicional al Convenio de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada internacional, para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres y niños. Año 2000 (Protocolo de Palermo).
- » Convenio del Consejo Europeo N° 197 sobre la trata de seres humanos, aprobado en Varsovia el 16-05-2005.
- » Directiva 2004/81/CE sobre el título de residencia que se expedirá a los ciudadanos de países terceros víctimas de trata de personas o involucrados en acciones que favorecen la inmigración ilegal, que cooperen con las autoridades competentes.
- » Directiva 2011/36/UE concerniente a la prevención y represión de la trata de personas y protección de las víctimas.

Definición y nociones

Tráfico ilícito de migrantes / Trata de personas

El *tráfico de migrantes* consiste en la facilitación organizada de la inmigración irregular, mientras que la *trata* de personas tiene como fin la explotación posterior de las personas objeto de tráfico.
(Protocolo de Palermo)

Trata de personas

La Directiva 2011/36/UE define la trata de personas como “**el reclutamiento, transporte, desplazamiento, alojamiento o acogida de personas**, incluido el traspaso o la transferencia de la autoridad sobre estas personas, mediante amenazas del uso de la fuerza o con el uso de ella o de **otras formas de coerción**, como el secuestro, el engaño, la estafa, el abuso de poder o por la posición de vulnerabilidad, así como por el ofrecimiento o la aceptación de sumas de dinero, de ventajas para obtener el consentimiento de una persona sobre otra, con finalidades de explotación”. (art. 2).

- » Se entiende por posición de vulnerabilidad una situación en la cual la persona en cuestión no tiene otra posibilidad efectiva y aceptable que ceder al abuso del cual es víctima (art. 2, co. 2).
- » La explotación comprende: prostitución ajena u otras formas de explotación sexual; trabajo o servicios forzados, mendicidad, esclavitud o prácticas similares a ella; servidumbre; explotación de actividades ilícitas o la extracción de órganos (matrimonios forzados, adopciones internacionales ilegales).
- » La trata de personas constituye una de las formas más evidentes y dramáticas

Ficha 2.3

de violación de derechos humanos.

- » El consentimiento de la víctima a la explotación es irrelevante en los casos en los cuales se utilizan medios coercitivos indicados y el reclutamiento, transporte y desplazamiento.
- » Cualquier conducta referente a la trata de personas, en caso de que se involucre a un menor de edad, se sanciona como trata de personas, incluso en ausencia del uso de un medio coercitivo.
- » A las víctimas de trata de personas debe garantizárseles medidas específicas de asistencia y apoyo, independientemente de su disposición a colaborar con la autoridad judicial, incluso durante el “periodo de reflexión”.

Puede la víctima de trata de personas obtener el reconocimiento de protección internacional?

Normativa en materia de trata de personas y llamados a la protección internacional:

Artículo 14 Protocolo de Palermo del año 2000: “Nada de lo dispuesto en el presente protocolo afectará los derechos, las obligaciones y las responsabilidades de los Estados y los individuos, de conformidad con el derecho internacional, incluidos el derecho internacional humanitario y la normativa internacional de derechos humanos, en particular en los casos en que sea aplicable *el Convenio de 1951 y el Protocolo de 1967, referentes a la condición de refugiados y al principio de no repatriación (non-refoulement)*”

Artículo 40.4 Convenio del Consejo Europeo sobre la lucha contra la trata de personas (abierto a la firma el 16-05-2005 y entrada en vigor el 01-02-2008): “Nada de lo dispuesto en el presente protocolo afectará los derechos, las obligaciones y las responsabilidades de los Estados y los individuos, de conformidad con el derecho internacional, incluidos el derecho internacional humanitario y la normativa internacional de derechos humanos, en particular en los casos en que sea aplicable *el Convenio de 1951 y el Protocolo de 1967 referentes a la condición de refugiados y al principio de no repatriación (non-refoulement) allí establecido*”.

Il par. 377 del Rapporto esplicativo che accompagna la Convenzione del Consiglio d'Europa, in relazione all'articolo 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 equa ed efficienti procedure d'asilo. Le parti dovranno inoltre intraprendere tutte le misure necessarie ad assicurare il pieno rispetto del principio di non-refoulement"

Normativas en materia de protección internacional y llamados a la trata de personas:

Directiva 2011/95/UE (visión Directiva de calificación)

“En la ejecución de la presente directiva, los Estados miembros tienen en cuenta la particular situación de personas vulnerables, como [...] las víctimas de la trata de personas”.

**Directiva 2013/33/UE** (revisión Directiva de acogida)

“En las disposiciones nacionales de aplicación de la presente directiva, los Estados miembros tienen en cuenta la particular situación de personas vulnerables, como [...] las víctimas de la trata de personas”..

Aplicación de elementos constitutivos de la definición de refugiado a la víctima de trata de personas

“Inherente a la experiencia de trata de personas, son formas graves de explotación: secuestro, detención, estupro, esclavitud sexual, prostitución forzada, trabajo forzado, extracción de órganos, golpes, reducción al hambre, negación de servicios médicos. Estos actos representan graves violaciones de los derechos humanos que por lo general constituyen persecución”.

Además de la persecución sufrida durante su experiencia de trata de personas, también podrían ser objeto de represalias y/o de posibles nuevas experiencias de trata de personas si fuesen devueltas al territorio de donde escaparon o donde fueron víctimas de trata de personas” (ACNUR, Líneas guía Trata-asilo).

Ejemplos de reconocimiento de la condición de refugiado en Europa, a víctimas de violencia y de trata de personas.

Comité de Apelaciones de Grecia: “En conclusión, respecto a la persecución, el Comité ha considerado la subordinación al trabajo forzado, la totalidad de los efectos que las diversas formas de discriminación podrían hacer intolerable la vida de la solicitante en el país de origen, además de haberse considerado también el género de la solicitante. Los elementos mencionados permiten considerar a la solicitante como miembro de un grupo social, “el de las mujeres solas en Etiopía”.

Corte Nacional para el Derecho de Asilo Francés: “Las víctimas de trata de personas pueden ser consideradas como miembros de un grupo social por causa de la característica común e inmutable de haber sido víctimas de trata de personas. [...] Teniendo en cuenta que la trata de personas [...] constituye una persecución de conformidad con el artículo 1 A 2 del Convenio de Ginebra” [Trad. lit.].

Disposición del Tribunal de Messina: “El perfil de las mujeres objeto de tráfico de personas es heterogéneo y cambia con el tiempo. Si bien es cierto que es imposible trazar un perfil específico, las fuentes consultadas identifican algunos rasgos en común [...] a causa del acceso limitado a la educación, al trabajo o a la protección contra la violencia, no estaban en capacidad de mantenerse y eran vulnerables a los ofrecimientos de ayuda hechos por los traficantes. En general, las mujeres objeto de tráfico de personas provienen de familias numerosas, se encuentran en precaria situación económica [...] la RA1, ya como mujer, pertenece sin duda a un grupo social más vulnerable respecto a los mencionados actos persecutorios, pero esa vulnerabilidad resulta posteriormente ampliada por el cuadro normativo e institucional nigeriano, que no obstante prevé formas de tutela a favor de la víctima de trata de personas. Se considera que estas medidas, teniendo en cuenta la incidencia y la propagación del fenómeno en el país, no pueden ser garantizadas con certeza y eficacia para evitar el riesgo representado”. fenomeno nel Paese, non possono essere assicurate con certezza ed efficacia tali da scongiurare il rischio rappresentato”.

Ficha 2.4

La normativa nacional



En esta sección se tratan contextos y situaciones referentes al país miembro donde se lleva a cabo la educación, con especial atención a los siguientes argumentos:

- » Acogida y aplicación:
 - de convenios internacionales/europeos, directivas y normativas europeas en materia de derechos humanos fundamentales.
 - de las normativas y directivas europeas en materia de asilo, protección internacional de las víctimas de violencia de género, víctimas de trata de personas, entre las cuales también están los menores extranjeros (comprendidos los menores extranjeros no acompañados).
- » Procedimientos para la adquisición de la condición de refugiado, protección subsidiaria y otras formas de permisos de residencia.
- » Sistema de acogida y protección de los refugiados y solicitantes de asilo, protección de las víctimas de violencia de género, de trata de personas y de los menores extranjeros (comprendidos los menores extranjeros no acompañados).
- » Mecanismos para garantizar asistencia a las víctimas de violencia de género y de trata de personas, introducidas en las normativas penales –conciernen el contraste al crimen y la protección de las víctimas en el contexto de las investigaciones– y en las normas en materia de inmigración.



Ficha 2.5

Información/asistencia a los refugiados, solicitantes de asilo y víctimas.

40'



En esta sección se hará referencia a los contextos y a las situaciones que se refieren al país miembro donde se lleva a cabo la educación, suministrando indicaciones sobre:

- » Cuáles son las instituciones y los entes públicos interesados en el sistema de acogida de migrantes, de protección de refugiados y de solicitantes de asilo; así mismo, de protección y asistencia a las víctimas de tortura, violencia de género (en sus diferentes tipologías), especificando cuáles son las funciones y las obligaciones respecto a los sujetos solicitantes de asilo y/o protección.
- » Cuáles son los entes locales y las asociaciones privadas/sociales interesadas en el sistema de acogida de los migrantes, de protección de los refugiados y solicitantes de asilo; así mismo, de protección y asistencia a las víctimas de tortura, violencia de género (en las diferentes tipologías), especificando cuáles son las funciones y las obligaciones respecto a los sujetos solicitantes de asilo y/o protección.
- » Cuáles son los servicios y los sujetos respecto de los cuales el operador en contacto con la potencial víctima puede dar orientación a esta última, especificando las diferentes tipologías de prestación y asistencia suministrada.

Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h

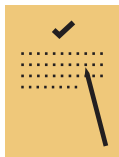


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

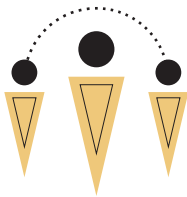
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

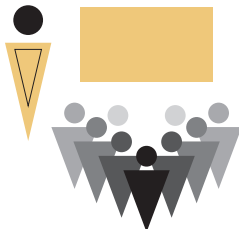


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar

Exposición

40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'

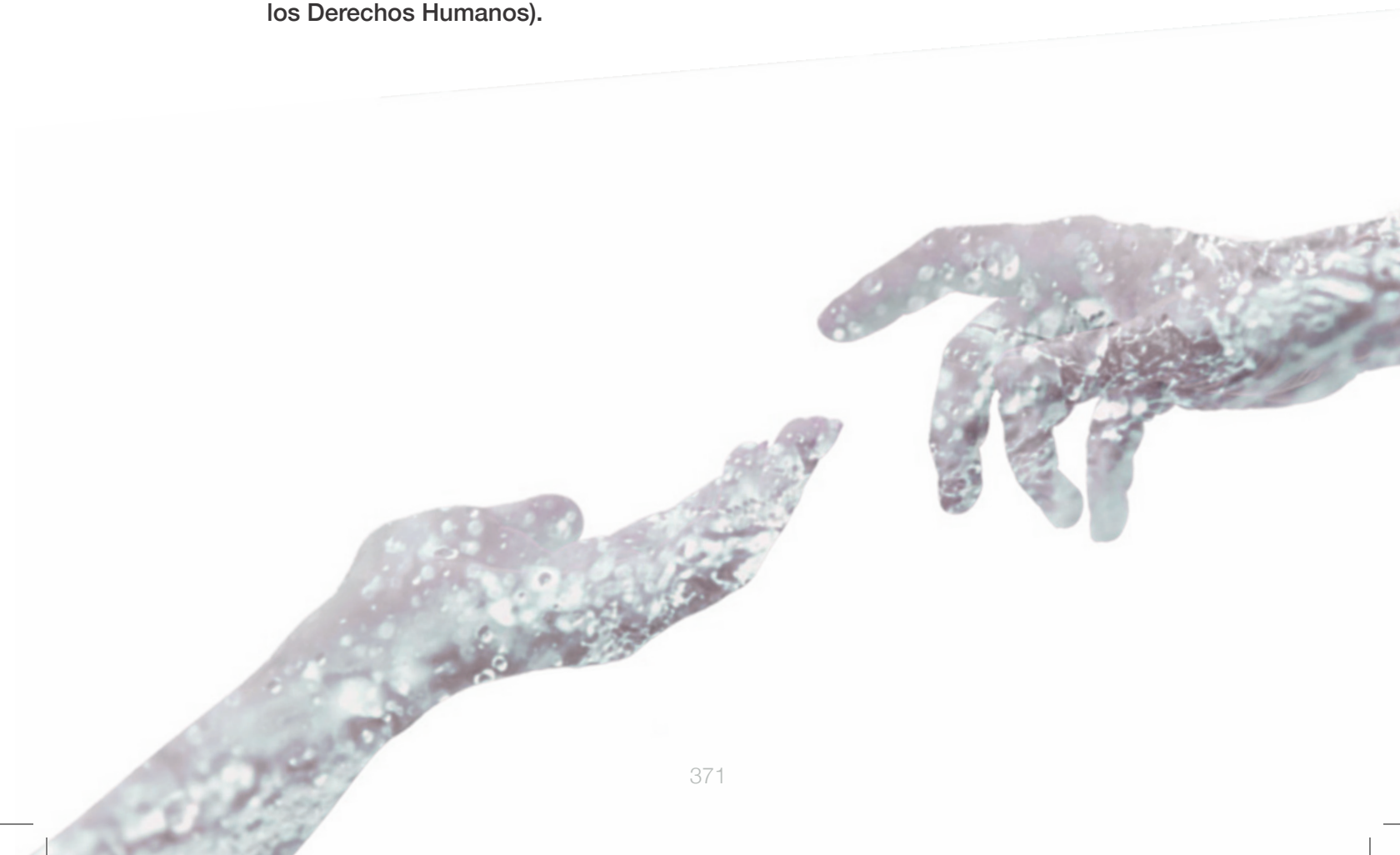


El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



El Caso

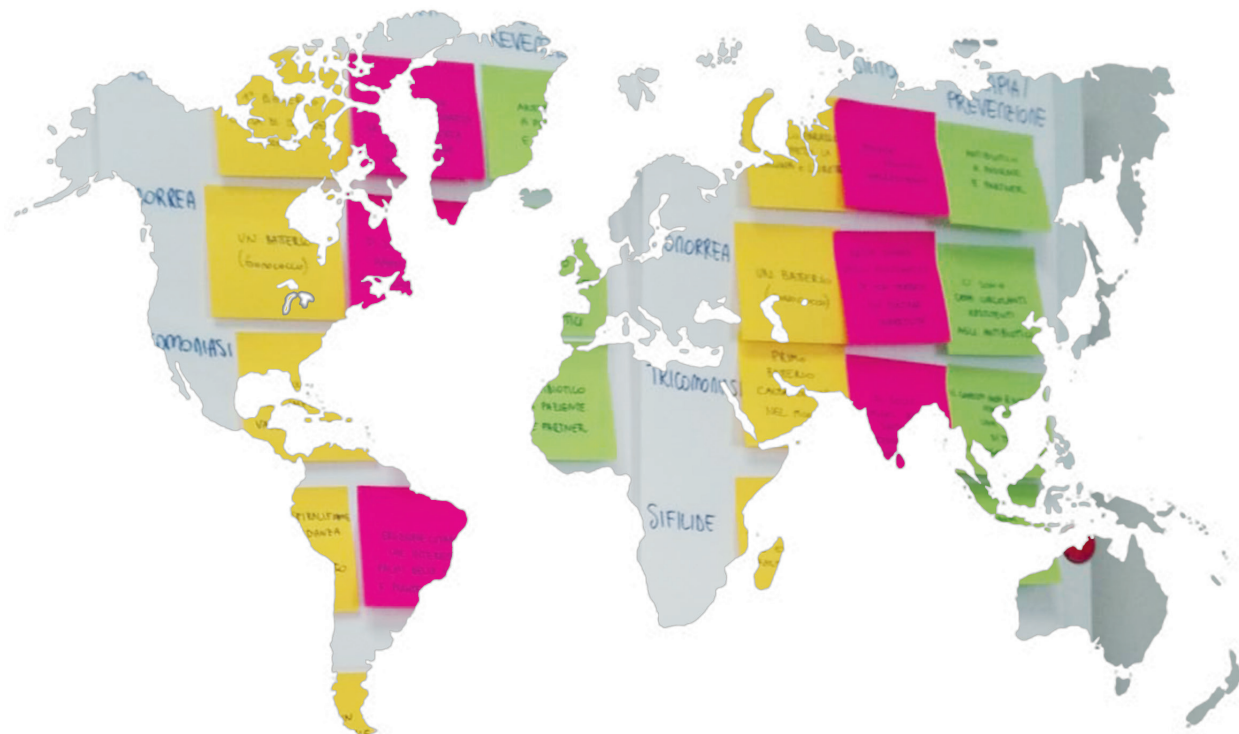
En junio de 2012, una ciudadana extranjera informó a la Policía que había sido maltratada físicamente, junto con su hija, por parte de su esposo (padre de sus 2 hijos). Aunque la Policía intervino, no se presentó denuncia formal. En agosto, la mujer denunció que su marido la obligó a tener relaciones sexuales con él y con sus amigos, amenazándola con un cuchillo. Al esposo se le impuso una sanción pecuniaria por porte ilegal armas. El 5 de septiembre, la esposa formuló denuncia penal por lesiones, maltrato y amenazas, y solicitó protección de las autoridades públicas para ella y sus hijos. Fue interrogada por primera vez el 4 de abril de 2013. Ese día, reconsideró la declaración que había hecho con anterioridad. El caso se archivó. En octubre de 2013 se evidenció un nuevo episodio de lesiones y se le aplicó una sanción al hombre equivalente a €2.000,00. En noviembre, la mujer llamó nuevamente a la Policía por una violenta pelea con su marido. Poco tiempo después el hombre regresó donde ella y le causó lesiones con un cuchillo de cocina. Durante la riña intervino el hijo de 19 años, quien recibió un golpe mortal de su padre. Al intentar huir, la mujer reportó numerosas cuchilladas en el pecho. En 2015, el hombre fue condenado a cadena perpetua por homicidio e intento de homicidio, porte ilegal de armas y maltrato hacia su esposa e hija. La demandante se dirigió a la Corte Europea de los Derechos Humanos y apeló a los artículos 2, 3, 4, 13 y 14 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos. **Posteriormente, la Corte acogió y reconoció la violación de los artículos invocados, y le otorgó a la demandante una indemnización de €30.000,00 (art. 41 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos).**





por **Valeria ALLIATA** di VILLAFRANCA y Chiara DALLAVALLE

3





15'

Una dificultad de salud de un individuo representa un problema de salud pública. La salud constituye un derecho fundamental que debe ser reconocido por igual a todas las personas. El objetivo de este módulo es sensibilizar sobre los problemas específicos relacionados con el estado de salud de los inmigrantes durante su trayecto migratorio y su llegada al país de destino, con especial atención a la salud de las categorías más vulnerables. El módulo se propone determinar los elementos para enfrentar los diferentes aspectos de la salud, entre ellos los que tienen que ver con la salud sexual y mental. Finalmente, se plantea señalar las competencias profesionales y culturales de los operadores de los servicios encargados de personas vulnerables y de víctimas de violencia de proximidad.

Ficha 3.1

El derecho a la salud en las fuentes normativas internacionales



La salud se reconoce como un bien primario del individuo, **un derecho fundamental reconocido por la comunidad internacional**.

Art. 25. Declaración Universal de los Derechos del Hombre adoptada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948: Todo individuo tiene derecho a un adecuado nivel de vida que garantice su salud y bienestar, y el de su familia, en especial la alimentación, el vestuario, la vivienda y la asistencia médica.

Art. 12. Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales (Nueva York, 1966):

Los Estados miembro del Pacto reconocen el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Ficha 3.2

El derecho a la salud en las fuentes normativas nacionales y locales



En esta sección se tratarán aspectos relacionados con los contextos y las situaciones del país miembro donde se lleva a cabo la capacitación, con especial atención a los siguientes temas:

recepción y aplicación de los convenios internacionales (europeos), directivas y normativas europeas en materia de derechos fundamentales a la salud, al acceso a los servicios sociosanitarios, especialmente para los inmigrantes extranjeros, refugiados y/o solicitantes de asilo, víctimas de trata de personas y de violencia de proximidad.

medidas y estrategias nacionales y locales para garantizar asistencia y cuidados adecuados a las víctimas de tortura, violencia de género y de proximidad y de trata de personas.



Ficha 3.3

Definiciones y conceptos de medicina, cuidado, salud/enfermedad, necesidades fundamentales y otras evidencias



Cuidado: prescripción, medicina, solution-oriented. El profesional diagnostica el problema y el paciente recibe un tratamiento.

Asistencia: se hace énfasis en el intelecto y en las emociones. Se da importancia al encuentro, a la persona, independientemente de la solución.

Medicina humanitaria: entendida como la medicina en su dimensión humana y no solo bajo los aspectos técnicos. Hay situaciones en las que “tomarse algo en serio” se convierte en el factor terapéutico preponderante, por no decir único. Los operadores sociosanitarios necesitan habilidades específicas al respecto (comunicación, resiliencia y, sobre todo, humanidad).

Salud (OMS): se considera como el estado de completo bienestar psíquico, físico y social del ser humano, dinámicamente integrado en su ambiente natural y social, y no la sola ausencia de enfermedad (por consiguiente: dimensión física + psíquica + emotiva + relacional + espiritual + social).

Salud sexual (OMS): estado de bienestar físico, emocional y social [...] que ofrece la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, sin restricciones, discriminación o violencia.

Enfermedad: alteración de la normalidad, una pérdida transitoria o permanente de la homeostasis cuando los mecanismos de defensa de nuestro organismo no están en capacidad de controlar los daños causados por los agentes patógenos. Puede, igualmente, ser causado por un acontecimiento del pasado o social..

Las tres dimensiones de la enfermedad (Kleinman): para la antropología médica, “estar mal” se puede subdividir en tres áreas: disease, illness, sickness.

- » *disease* es la parte “médica”, la parte codificada, el diagnóstico; la parte visible mediante el método científico;
- » *illness* es la parte subjetiva, el sufrimiento de la persona vinculada al hecho de tener una “disease”;
- » *sickness* es la representación social/simbólica de la enfermedad, el sentido que se le atribuye, el proceso de “socialización” de la enfermedad (la percepción de la sociedad).

Salud mental: capacidad de manejar los pensamientos, las emociones, las conductas y las relaciones con los demás, incluso en correlación con factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

Esta capacidad entra en crisis por la exposición a las adversidades, exposición que se convierte en un factor de riesgo en el desencadenamiento de trastornos mentales. Algunos individuos o grupos corren mayor riesgo de sufrir de trastornos mentales. Se trata de sujetos más vulnerables como aquellos que se encuentran

Ficha 3.3

en condición de pobreza, o los que están afectados por enfermedades crónicas, los niños abandonados o maltratados, las personas que hacen uso de sustancias, los ancianos, las víctimas de discriminación y violación de los derechos humanos, los detenidos, las víctimas de conflictos, catástrofes naturales u otras emergencias humanitarias. Entre los inmigrantes existe un alto porcentaje de trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos vinculados al trauma, etc.) y una mayor dificultad tanto en el acceso a los servicios específicos, como en la posibilidad de que los mismos servicios se tomen la responsabilidad real de encargarse de ellos.

Las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson (1960)

Necesidad	Descripción de la necesidad
Respirar	Capacidad de una persona de mantener un nivel suficiente de aire y una buena oxigenación.
Beber y comer	Capacidad de una persona de beber o comer, masticar y deglutir. También de sentir hambre y absorber suficientes nutrientes para capitalizar la energía que necesita para su actividad física.
Eliminar	Capacidad de una persona de tener la autonomía para eliminar heces y orina y garantizar su aseo personal. Igualmente, de eliminar los desechos orgánicos.
Moverse y mantener una buena postura	Capacidad de una persona de moverse sola o mediante aparatos mecánicos, organizar su propia casa adecuadamente y sentirse bien. Así mismo, de conocer los límites de su propio cuerpo.
Dormir, descansar	Capacidad de una persona de dormir y descansar. También de manejar su fatiga y su potencial energético.
Vestirse y desvestirse	Suficiencia de una persona para vestirse y desvestirse, adquirir prendas de vestir; también de construir su propia identidad física y mental.
Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales (37,2 °C)	Capacidad de una persona de rodearse de los instrumentos necesarios para adaptarse a los cambios ambientales y reconocer los límites.



Necesidad	Descripción de la necesidad
Mantener la higiene personal y proteger la piel	Capacidad de la persona de bañarse, mantener su higiene personal, cuidar su aspecto físico y usar productos que le protejan la piel; sentirse bien y sentirse bella. Igualmente, tener una percepción de sí mismo a través de la mirada de los demás.
Evitar peligros	Capacidad de una persona de mantener y cuidar su integridad física y mental, teniendo conciencia de los peligros que la rodean.
Comunicarse con los demás	Capacidad de una persona de ser comprendida y de comprender, gracias a la actitud, a la palabra o a un código. Igualmente, la facultad para formar parte de un grupo social, de vivir a plenitud sus relaciones emotivas y su sexualidad.
Actuar según sus creencias y sus valores.	Capacidad de una persona de conocer y promover sus principios, creencias y valores. Así mismo, aplicarlos en el sentido que desea dar a su vida.
Mantenerse ocupados para alcanzar sus metas	Capacidad de una persona de desarrollar actividades lúdicas, creativas o de recreación, aplicándolas en su realización personal y manteniendo su autoestima. Así mismo, para desempeñar una función social.
Divertirse	Capacidad de una persona de relajarse y de cultivarse, así como de invertir en una actividad que le permita olvidarse de los problemas personales, aportándole satisfacción personal.
Aprender	Capacidad de una persona de aprender de los demás o de una situación y de tener la aptitud de evolucionar adaptándose a los cambios, siendo resiliente y teniendo facultad de transmitir conocimientos.

Ficha 3.4

El papel de la cultura y su influencia en la salud de los migrantes vulnerables



La competencia cultural en el sistema sanitario es la capacidad que tienen los profesionales de la salud para entender e integrar los factores culturales en su trabajo, cuyo propósito es ofrecer una buena calidad de tratamientos a todos los pacientes, independientemente de su origen étnico y cultural. Tener competencia cultural no significa conocer todas las culturas, sino saber la importancia del factor cultural en la formación de la experiencia y establecer de qué manera la cultura influye en la psique. La escasa competencia cultural genera pacientes insatisfechos, entre otros problemas.

La cultura es el conjunto de ideas, tradiciones y comportamientos que comparten quienes forman parte de un grupo específico. Estas personas se identifican como miembros del grupo y se diferencian de los miembros de otros grupos culturales. Dentro de cada grupo cultural existen diferentes subgrupos.

En constante evolución, la cultura se adquiere y se transmite de generación en generación, y se comparte (explícitamente o no) mediante manifestaciones simbólicas (idioma, vestuario, actitudes, comportamientos, etc.). Es transversal a todos los aspectos de la vida del individuo porque “siempre estamos adentro”.

Influencia de la cultura en la salud: percepción de salud, enfermedad y muerte; creencias sobre la causa de las enfermedades y la experiencia misma enfermedad/dolor; así mismo, su manifestación: dónde y cómo curarnos, qué tratamientos se prefieren, etc.

Cada protagonista del sistema está influenciado por su propia cultura.

“Competencia cultural”, entendida esta como la capacidad de manejar diferentes culturas para indagar cuáles son las creencias del paciente acerca de la curación, el diagnóstico y el tratamiento.

Al tener conciencia de la influencia de la cultura se obtienen mejores resultados.

ATENCIÓN!

Atención al etnocentrismo (autocuestionamiento). Recordemos que nosotros también tenemos una cultura, incluso profesional.



Ficha 3.5

La salud de los migrantes

30' + pausa 15'
pausa al final de la ficha



Al momento de su llegada a Europa, los inmigrantes presentan mejores condiciones de salud en relación con la población residente (Razum, 2000, Healthy Migrant Effect). Esta condición tiende a desaparecer con el tiempo debido a las condiciones y los estilos de vida (Acevedo-García, 2010).

La pérdida progresiva de empleo, unida a la crisis económica, ha causado un impacto negativo en la salud de los inmigrantes, especialmente en lo que respecta a la salud mental (incremento de suicidios), así como del peso corporal (sobrepeso en las mujeres) y a la calidad de la salud percibida, que tiende a acercarse a la de los europeos. Después de diez años de residencia en un país europeo, los inmigrantes manifiestan tener peores condiciones de salud.

El enfoque del operador sociosanitario debe tener en cuenta que:

- » El inmigrante no es un portador de enfermedades infecciosas
- » No es posible conocer su estado serológico y de vacunación antes de su llegada a Europa
- » Algunas enfermedades infecciosas, como la TBC, se manifiestan solo después de un largo periodo de su llegada
- » La procedencia del inmigrante y los riesgos a los cuales tuvo que someterse durante el trayecto migratorio hacen necesario un screening sistemático de las enfermedades de transmisión sexual
- » La vigilancia sindrómica debe ser prolongada en el tiempo para identificar patologías no presentes o latentes al momento de su llegada, que aparecen después de un periodo variable desde la acogida
- » Las competencias respecto de la práctica de la vigilancia sindrómica deberían ser más claras y reguladas, según el papel de los entes responsables.

Factores que condicionan la salud de los inmigrantes

- » Factores premigratorios (guerras, carestía, violencia de género, abuso sexual con fines matrimoniales, mutilación genital femenina);
- » Factores migratorios (viaje, violencia durante el viaje);
- » Factores vinculados al embarazo (con frecuencia como resultado de violencia sexual);
- » Factores posmigratorios (desempleo, aislamiento, barrera lingüística, aspectos culturales vinculados a la salud mental).

Ficha 3.5

Efectos

Antes de la partida del país de origen

MIGRANTE ECONÓMICO (por lo general joven y en buena salud)=MIGRANTE SANO

MIGRANTE FORZADO (efectos de los conflictos y de la pobreza extrema en la salud)=MIGRANTE EXHAUSTO

Efectos de los conflictos en la salud	Causas potenciales	Ejemplos
<i>Aumento de la mortalidad</i>	Traumas, heridas, accidentes Enfermedades infecciosas Enfermedades crónicas/emergencias	Combates, violencias, asaltos Malaria, tétanos, disentería, parto, asma, diabetes, emergencias
<i>Aumento de la morbilidad</i>	Traumas, heridas, accidentes Enfermedades infecciosas Enfermedades crónicas/emergencias Desórdenes reproductivos Desnutrición Trastornos mentales	Ataques, mutilaciones, quemaduras Microorganismos patógenos transmitidos por el agua/ ST Interrupción de tratamientos Muertes perinatales, bajos de peso, fístulas Aguda/crónica, déficit nutricional Ansiedad, depresión, manías suicidas
<i>Aumento de la discapacidad</i>	Discapacidad física Trastornos mentales Reducida participación social	Por mutilaciones/ausencia de vacunas Trastornos postraumáticos, psicosis, epilepsia, trastornos emotivos Aislamiento, pérdida de redes sociales.

A la llegada al país de destino

Los efectos de las etapas anteriores salen a la luz y se agota el efecto migrante sano

Factores de riesgo adicionales	efectos
Socioeconómicos: desempleo, profesiones riesgosas o no protegidas, degradación de la vivienda, ausencia de lazos familiares, malestar psicológico, clima, cambios nutricionales y/o de comportamiento, etc.	Consecuencias sobre el individuo: » Peores condiciones de salud » Aumento de las complicaciones
Acceso limitado a los servicios sociosanitarios: barreras desde el punto de vista de la demanda y de la oferta	Impacto social » Aumento del riesgo de infecciones y difusión de las enfermedades de transmisión » Aumento de los gastos sanitarios » Diminución del capital humano y social



Ficha 3.6

Migrantes y enfermedades



Enfermedades contagiosas

Estas patologías pueden surgir incluso después de la llegada a Europa y se deben a diferentes condiciones de inmunización y susceptibilidad, así como a las precarias condiciones de vida.

Las principales enfermedades infecciosas del inmigrante son:

- » varicela
- » parasitosis (sarna, pediculosis)
- » sarampión
- » gastroenteritis

Enfermedades de transmisión sexual:

- » VIH/SIDA
- » Hepatitis B, C y D
- » Sífilis

El verdadero problema se presenta por las enfermedades infecciosas que no son frecuentes en Occidente y que generalmente no estamos en capacidad de diagnosticar a tiempo, como:

- » malaria, lepra
- » parasitosis cutánea e intestinal (filariasis, esquistosomiasis)
- » tracoma
- » enfermedades de virus hemorrágicos (chicunguña, virus West Nile, dengue)

Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la tuberculosis es la enfermedad infecciosa más difundida en el mundo. Cada año, ocho millones de personas se enferman de tuberculosis y dos millones mueren por causa de la enfermedad. Las personas con VIH/SIDA corren un riesgo 20-30 veces mayor de enfermarse de TBC, si contraen la infección. No todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad; de hecho, el sistema inmunitario combate la infección y la bacteria puede permanecer inactiva durante años. Esta condición se llama infección de tuberculosis latente y afecta aproximadamente a un cuarto de la población mundial.

La tuberculosis es una enfermedad fuertemente relacionada con las condiciones de vida de las personas, como es el caso de los inmigrantes vulnerables. De hecho, la disminución de las defensas inmunitarias depende de las malas condiciones de higiene, de estados de desnutrición y de precarias condiciones generales de salud. Hoy, la tuberculosis representa una emergencia médica y sanitaria que no se debe

Ficha 3.6

subestimar: la prevención es muy importante y, por fortuna, esta enfermedad puede ser curada, pero es fundamental que el diagnóstico se haga a tiempo para evitar que surjan nuevos problemas.

Inmigrantes y otras enfermedades

Los inmigrantes con frecuencia se ven afectados por:

- » desórdenes mentales;
- » enfermedades cardiovasculares;
- » hipertensión;
- » insuficiencia renal;
- » diabetes.

Salud reproductiva y perinatal

En este contexto de vulnerabilidad múltiple, las etapas del embarazo y perinatalidad son particularmente peligrosas para las mujeres y los niños. Muchos de los embarazos monitoreados en los centros de acogida en Europa son el resultado de estupro sufridos antes de la partida o durante el trayecto migratorio.



Ficha 3.7

Apoyo psicológico a las víctimas de violencia

25'



Aspectos psicológicos de las víctimas de violencia y/o de las personas traumatizadas

Las víctimas de violencia a menudo atraviesan varias “etapas” luego de un evento traumático, que típicamente son:

- » shock/negación;
- » miedo;
- » apatía, rabia, depresión, culpa, pérdida del placer, angustia;
- » solución/represión.

Además, pueden surgir dificultades relacionales que afectan la creación de vínculos de confianza con los demás, o bien la distorsión de la imagen de sí mismo y del mundo, además de otros trastornos cognitivos.

Víctimas de violencia de proximidad

En el caso de las víctimas de violencia de proximidad, los efectos son similares a los generados por otras formas de violencia, con el agravante de vincularse con el autor del hecho. Las víctimas de violencia extrema (ligadas a eventos experimentados en el país de origen, durante el viaje y una vez llegados a Italia), frecuentemente han estado en contacto con la muerte. Pueden tener señales físicas e infinitas cicatrices invisibles. Por lo general su sintomatología es específica, como la presencia de flashback, pesadillas, alucinaciones, alteraciones emotivas, aislamiento social, conductas explosivas y disociaciones. Puede, además, comprometerse la capacidad cognitiva, la regulación emotiva y las capacidades interpersonales.

Determinantes sociales de la salud mental

1. La salud mental y muchos trastornos psíquicos son determinados en gran medida por las condiciones sociales, económicas y físicas en las cuales vive la persona;
2. Las desigualdades sociales están asociadas a un mayor riesgo de diversos trastornos mentales;
3. Tomar medidas para mejorar las condiciones de vida desde antes del nacimiento, durante la primera infancia, en la edad escolar, durante la creación del núcleo familiar, en el transcurso de la edad laboral y en la vejez permite mejorar las condiciones de salud mental en la población, así como reducir el riesgo de trastornos mentales derivados de las desigualdades sociales.

Ficha 3.7

Apoyo a las víctimas de violencia

Los solicitantes de asilo y refugiados, las mujeres, los menores de edad y las víctimas de trata de personas por lo general tienen necesidades específicas de salud que hacen necesario establecer competencias ad hoc para acogerlos, a fin de garantizarles una adecuada salud y asumir responsabilidades de manera integral. El trauma ocasiona no solo el trastorno de estrés postraumático, sino también otros detrimentos invisibles que generalmente conducen al abuso del alcohol, la marihuana y episodios somáticos. Estos factores repercuten gravemente en la salud mental de las personas. Por ejemplo, se ha evidenciado que la tasa de incidencia de psicosis es más alta en la población inmigrante que en la población nativa, con mayor difusión entre las mujeres. Para asumir adecuadamente la responsabilidad de atender a las víctimas de la violencia el punto de vista la salud, en especial si se trata de inmigrantes, se necesitan habilidades que permitan centrar el trabajo específicamente en la persona y no en la cultura o en la enfermedad. Para ello es necesario:

- » reactivar las capacidades cognitivas y las estructuras “sanas” de la persona;
- » reemplazar frases y palabras negativas por frases y palabras positivas;
- » promover iniciativas de empowerment;
- » apoyar a las personas en su enfrentamiento con la realidad que los rodea;
- » acoger con empatía y reafirmar las emociones reprimidas;
- » programar un proyecto migratorio;
- » apoyar la radicación en el nuevo contexto.

Respecto a las víctimas de trata de personas, es fundamental identificar a tiempo las condiciones de riesgo físico y mental en las mujeres extranjeras que acaban de llegar y que están potencialmente expuestas a la trata de personas.

La mediación lingüístico-cultural es una herramienta básica de apoyo a las víctimas de violencia, así como la mediación del sistema, entendida como un proceso de transformación organizativo donde la relación y la correcta comunicación con el usuario están siempre garantizadas.

Formación de los operadores

Es necesario que los operadores sociosanitarios desarrollen habilidades específicas como:

- » Destrezas médico-antropológicas
- » Habilidades relacionales (pertenecen a la formación profesional de los operadores en algunos sectores de la salud, pero que aún no forman parte de una cultura profesional generalizada a todos los profesionales de la salud)
- » Destreza en el trabajo multidisciplinario y en red
- » Competencias psicotraumatología
- » Habilidades en procesos psicosociales.



Ficha 3.8

Los protagonistas involucrados

20'



La identificación de los protagonistas comprometidos es fundamental para el trabajo con víctimas de violencia. En cada país es necesario identificar la red de sujetos que desempeñan un papel en el reconocimiento, la asunción de responsabilidad y el acompañamiento de aquellas personas frágiles víctimas de violencia, desde el nivel institucional hasta las realidades del tercer sector y del sector privado. La construcción de la red de referencia debe incluir tanto el plan nacional como el supranacional, pero también la identificación de todos los interlocutores activos a nivel local.

Conclusiones y consideraciones compartida

10'



Pausa

15'



1,45h

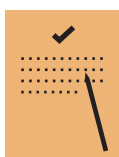


Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

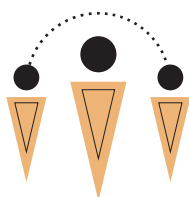
15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

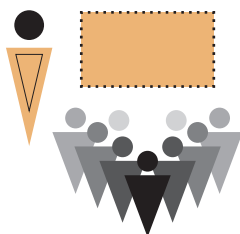


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar

Exposición

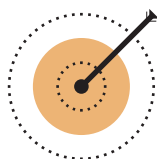
40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Aliou

Aliou tiene 29 años y es un musulmán senegalés de etnia fula, al que se le rechazó su solicitud de asilo y espera el resultado del primer recurso. Está hospedado en el SPRAR (Sistema de Protección para los Solicitantes de Asilo y Refugiados) y comparte el apartamento con otras tres personas.

Fue remitido al servicio por dos episodios críticos de ira y desesperación que requirieron la intervención de una ambulancia. El primero de ellos se presentó cuando le fue notificado el rechazo por parte de la Comisión a su solicitud de asilo; el segundo, cuando recibió la noticia de la muerte de su tío materno.

Su historia familiar y las condiciones de extrema pobreza motivaron a Aliou a huir de Senegal. Varias veces se vio expuesto a peligros y violencia. Refiere con gran sufrimiento su experiencia en Libia y manifiesta que se siente afortunado de haber sobrevivido al viaje por mar.

Huérfano de padre desde la edad de 5 años, Aliou ha vivido con su hermano, su madre y su padrastro. La madre tuvo un infarto cerebral que la redujo a silla de ruedas y su único hermano sufre trastornos psíquicos. Suspendió la asistencia a la escuela para trabajar como pastor.

Aliou refiere intensos episodios de ansiedad y dolor vinculados a la condición de incertidumbre y falta de resultados en su solicitud de asilo. Siente preocupación por la situación de su familia en Senegal y por la responsabilidad que tiene de mantenerlos económicamente. El rechazo que ha recibido de la Comisión lo vive como su propia responsabilidad, pero manifiesta la firme decisión de no hablar ni de Senegal ni del viaje migratorio. Le cuesta trabajo orientarse en el espacio y en el tiempo.



5h



Violencia, tortura y trastorno mental

por *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

La experiencia de la violencia, un hecho ya de por sí traumático, puede tener repercusiones significativas en el estado de salud mental de la víctima, cuya integridad física se ve sometida a fuertes presiones. Esto es particularmente cierto en el caso de los/las migrantes, por cuanto la migración misma constituye un evento traumático, tanto por la pérdida de los lazos fundamentales de pertenencia, como por los peligros que se presentan durante el viaje que los migrantes tienen que afrontar. Este módulo tiene como objetivo suministrar los conocimientos necesarios para identificar a las víctimas de experiencias traumáticas como la violencia y la tortura, y adoptar las estrategias terapéuticas más efectivas para su atención.

Ficha 4.1

Trauma y aspectos postraumáticos



Trauma

Es un evento que, por sus características, no puede integrarse en el aparato psíquico del individuo y, por consiguiente, tiene un efecto agotador sobre las capacidades de quien lo sufre. Puede tratarse de un evento preciso o de un episodio repetitivo de una relación traumática con el contexto. Los traumas menores son esas experiencias potencialmente traumáticas que puede tener una persona durante el transcurso de su vida; son eventos subjetivamente perturbadores, caracterizados por una percepción de peligro no muy intensa. Caso contrario ocurre con los traumas mayores, que se refieren a aquellos episodios que conducen a la muerte o que amenazan la integridad física o la de los seres queridos.

Potencial traumático de un evento

La condición traumática de un evento no depende exclusivamente de las características del evento mismo, sino también de la estructura y de los recursos psíquicos del individuo que vive esa experiencia.

Existen variables individuales en la respuesta a eventos traumáticos similares. En este sentido, los actos de violencia repetitivos tienen mayor probabilidad de provocar traumas, mientras que los recursos y la resiliencia del individuo constituyen un factor de protección.

Mecanismos de defensa disociativos

Son mecanismos de defensa accionados por la mente en condiciones de amenaza extrema a la integridad psíquica. Impiden que un evento, un sentimiento o una experiencia alcance la prominencia psicológica, alterando temporalmente el sentido de la realidad, sin que haya una pérdida concomitante del examen de realidad. La disociación es un proceso que evita la construcción de “vínculos” entre diferentes experiencias psíquicas: el afecto o la experiencia disociada permanece como suspendida, sin contacto con el resto de la subjetividad. En los casos más llamativos pueden ocurrir experiencias como la desrealización y la despersonalización tanto durante el evento traumático como después. Lo que está disociado permanece bajo la forma de un núcleo de experiencia que el sujeto no puede contactar. En ocasiones, el afecto disociado lo percibe el operador en sí mismo, incluso de manera aparentemente desligada del momento.



Trauma y teoría del apego

La exposición de niños a eventos traumáticos está fuertemente influenciada por la calidad de la relación de sus padres. De hecho, la madre regula el arousal del niño ayudándolo a permanecer en un estado óptimo, con lo que sienta las bases para las siguientes capacidades de autorregulación del niño.

Contrario a esto, un apego inseguro y desorganizado se evidencia incluso en el cuerpo, en los movimientos no integrados y no armónicos, en la dificultad de utilizar las capacidades de autorregulación y/o las capacidades de regulación interactiva del arousal. Las experiencias de abuso (maltrato y negligencia) dentro de una relación de apego conducen a un arousal crónicamente incrementado o a la alternancia de estados de hiper e hipoarousal. Las experiencias de abandono, a su vez, conducen a una indiferencia emocional debido a una disminución crónica del arousal.

Los recuerdos traumáticos quedan como congelados y vuelven a salir en forma de sensaciones corpóreas, posturas, movimientos e imágenes invasivas. La persona queda como dividida en dos aspectos: uno que le permite seguir adelante en la cotidianidad evitando los recuerdos traumáticos y otro que incluye esos recuerdos y desencadena acciones defensivas automáticas contra las amenazas.

Ficha 4.2

Trastorno por estrés postraumático



Trastorno por estrés postraumático según el DSM V

Criterio A: exposición a un trauma, como la muerte real o la amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea a través de una experiencia directa del evento traumático o al tener conocimiento de un hecho violento o accidental ocurrido a un miembro de la familia o a un amigo cercano.

Criterio B: aparición de síntomas invasivos relacionados con el evento traumático (recuerdos, sueños, flashback), que pueden conducir a la pérdida total de la conciencia del ambiente que lo rodea.

Criterio C: evitación persistente de los estímulos asociados al evento traumático que se activa después del mismo.

Criterio D: manifestación sucesiva de alteraciones negativas de pensamientos y emociones asociadas al evento traumático.

Criterio E: manifestación sucesiva de alteraciones marcadas del arousal y de la reactividad asociadas al evento traumático.

Criterio F: la duración de las alteraciones descritas es superior a un mes.

Criterio G: el malestar causa trastorno clínicamente significativo o compromete el funcionamiento en los ámbitos social o laboral, o en otras áreas importantes.

Criterio H: el malestar no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos o alcohol) o a otra condición médica.

Trastornos asociados frecuentemente al PTSD

Trastornos psicosomáticos (cefalea, síndrome de dolor crónico, problemas gastrointestinales, trastornos alimentarios, problemas del aparato genital y de la esfera sexual).

Trastornos depresivos (llanto, astenia profunda/fatiga, tristeza vital/anhedonia, sentimientos de culpa y baja autoestima, desespero e ideas suicidas).

Dependencia de alcohol, sustancias psicoactivas, fármacos.



Complex DPTS (trastorno por estrés postraumático complejo)

Conjunto de síntomas acumulados por traumas interpersonales prolongados, experimentados durante el desarrollo, como historias de abuso y maltrato familiar, negligencia y abandono, tortura o encarcelamiento, guerras y migración forzada. Aquí se habla de traumatismo crónico y no de episodios traumáticos individuales.

Además de los síntomas del PTSD, el C- PTSD puede implicar problemáticas vinculadas a la regulación de las emociones y estados disociativos, a las relaciones interpersonales, a la percepción de sí mismo, a los sistemas de significado, a la somatización, a la atención y la conciencia, a la concepción del suicidio, a la imagen corpórea y a la actitud alimentaria. La persona aparece fragmentada, poco coherente e imprevisible. La gravedad de los síntomas generalmente es proporcional a la precocidad con la cual la persona fue expuesta a los traumas.

ATENCIÓN!

No todos los que se encuentran expuestos a una experiencia traumática desarrollan el trastorno de estrés postraumático. En algunos casos, un trauma puede servir como catalizador para la adaptación, en torno al cual el individuo reconsidera sus propios valores y objetivos, reorganizando el precedente caos interior. Son varios los factores que inciden en el impacto psicológico de un evento traumático sobre el individuo: los diversos resultados de una experiencia traumática dependen de la compleja e imprevisible interacción de tres factores fundamentales: el ambiente, la herencia biológica y las características psicológicas..

Ficha 4.3

El trauma en la migración



Vínculo entre migración y sufrimiento físico

Empieza a ser reconocido hacia el año 1700, cuando para identificarlo se usa el término “nostalgia”, empleado por vez primera en el campo científico y médico por un estudiante de medicina llamado Johannes Hofer. Posteriormente fue introducido en el concepto de shock cultural o estrés de transculturación, según el cual la experiencia migratoria se considera expresamente en términos de trauma y, en particular, de factores individuales de resiliencia y vulnerabilidad. Por shock cultural se entiende una reacción psíquica que indica dificultad de aceptar maneras de ser culturalmente diferentes de las propias, que se transforma en malestar psíquico, dificultad para enfrentar la vida cotidiana, melancolía, inseguridad, sensación de aislamiento con nostalgia de la propia cultura y estado depresivo.

El trauma en la migración

La migración es un acontecimiento en sí mismo traumático, cuya experiencia implica ruptura de lazos y del equilibrio existente entre el individuo y su entorno, lo cual conlleva la búsqueda de un nuevo equilibrio. Por lo tanto, la experiencia migratoria genera estrés psicológico que se traduce en sensación de impotencia, pérdida de la autoestima y de la confianza. Emociones intensas, con frecuencia bloqueadas, salen disociadas de la palabra, en forma de sensaciones somáticas y cambios de comportamiento. El trauma migratorio está asociado a la interrupción de los lazos afectivos y sociales de la trama existencial, a la pérdida de las defensas culturales, de la posición social y del estatus, además del “patrimonio de identidad” y de los puntos de referencia sensoriales. La dimensión social y colectiva de sí mismo se ve amenazada por la migración y, en sentido contrario, la posibilidad de contactar el grupo cultural de referencia puede convertirse en factor de protección.

Factores estresantes de la condición migratoria

- » Soledad forzada: no tener la posibilidad de estar con la familia o incapacidad de llevarla al país que lo acogió, aun con los documentos, por falta de dinero o por obstáculos administrativos.
- » Fracaso del proyecto migratorio, falta de oportunidades, no tener posibilidades de acceder a un trabajo o trabajar en condiciones de explotación extrema.
- » Lucha por sobrevivir: dónde ir a comer, dónde dormir.
- » Miedo y terror ante la amenaza de organizaciones criminales durante el viaje migratorio; miedo a la expulsión, a los abusos físicos y sexuales, sensación de impotencia y de falta de ayuda. En quién confiar?



Cómo se manifiesta el malestar?

El migrante manifiesta comportamientos y experiencias como: “pérdida” de la memoria autobiográfica, sensaciones de desorientación y extravío, desorientación nostálgica, crisis de presencia, pasividad, aislamiento, retiro, acto de evitar y, sobre todo, conductas externas caracterizadas por desviaciones y actitudes agresivas.

Hay que resaltar que el impacto con el entorno italiano generalmente se produce de manera brusca y el individuo en condición de migrante encuentra un ambiente que podría ser incomprensible. Además, una vez que ha llegado al país de acogida, la institución se hace cargo del proyecto migratorio.

Es importante que los operadores de la acogida acompañen al migrante a reconstruir el sentido de lo que sucede a su alrededor en términos de prácticas y significados, incluso culturales, como factor de protección respecto al trauma migratorio.

Vulnerabilidad

La relación entre migración y trauma está asociada al concepto de vulnerabilidad. El término “vulnerable” se deriva del latín *vulnus*, que literalmente significa herida o lesión. Esta puede ser física, psicológica y, por extensión, de un derecho. Ser vulnerable no representa un estado, sino un potencial estado.

Ficha 4.4

Migración y violencia

20'+ pausa 15'

pausa al final de la ficha



Qué se entiende por violencia?

Según la OMS (2002), por violencia se entiende el uso intencional de la fuerza física o del poder, mediante amenaza o real, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o una comunidad, que determine o que tenga un elevado grado de probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, problemas de desarrollo o privación. La violencia no es un factor fácil de eliminar de la conducta humana y tiene sus raíces en la estructura social, cultural, religiosa y económica.

Tortura

Experiencias como el encarcelamiento y la tortura provocan graves traumas psicológicos desencadenados por vivencias de terror, sufrimiento extremo y negación de la subjetividad. La tortura, en particular, contiene características que aumentan severamente el poder traumático:

- » Terror extremo por la vida
- » Sufrimiento físico y mental extremo
- » Condición de vulnerabilidad extrema
- » Episodios prolongados y/o repetitivos
- » Relación patológica con el entorno.

La tortura lleva a un sentimiento de impotencia y desesperación que afecta el sentido de identidad de los sujetos como individuos incapaces de controlar su futuro. La falta de normas, la imprevisibilidad y la casualidad de la violencia contribuye a la falta de control que el sujeto experimenta.

Violencia ejercida

En el pasado predominaba la idea de que las víctimas de la violencia podrían tener tendencia a asumir comportamientos violentos según el mecanismo psicológico de “identificación con el agresor”. Si bien no es una regla, cuando esto sucede por lo general pasa a través de un proceso de “desplazamiento” hacia un sujeto más vulnerable o menos amenazante. La elección de la víctima puede depender también del sentimiento que está detrás de la violencia: odio, culpa, sensación de helplessness. De todas maneras, el uso de la violencia es siempre un hecho relacional que debe analizarse desde el punto de vista del contexto.



Restauración y adaptación disfuncional

Los individuos están obligados a adaptarse de alguna manera al impacto de las torturas y las violaciones de los derechos humanos.

Los cinco sistemas de adaptación controlados por la violencia extrema se identifican en las siguientes funciones:

- » Seguridad personal
- » Sistema de apego y capacidad de vínculo
- » Identidad y función de la posición social
- » Justicia
- » Sentido de la existencia

La sensación de seguridad en el mundo, o de confianza general, se adquiere en los primeros años de vida, en relación con la primera figura de asistencia. Al originarse con la vida misma, este sentimiento de confianza sostiene a una persona durante toda su vida, constituyendo la base de todo el sistema de relaciones y de confianza. Los eventos traumáticos destruyen la construcción de sí mismo que se ha formado y sostenido en relación con los demás y violan la confianza de la víctima en un orden natural o divino, conduciéndola a un estado de crisis existencial.

Ficha 4.5

Etnopsiquiatría



Definición de etnopsiquiatría

Se trata de una asignatura multidisciplinaria, comparativa, interactiva y pragmática, dirigida al tratamiento del trastorno mental en individuos de cultura diferente a la del terapeuta. La etnopsiquiatría nace de la constatación de la ineficacia de las prácticas terapéuticas actuales con los migrantes y, por consiguiente, prevé la apertura del tema terapéutico a los significados culturales del paciente (creencias religiosas, estructuras familiares, etiologías tradicionales). La etnopsiquiatría considera los modelos explicativos habitualmente utilizados en psicología, psicopatología y psiquiatría como narraciones definidas culturalmente y localizadas. Por tanto, apoya la necesidad de relativizar nuestras teorías al entrar en diálogo con las teorías de referencia del paciente. Un enfoque etnopsiquiátrico conlleva modificaciones en la teoría y en la técnica de la psiquiatría tradicional.

Referencias culturales de la enfermedad mental

Desde la perspectiva etnopsiquiátrica es fundamental tener en cuenta, durante el encuentro con el paciente, sus puntos de referencia culturales, a partir del idioma. Por ejemplo, a veces algunas expresiones, incluido el nombre propio, no son traducibles sino con perífrasis, donde el término original requiere un amplio campo semántico, social y cultural. Es necesario acoger el valor de las etiologías tradicionales (por ejemplo: djinn, marabuttaggi) y de las estructuras sociales interiorizadas, que son reconocidas no como elementos de ignorancia, superstición o atraso, sino como elementos narrativos fundamentales que permiten que el paciente le dé sentido a su propio sufrimiento.

Tres posibles configuraciones:

Intracultural: terapeuta y paciente pertenecen a la misma cultura; el terapeuta tiene en cuenta tanto la dimensión individual como la sociocultural.

Intercultural: el terapeuta no pertenece a la etnia del paciente, pero conoce bien su cultura y la usa como estímulo terapéutico.

Metacultural: tanto el terapeuta como el paciente pertenecen a culturas diferentes; el primero no conoce específicamente la cultura del segundo, pero entiende el concepto de “cultura” y lo usa para establecer el diagnóstico y la terapia.



Críticas a la etnopsiquiatría

Si bien es cierto que la clínica para pacientes migrantes necesita de los aportes y de la claridad suministrada por los conocimientos de su cultura, es necesario evitar reducir al individuo y la relación a la sola dimensión cultural, ignorando aspectos individuales y socioeconómicos, como son los elementos intrapsíquicos como el trauma, los aspectos de contexto, las relaciones de poder y la posible condición de marginalidad social. Los operadores deben poder descentralizar y trabajar utilizando estos dos niveles (individual y cultural) sin confundirlos y teniendo en cuenta las relaciones necesarias y a veces conflictivas entre ellos.

Ficha 4.6

Resiliencia y resistencia



Recuperar el poder. Proceso de empowerment

Las experiencias centrales del trauma psíquico representan una privación del poder y del control sobre sí mismo por parte de la víctima y la destrucción de sus vínculos con los demás. El proceso de recuperación se basa, por lo tanto, en la recuperación del poder y del control de sí mismo y en la construcción de nuevos vínculos. El primer paso hacia la recuperación es el aumento de la capacidad de controlar activamente su propia vida (empowerment), y debe ser el autor y el árbitro de su recuperación.

Factores de resiliencia

Características individuales:

- » Solidez de sí mismo
- » Solidez de la identidad cultural
- » Flexibilidad de la identidad cultural
- » Estilos de apego eficaces
- » Estilos de coping eficaces
- » Salud premigratoria.

Proyecto migratorio:

- » Premigración (preparación, voluntariedad, expectativas reales)
- » Posmigración (realización del proyecto, revisión eficaz, soporte social eficaz).

Factores de vulnerabilidad

Características individuales:

- » Fragilidad de sí mismo
- » Fragilidad de la identidad cultural
- » Rigidez de la identidad cultural
- » Estilos de apego ineficaces
- » Estilos de coping ineficaces
- » Morbilidad premigratoria.

Proyecto migratorio:

- » Ausente (migración forzada)
- » Fracasado (o amenaza de fracaso).



Otros factores:

- » Estrés de transculturación (shock cultural)
- » Pérdida de estatus
- » Nostalgia, luto
- » Soporte social ausente o inadecuado.

Resistencia al control institucional

La tortura induce a un sentimiento de impotencia y desesperación que causa impacto en la identidad de los sujetos como individuos incapaces de controlar su futuro. La falta de normas, la imprevisibilidad y la casualidad de la violencia contribuye a la falta de control que el sujeto experimenta. Las estrategias de resistencia para adquirir alguna medida/sentido de control son de tipo cognitivo, emotivo y comportamental, donde los sujetos se burlan de los guardianes, no cooperan, no colaboran, desafían a las autoridades y efectúan provocaciones. La capacidad de desarrollar estrategias creativas de resistencia e resiliencia permite tolerar mejor la prisión y la experiencia de la tortura.

Ficha 4.7

Diferencias en la experiencia de violencia vinculada al género



Condición de las mujeres migrantes:

La migración puede causar experiencias de violencia de diferentes tipos en las mujeres.

- » Dejar su país conlleva la redefinición y reformulación de los lazos y de los equilibrios familiares, un replanteamiento de la propia adhesión a las tradiciones y valores de la cultura de origen. Muchas veces, las mujeres migrantes también son víctimas de violencia en el contexto de procedencia, donde, sin embargo, la violencia es una modalidad relacional “aceptada” y hay poca conciencia de ser una víctima. En el país de llegada, la motivación frecuente de los operadores de las estructuras a denunciar la violencia sufrida se transforma en miedo de marginación por parte de la comunidad a la que pertenecen y ruptura con las raíces y preclusiones con un eventual regreso a la patria;
- » El viaje mismo se convierte con frecuencia en un escenario de violencia hacia las mujeres, principalmente de carácter sexual; por lo tanto, violencia directa contra el cuerpo sexuado, los genitales, el aparato reproductor, la trata de personas.

Hombres y violencia

La violencia sexual no se refiere solo a la práctica de estupro, sino también a las amenazas, a la desnudez forzada, al acoso. En el caso de los hombres, sobre todo los de religión musulmana, la desnudez forzada se percibe como una forma de violencia peor que la violencia física, por cuanto produce fuerte humillación y mortificación del sentido de la dignidad. En efecto, la desnudez forzada conduce a una sensación de impotencia frente al hecho de que los detenidos son privados de protección e imaginaria seguridad dada por las vestiduras, y alude a amenazas peores.

La experiencia de la violencia, ejercida para producir el aniquilamiento del individuo y del grupo al cual pertenece, provoca la pérdida del estatus y de su lugar en el mundo, algo muy significativo para los hombres.



Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h



Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

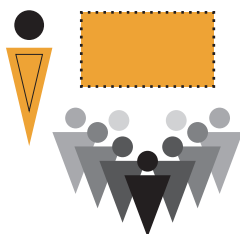


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar

Exposición

40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Ahmed

Ahmed tiene 19 años y proviene de Gambia. A la edad de seis años sus padres se divorciaron y luego del regreso de su madre a su familia de origen, interrumpieron todo contacto. El joven manifiesta haber sufrido por esta separación forzada y de haber crecido con su padre, un activista del partido UDP, movimiento de oposición al régimen dictatorial. Ahmed refiere que la relación con su padre es difícil y poco afectuosa. Cuando Ahmed tenía 14 años, un grupo de paramilitares vino a buscar a su padre, motivo por el cual él y su tío tuvieron que dejar el país. Desde entonces, Ahmed no ha tenido noticias de su padre. Más adelante, con su tío, se dirigieron a Libia, donde Ahmed fue encarcelado, pero logró su liberación gracias al pago de una fianza por parte de su tío. Al llegar a Sicilia, su tío continuó su viaje hacia Alemania, mientras que Ahmed fue acogido en un centro para menores extranjeros no acompañados.

Ahmed se muestra muy desconfiado y le cuesta trabajo narrar sus sufrimientos. Consume marihuana probablemente para escapar de sus dolorosos recuerdos y por el miedo que le produce no superar esta situación. Una noche, Ahmed regresó al Centro bajo los efectos del alcohol y estupefacientes, y se encontró en grave estado confusional. Cogió a patadas un contenedor de basuras, se arrastró por el piso llorando y comenzó a golpearse en la cabeza. Después de la llegada de una ambulancia y de la Policía, Ahmed fue hospitalizado bajo el control del psiquiatra de turno. Pasado este episodio, Ahmed manifestó el deseo de suicidarse.



5h



Manejo del estrés

por *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

En esta sección trataremos temas relacionados con víctimas de violencia de género y de proximidad especialmente en términos de ayuda y asunción de responsabilidades con respecto a las personas vulnerables. La compleja historia de vida de las víctimas de este comportamiento, unida a fuertes componentes traumáticos, somete al personal involucrado a condiciones de estrés particulares con riesgo de caer en burn out (desgaste laboral). El módulo pretende suministrar los instrumentos específicos para aceptar responsabilidades frente a esta clase de dejar usuarios con el fin de proteger su bienestar psicofísico y emotivo.

Ficha 5.1

Acoger y escuchar



La relación de apoyo

Un profesional de apoyo lleva al trabajador a moverse en una dimensión relacional que implica un fuerte aspecto emotivo, tanto suyo como del usuario. Esto significa que durante la jornada laboral el trabajador debe contar con recursos profesionales (educación, actualización, especializaciones, conocimiento de sus funciones y coherencia entre la formación profesional y la función que desempeña), así como con recursos personales (características individuales, autoconocimiento, recursos relacionales, resistencia). Recursos y limitaciones de la relación de apoyo toman forma en un espacio creado y delimitado por la relación trabajador-usuario-contexto. El apoyo es siempre un acto de relación, así como lo es una acción violenta.

El papel profesional de los trabajadores de la acogida, así como el de aquellos que de una u otra manera tienen que relacionarse con inmigrantes víctimas de la violencia, se ve influenciado por factores y dimensiones psicosociales, como:

El tiempo

«(...) en muchas instituciones totales, entre los internos predomina la sensación de que el tiempo transcurrido en el Instituto haya sido perdido, inútil o sustraído de sus propias vidas. (...) Se trata de un periodo puesto como un paréntesis por quien lo ha vivido, con un propósito constante y consciente que difícilmente se encuentra en el mundo exterior. Como resultado, el interno tiende a pensar que el tiempo vivido allí fue como un exilio.» (Goffman, 1961). Por lo general, esta es la percepción del inmigrante que se encuentra dentro de una estructura de hospitalidad. Esta estructura establece un horario para cada actividad: para comer, para dormir, para salir y para regresar; para ir a la escuela, para asistir a citas médicas, a diligencias burocráticas, etcétera. Por consiguiente, el trabajador se convierte en un profesional disponible las 24 horas del día.

Las expectativas

Desde el punto de vista del migrante, la motivación/tensión de emigrar conlleva una forma de estrés denominada Goal-Striving Stress, la cual es causada por la fatiga y el esfuerzo realizado por el migrante para obtener buenos resultados plausibles según sus aspiraciones y la orden migratoria. Cuando el proyecto migratorio no está bien estructurado y las expectativas respecto de la migración son inciertas, el mismo proyecto corre el riesgo de fracasar incluso por causa de todas las variables que intervienen, una vez que se llega al país de destino (normativas, rechazo del permiso de permanencia, dificultad de integración/trabajo, etcétera). El migrante también tiene expectativas con respecto al personal de apoyo: ¿de qué manera



percibe al funcionario? Su función es instrumental, de apoyo o de dependencia? Constituye un obstáculo para la realización personal o, simplemente, es un medio para satisfacer necesidades y exigencias?

ATENCIÓN!

Parte de las expectativas se construyen dentro de la relación.

En lo que respecta al personal de apoyo, son varios los aspectos que pueden influir en las expectativas que tiene con el usuario:

- » Ser consciente de los límites de la persona a la que se va a ayudar, en relación con su condición de autodeterminación;
- » Analizar el aspecto cultural, relacionado con las actitudes, las preferencias y el comportamiento del usuario;
- » Tener conocimiento de los mecanismos como funcionario de apoyo psicosocial;
- » Tener la capacidad de administrar las expectativas que no se cumplieron y resolverlas con base en la relación con el usuario.

La pertenencia de identidad

El migrante, por lo general, vive una verdadera crisis de identidad. En este momento, el sentimiento del ser como individuo se alimenta de sus relaciones con el prójimo y de la relación contextual, con base en modelos y reglas de comportamiento determinantes desde el punto de vista sociocultural.

En 1978, el antropólogo Ernesto de Martino habló de crisis de la presencia, como una condición particular en la cual un individuo experimenta incertidumbre e incapacidad para responder por sus propios actos en un determinado momento o frente a situaciones adversas como enfermedades, muerte, crisis moral, migración, etcétera). La crisis de la presencia es ese sentimiento de confusión en el cual las personas temen perder sus propios puntos de referencia, que de alguna manera constituyen índices de sensibilidad (de presencia).

Ficha 5.2

Cómo manejar el miedo, el estrés, la frustración y el burnout

45' + pausa 15'

pausa al final de la ficha



Qué es el estrés?

Como estrés se entiende la respuesta psicofísica a la percepción de un desequilibrio entre las exigencias del ambiente que nos rodea y las respuestas que se tienen para enfrentarlo. Esta respuesta tiene, ante todo, una dimensión fisiológica: en situaciones de estrés, los riñones (por estímulo de la hipófisis y el hipotálamo) liberan cortisol, una hormona que bloquea el paso de serotonina. Pero también tiene una dimensión emotiva, cognitiva y de comportamiento. El estrés se puede dividir entre estrés positivo (eustrés) y estrés negativo (distrés). Otro tipo de estrés es el laboral, el cual se puede definir como un conjunto de reacciones dañinas (físicas y emotivas) que se manifiestan cuando las exigencias del trabajo no son proporcionales a las capacidades, los recursos o las exigencias del trabajador.

El burnout

El síndrome de burn out es el resultado patológico de un proceso estresógeno que afecta a las personas que ejercen profesiones de apoyo; es decir, cuando estas personas no responden adecuadamente a las excesivas cargas de estrés a las que están sometidas por el trabajo que desarrollan. Se trata de una condición de malestar que se evidencia entre trabajadores empeñados en las llamadas profesiones de apoyo, específicamente en la atención sociosanitaria. El burn out se caracteriza por lo siguiente:

Agotamiento emotivo: sensación de cansancio y fatiga que se desarrolla a medida que los recursos emotivos se agotan; sensación de no tener ya nada que ofrecer a nivel psicológico;

Despersonalización: actitud negativa, de distanciamiento, cinismo y/u hostilidad en relación con las personas con las cuales y para las cuales se trabaja.

Realización profesional: percepción de incapacidad de trabajo que implica una caída de la autoestima y una disminución del deseo de alcanzar el éxito.

Es posible identificar el burn out cuando se observa:

- » agotamiento emotivo;
- » despersonalización;
- » tendencia al cinismo;
- » sentimiento de baja realización personal;
- » tendencia a evitar el ambiente laboral;
- » frustración e insatisfacción;
- » poca empatía con las personas de las cuales se debería encargar;
- » deterioro físico;
- » insomnio
- » depresión

Consecuencias personales y sociales/organizativas

Los efectos del burn out no repercuten solo a nivel personal, sino que tienden a propagarse dentro de un equipo hasta alcanzar, incluso, a los usuarios, involucrando por consiguiente a toda la organización. Las consecuencias de esto son bastante graves y se pueden esquematizar en tres niveles:

- » Nivel de los trabajadores, que “pagan” el burn out incluso por medio de somatizaciones, pero especialmente a través de dispersión de recursos, frustraciones y uso limitado de potenciales.
- » Nivel de los usuarios, para los cuales un contacto con los operadores en burn out resulta frustrante, ineficaz y dañino.
- » Nivel de la comunidad en general, que ve desaparecer importantes inversiones en los servicios.

Causas del burnout

El desequilibrio entre el individuo y el trabajo, responsable de consecuencias comportamentales, sociales y de bienestar individual, puede manifestarse en seis áreas:

- » Volumen de trabajo: cuando es superior a la capacidad del individuo que lo debe realizar;
- » Control: existe una conexión entre la falta de autonomía (capacidad de asumir responsabilidades, de tomar decisiones importantes) y el burn out;
- » Recompensa: social y económica;
- » Comunidad: en términos de calidad de relaciones con los colegas;
- » Equidad: percepción de honestidad y rectitud que favorece el engagement y la satisfacción;
- » Valores: congruencia entre los valores del individuo y de la organización, cuya ausencia se puede traducir en la presión por una opción entre lo que se quiere hacer y lo que se debe hacer.

Cómo prevenir el burn out?

La prevención del burn out pasa a través de diferentes etapas:

- » Favorecer el grupo con estabilidad en el tiempo y garantizar la seguridad laboral.
- » Desarrollar métodos que incentiven y gratifiquen según las diferentes funciones profesionales y las capacidades del individuo.
- » Desarrollar e incrementar el trabajo en equipo mediante la discusión de los casos y la participación en todos los aspectos decisivos en el trabajo.
- » Compartir responsabilidades en los procesos con los usuarios, sus familias y la comunidad social en general.
- » Hacer que la educación y la investigación sean los principales objetivos del programa administrativo.
- » Incentivar mecanismos formales de grupo para resolver problemas organizativos y solucionar conflictos.
- » Suministrar controles periódicos del burn out a todo el grupo.
- » Desarrollar momentos de audiencia y de hospitalidad individual y/o de grupo en situaciones de conflicto.

Ficha 5.3

Las herramientas para manejar la agresividad



La agresividad

La agresividad es una reacción social en la cual un individuo le causa daño a otro de manera intencional. De acuerdo con la teoría evolucionista, la agresividad es proporcional a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, mientras que desde una perspectiva fisiológica, son las estructuras neocorticales y subcorticales las que desempeñan un papel importante en el desencadenamiento de una actitud agresiva, mediante la liberación de sustancias particulares. La psicología psicodinámica, en cambio, ve la agresividad como una motivación, un impulso, una reacción a la frustración. Por último, las teorías sobre el aprendizaje social consideran que la agresividad se desarrolla a partir de modelos relacionales, sociales y culturales.

El aporte de la psiquiatría determina que la agresividad es un síntoma de sufrimiento generado y siempre está relacionada con un trastorno mental. Desde este punto de vista, es necesario decir que los comportamientos agresivos no representan en sí mismos una patología psiquiátrica, sino que son expresiones patológicas desencadenadas por situaciones específicas; es decir, cuando la persona que los manifiesta no logra controlarlos, y no son modulables ni adecuados a la situación que los determina.

La presencia de actitudes agresivas puede representar el deterioro de un cuadro clínico en algunos trastornos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno límite de personalidad (borderline) y los diferentes desórdenes de ansiedad. Los comportamientos agresivos aumentan en relación con el uso de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Variables de entorno y factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden influenciar el desencadenamiento de actitudes agresivas dependen en gran medida del entorno, ya sea en caso de que la persona se encuentre dentro de un centro hospitalario o en un servicio territorial. Algunos de estos factores son:

- » Los patrones de conducta de los trabajadores.
- » La falta de interés de la persona hacia el manejo del proyecto (de acogida, de integración, etc.).
- » La falta de privacidad en la convivencia obligada con personas.
- » El cumplimiento de las normas del centro y sus límites respecto de la libertad personal.
- » La suspensión de la situación jurídica.
- » La escasa capacidad de lectura del contexto.
- » La ausencia de familiares en el país receptor y en el contexto de acogida.



Prevención y manejo de las actitudes agresivas

El conocimiento previo de la persona puede facilitar un mejor manejo de las eventuales actitudes agresivas; por ejemplo, cuando se tiene conocimiento de cuadros psicopáticos diagnosticados o de temas y argumentos que pueden provocar reacciones negativas del usuario. Igualmente, debemos tener en cuenta la presencia de otras personas que pueden “fastidiar” al usuario y, por consiguiente, hacerle aumentar el nerviosismo.

A falta de una adecuada información sobre el usuario, es importante conocer algunas señales premonitorias (necesarias, pero no suficientes) como: abusos verbales, actitud intimidatoria, amenazas, desencadenamiento de emociones, cercanías incómodas, aumento del tono de la voz, mirada directa a los ojos, sudoración, interrupciones en los turnos de conversación, etcétera.

Para prevenir la presencia de comportamientos agresivos es importante elegir los espacios de encuentro con la persona, como un espacio accesible y de fácil observación para otros colegas, que tenga siempre una vía de escape. Es una buena norma conjeturar que durante la entrevista el usuario puede manifestar agresividad y hacer partícipes a otros colegas, de modo que el trabajador no permanezca solo con el usuario. También es fundamental escuchar atentamente a la persona, aun en el evento de que manifieste agresividad, y asumir una actitud pasiva y no amenazante (postura abierta). Así mismo, probar una negociación de alternativas, suministrar informaciones precisas y detalladas, hacernos reconocer recordándole al usuario quiénes somos, usar siempre el NOSOTROS para enfatizar que formamos parte de una labor de cooperación y demostrar siempre empatía son algunos consejos útiles. Si la situación se dificulta, es preciso pedir ayuda inmediata, alertar a los colegas y, eventualmente, a las autoridades.

Cosas que NO se deben hacer

- » Demostrar miedo, ansiedad, temor
- » Tener contacto físico
- » Acercarse a la persona por detrás
- » Acercamientos bruscos
- » Obligar al usuario a estar en un espacio reducido
- » Asumir un comportamiento de provocación y desafío
- » Considerar como una ofensa personal la agresión verbal del otro
- » Tratar de desarmar (en este caso lo mejor es alejarse inmediatamente)
- » Prometer algo irrealizable solo por evadir la situación
- » Permanecer con los brazos cruzados
- » Dar énfasis a las emociones

Ficha 5.3

- » Demostrar enojo.

Los instrumentos operativos:

El manejo de situaciones de agresividad resulta eficaz solo si el trabajador forma parte de un equipo sólido, mancomunado y organizado, compuesto por profesionales con competencias específicas y con funciones profesionales muy bien definidas.

El equipo debe reunir las siguientes características:

- » Percepción común de los fines y objetivos.
- » Comunicación abierta basada en la confianza y el respeto por los colegas.
- » La presencia de un liderazgo generalizado
- » Intercambio de procesos eficaces.
- » Valorización de las diferencias personales y profesionales de todos los miembros.
- » Capacidad de demostrar flexibilidad y adaptabilidad en cada situación.
- » Aprendizaje constante.

Para crear un equipo sólido y unido, capaz de enfrentar situaciones de crisis, es necesario fomentar actividades grupales y de diálogo como:

- » Controlar y debatir los casos.
- » Coordinar actividades laborales.
- » Crear e intercambiar procesos laborales.
- » Programar las medidas que se deben adoptar.
- » Verificación del trabajo desarrollado y análisis de los incidentes críticos.



Ficha 5.4

Reconocer la existencia de la violencia de género y/o de proximidad y poder asumir responsabilidades



Las mayores dificultades de los trabajadores con respecto a los usuarios víctimas de violencia se refieren a la capacidad de evaluar las señales y la posibilidad de reducir los efectos causados por ella y de controlar las repercusiones. En este aspecto, es fundamental saber utilizar las relaciones de empatía y establecer una adecuada distancia.

El trauma vicario

El trauma vicario:

Señala la posibilidad de que un operador que trabaja en contextos críticos, con personas que han sufrido un trauma, pueda él mismo revivir el evento por causa del contacto con estas personas. El trauma vicario modifica negativamente los esquemas cognitivos y la modalidad de lectura del trabajo en sí y de la realidad, debido a los procesos de empatía, solidaridad e involucramiento emotivo con personas víctimas de eventos de alto impacto emocional. Los síntomas que se derivan de ello son de varios tipos: depresión, cansancio, irritabilidad, síntomas psicosomáticos, insomnio, ansiedad y fatiga, hasta llegar a problemas familiares.

Las medidas para contrarrestar el trauma vicario son:

Defusing: los participantes, inmediatamente después de una situación de emergencia, pueden reunirse durante 20 o 40 minutos para intercambiar ideas y estados de ánimo relacionados con eventos e historias que acaban de vivir o de escuchar.

Debriefing: intervención clínico-psicológica estructurada a la cual los trabajadores están obligados a participar con el objetivo de ayudar a comprender y aprender a manejar emociones intensas, así como establecer las estrategias más eficaces para enfrentar la situación.

Terapia de apoyo psicológico individual: dentro de un escenario clínico de tipo individual se discuten y analizan las variables individuales y los estados emotivos relacionados con la experiencia de haber estado en contacto con personas traumatizadas.

La contratransferencia:

Este término, creado por Freud para designar los apegos que surgen entre el psicólogo y el paciente, está relacionado con los sentimientos del subconsciente. En las evoluciones sucesivas, la contratransferencia comienza a inferir una serie de sentimientos, pensamientos y acciones puestos en práctica por el psicólogo/operador, pero que están conectados con las características específicas de personalidad y con las modalidades relacionales del usuario. La contratransferencia

Ficha 5.4

se presenta por el dinámico y continuo intercambio y está influenciada igualmente por la personalidad del operador. Existen diferentes tipos de contratransferencia:

Contratransferencia concordante: indica la percepción empática del estado afectivo interpersonal del usuario y suministra información sobre la manera como este vive las relaciones. Esto se asimila con el concepto de “simetría” y representa una identificación entre lo que el usuario experimenta o ha experimentado en el pasado.

Contratransferencia complementaria: indica la identificación empática con “el objeto” relacional y ofrece información respecto a cómo reaccionan los otros a las modalidades relacionales habituales del individuo, además de informaciones sobre modelos y eventos relacionales importantes en el presente o en el pasado del usuario.

Contratransferencia cultural: representa las respuestas conscientes e inconscientes a la alteridad cultural y depende de la identidad cultural del operador pero también de lo que el usuario proyecta en la relación. Esto puede representar una reacción a la angustia suscitada por la alteridad y puede tomar diferentes formas: negación de las diferencias, desvalorización, idealización. La contratransferencia cultural se une a aspectos como la identidad de género, histórica y social. La dimensión cultural no debe opacar el aspecto social del sufrimiento, concepto de “contratransferencia social” debido al diferente estatus socioeconómico de operadores y usuarios.

Reacciones contratransferenciales con víctimas de violencia

Las reacciones contratransferenciales en la relación con víctimas de violencia pueden ser de varias clases, pero tienden a ser de mucha intensidad y son difíciles y desgastantes si no se tratan adecuadamente. Las historias con las cuales el operador entra en contacto presentan abundantes elementos emotivamente preocupantes y los traumas sufridos por el usuario llevan al uso de defensas disociativas que provocan reacciones contratransferenciales específicas. El operador se interrelaciona con un fuerte nivel de sufrimiento. Existen diferentes tipos de reacciones contratransferenciales:

Reacciones concordantes: caracterizadas por malestar, tristeza, sentimiento de impotencia, miedo hacia el usuario, ansiedad, desacuerdo con el sistema.

Reacciones complementarias: caracterizadas por fastidio, evasión, enojo hacia el usuario, desconocimiento del sufrimiento, conductas pasivo-agresivas como el olvido, deseo de “salvar” al usuario, miedo del usuario.

El miedo

Representa una reacción acorde con un sentimiento experimentado por la víctima de violencia o un aspecto de contratransferencia cultural o social. Se refiere también a la percepción de elementos agresivos conscientes, inconscientes o disociados, presentes en el usuario, los cuales representan una reacción complementaria. Es fundamental acoger y valorar eventuales experiencias de miedo por parte de los operadores como factor de protección a posibles agresiones. Cuando el miedo representa un elemento contratransferencial, se trata de un afecto que es necesario metabolizar en equipo para poder continuar el trabajo con el usuario.



Sentimiento de impotencia (helplessness)

Es una de las reacciones emotivas más comunes en el trabajo con inmigrantes y víctimas de violencia. También puede ser una reacción acorde con la experiencia del usuario. El sentimiento de helplessness puede depender de mecanismos organizativos no virtuosos, debido a la percepción de un contexto amplio no favorable y la percepción de desequilibrios en las relaciones de poder entre los distintos niveles. Constituye una causa frecuente de abandono por parte de los operadores.

Conclusiones y consideraciones compartidas

10'



Pausa

15'



1,45h



Workshop

Estudio de caso: caso, trabajo en grupo, conclusión y discusión final

Entrega

15'



El docente y el colaborador leen e ilustran en clase el caso elegido, que por lo general es real, e invitan a los participantes a dividirse en grupos de 4 a 6 personas. Reparten una copia escrita del caso ilustrado (al menos una copia por grupo).

Trabajo de grupo

40'

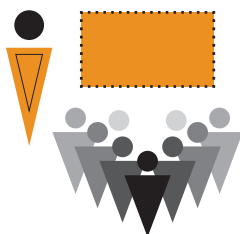


El maestro y el colaborador solicitan a los grupos reflexionar y discutir el caso de acuerdo con tres parámetros: 1. Recursos y fortalezas de la persona referida en el caso, su procedencia y su situación de contingencia; 2. Debilidades y aspectos negativos de la persona, su procedencia y su situación de contingencia; 3. Manejo de los casos por parte de los centros de servicio, de acogida, servicios sanitarios, sociales y demás; de igual manera, las deficiencias, las buenas prácticas, la forma en que hubieran podido o debido actuar para obtener mejores resultados en la intervención.

El grupo dispone de 30 a 40 minutos para trabajar

Exposición

40'



Al finalizar el trabajo, el portavoz de cada grupo expone, en presencia de todos, la discusión efectuada en su grupo y los resultados obtenidos. Este es uno de los momentos más importantes de la jornada de capacitación, ya que cada grupo y cada participante tienen la posibilidad de interactuar con los demás, en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias.

Conclusión

10'



El workshop concluye con una breve intervención del docente y el colaborador para resumir los análisis hechos por los grupos, evidenciar los aspectos más relevantes y, eventualmente, agregar información solicitada por los participantes y/o aspectos que no se presentaron, pero que se consideran importantes.



Caso de Mamadou

Mamadou es operario de un CAS (Centro de Acogida Extraordinaria) desde hace un año; es de Senegal y está en Italia desde hace más de 10 años; trabaja también como intermediario lingüístico-cultural cuando lo requieren.

El CAS donde trabaja acogió a 25 jóvenes, de los cuales tres son de Senegal, como él. Por ese motivo, cuando se trata de manejar determinadas situaciones, especialmente tensiones, los colegas le solicitan a Mamadou ocuparse del caso.

De igual manera, cuando necesitan traducciones de su idioma, hacer entrevistas con el psicólogo o acompañar a alguien, sobre todo a los servicios médicos, le piden el favor a Mamadou. Con esto se facilita tanto la actividad de los operadores como la de los huéspedes, evitándose tener que acudir a intermediarios lingüísticos externos.

En principio, Mamadou tomó esta actividad como un reconocimiento importante, ya que valorizaba sus competencias, pero con el tiempo se convirtió en una actividad pesada, pues tuvo sobrecarga de solicitudes y de expectativas.

El punto de ruptura llegó cuando Mamadou fue acusado por uno de los huéspedes de no haber traducido correctamente lo que él le había manifestado y de no haberlo ayudado suficientemente, por lo cual, ante el rechazo de su solicitud, lo desacreditó con los otros huéspedes, quienes cambiaron su actitud hacia él.

Así mismo, el equipo del CAS no supo manejar correctamente esta situación y Mamadou, al no lograr resolver la situación, manifestó su deseo de retirarse.

Preguntas:

- » Qué contratransferencia tienen los operadores en cuestión?
- » Cuáles son los elementos críticos?
- » Qué recursos hubieran podido aplicarse?





Sección 2

Buenas prácticas para la acogida

Identificar, prevenir, cuidar

por *Lia LOMBARDI*

introducción

Esta sección está dedicada a las “buenas prácticas para la acogida” y se fundamenta en tres criterios básicos: identificar, prevenir y curar. La segunda sección, al igual que la primera, sigue una estructura con base en fichas que se refieren a:

1. sistemas de acogida en Italia, Francia e Italia, así como algunas realidades locales;
2. buenas prácticas de acogida y cuidados para las personas migrantes víctimas de violencia y trabajo en red (gobernanza, protocolos, acciones);
3. puntos críticos y perspectivas del sistema.

Ficha 1

Sistemas de acogida



Sistema de acogida italiano

La revisión de los servicios de acogida (D.L. 113 de 2018) reestructura el sistema en su totalidad: la nueva norma (artículo 12) prevé que los servicios de acogida integrados en el territorio (denominada segunda acogida), predispuestos por las autoridades locales en las estructuras del Sistema SPRAR (ahora SIPROIMI), sean reservados exclusivamente a los titulares de protección internacional y a los menores de edad extranjeros no acompañados, y no como antes, que se reservaba a los solicitantes de asilo. La etapa anterior a la acogida como tal consiste en un auxilio de primera asistencia, además de la identificación de los migrantes, en especial en los lugares de desembarque (Centros de Primera Acogida, CPA; Centros de Primeros Auxilios y Acogida, CPSA, y los HotSpot o puntos de acceso para el inmigrante).

La acogida como tal se lleva a cabo en dos etapas: la etapa de recepción que completa la identificación del solicitante para la presentación de la solicitud de asilo (CDA, CARA) y una segunda etapa de recepción e integración asegurada a nivel territorial por las autoridades locales en las estructuras del sistema SPRAR. En caso de agotamiento de puestos en los centros gubernamentales, los migrantes pueden ser hospedados en estructuras temporales llamadas CAS (Centro de Acogida Extraordinaria).

Con respecto a la violencia de género y de proximidad, en la mayoría de los casos las mujeres solteras y las que tienen niños viven en apartamentos o en pequeños centros donde no hay hombres; las familias suelen alojarse en apartamentos o centros en los cuales se les garantiza su privacidad.

Otro aspecto de la situación italiana está representado por la Ley 119 del 15 de octubre de 2013, que establece algunas reglas en materia de inmigración, seguridad y lucha contra la violencia de género.

El artículo 18bis de la ley establece que si la policía o los magistrados verifican que un inmigrante (mujer u hombre) es víctima de violencia doméstica o del compañero permanente (VPI) perpetrada en territorio italiano, la autoridad puede expedir un permiso especial de residencia que le permita a la víctima escapar de la violencia. El artículo 8 del Decreto Legislativo 24 del 4 de marzo de 2014 extendió el tipo de protección antes descrito a las víctimas de trata de seres humanos y de reducción a esclavitud.

Sistema de acogida del municipio de Milán

Milán es el único municipio de Italia que administra un número de Centros de Acogida Extraordinaria (CAS), generalmente gestionados por las prefecturas. Actualmente, las estructuras CAS son nueve y de enero a septiembre de 2018 acogieron a 1.404

migrantes, equivalentes al 7 % del número total que desembarcó en el país. El porcentaje de mujeres es de 21,6 %. La permanencia promedio de los huéspedes varía entre cinco y nueve meses. Las estructuras SPRAR del municipio comprenden ocho centros de acogida (347 puestos) y poco más de siete apartamentos (75 puestos). El porcentaje de mujeres es de 21,8 % (especialmente mujeres somalíes), mientras que el de los menores de edad es de 16,1 %. El porcentaje de usuarios con una permanencia promedio de al menos un año equivale al 24,2 %.

Sistema francés de asilo y protección

En los últimos años Francia ha registrado un aumento en las solicitudes de asilo, situación que ha causado tensión en el sistema. En general, el enfoque a la gestión de la violencia y de la violencia de género se ha visto bastante fragmentado. En Francia, las solicitudes de asilo están sujetas a reglamentos conformes al código de entrada y residencia para extranjeros y concesión de asilo, CESEDA. De conformidad con el artículo L.71-11 de este código, existen tres tipos de estatus de refugiado:



- » **Asilo convencional:** concedido de conformidad con el Convenio de Ginebra de 1951 a las personas que solicitan asilo por motivos de persecución o miedo de persecución en sus países de origen.
- » **Asilo constitucional:** este derecho está consagrado por la Constitución francesa de 1946 (línea 4 del Preámbulo), la cual establece que el asilo será concedido a las personas perseguidas por causa de sus acciones en favor de la libertad.
- » **Solicitantes de asilo:** este estatus se concede a las personas que han presentado solicitud de asilo y durante el periodo en que esperan la concesión del estatus de refugiado.

Las principales agencias encargadas del sistema de asilo francés son:

- » **OFPPRA**, oficina francesa para la protección de refugiados y apátridas.
- » **CNDA**, Tribunal Nacional para el Derecho de Asilo.
- » **OFII**, agencia encargada especialmente del DNA y de encontrar y suministrar alojamiento y apoyo material a los solicitantes de asilo. El DNA es el sistema nacional francés de acogida para refugiados y solicitantes de asilo, administrado por el OFII (Oficina Francesa para la Inmigración e Integración). El sistema nacional incluye múltiples participantes, algunos de los cuales no son gubernamentales.

Instituciones gubernamentales de asilo: OFII, OFPPRA, CNDA.

Participantes no gubernamentales:

- » Operadores de refugiados: FTDA, Coallia, Samu Social (Emaús), Groupe SOS;
- » Principales ONG de París, encargadas de la recepción y/o de la orientación inicial: Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, gestores de PADA.

Ficha 1

Entidades públicas e instituciones de derecho común:

- » Municipio de París (Villas de París);
- » HCE (Alta Comisión Nacional para la igualdad entre mujeres y hombres);
- » AH-HP (hospitales de París);
- » ASE (servicios de protección a la infancia);
- » Organizaciones internacionales: ACNUR, Francia.

A su llegada a Francia, los migrantes tienen 90 días para presentar la solicitud de asilo. De ellos se encargan inicialmente los centros CAO (Centros de Acogida y Orientación), donde reciben ayuda en los procedimientos administrativos. .

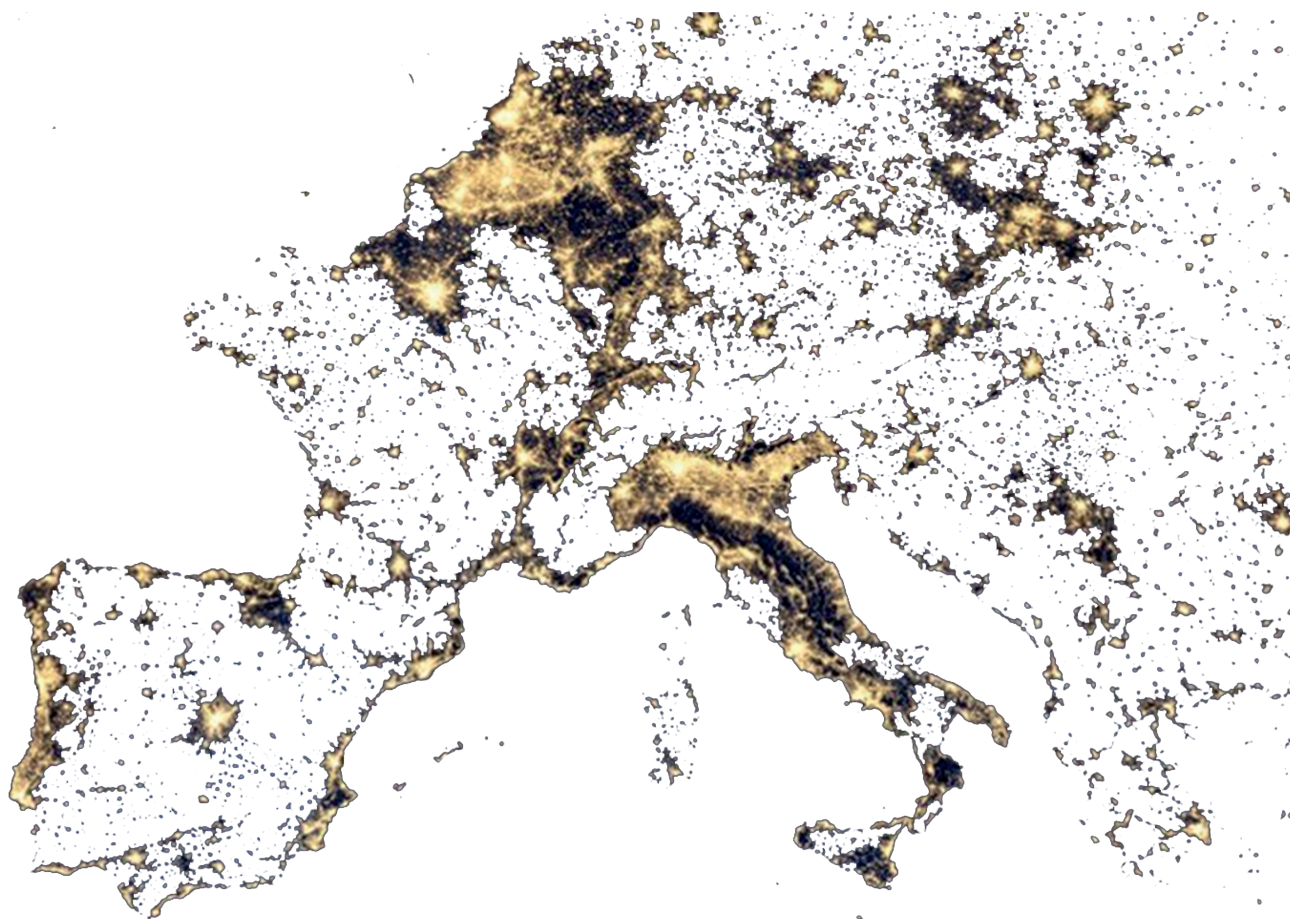
Sistema de acogida español



España se ha convertido en una de las áreas más importantes de Europa para la acogida de migrantes y refugiados, no solo por su ubicación geográfica, sino también por sus recientes políticas sociales y la posición del gobierno en relación con la acogida de los refugiados. El sistema de acogida español está organizado en diferentes Centros de Acogida para Refugiados (CAR), que son instituciones públicas que suministran alojamiento y asistencia psicosocial primaria, además de otros servicios sociales enfocados en facilitar la convivencia y la integración con los solicitantes de asilo o refugiados en España. La actual ley española sobre asilo, aprobada en 2009, incluye la persecución por razones de género y por orientación sexual como motivo de asilo. Los refugiados de género tienen los mismos derechos de pedir asilo y la misma protección de las personas en fuga por un conflicto armado, pero es necesario mejorar el acceso al asilo para estas personas, especialmente en los pasos de frontera y en los CIE (Centros de Identificación y Expulsión) para brindarles mayor seguridad (Ramírez, 2016).

En Andalucía, desde el 19 de diciembre de 2017, los solicitantes de asilo, los apátridas y los refugiados pueden tramitar un ingreso mínimo para la integración social, sin necesidad de suministrar pruebas de registro por un determinado periodo. A pesar de eso, los retrasos y la demora en el pago son normales. El Departamento de Justicia y Relaciones Interiores y la Dirección General para la Coordinación de las Políticas Migratorias (Consejería de Justicia e Interior de la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) administran la política de asistencia social para los migrantes y la población refugiada de Andalucía.

Otra organización importante es el Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones. Sin embargo, ninguno de ellos considera el concepto de “violencia de proximidad” específicamente o como categoría de análisis. El sistema de protección contra la violencia de género a nivel local comprende las prefecturas, la policía local, la guardia civil, los municipios locales y los centros de salud.



Ficha 2

Buenas prácticas de acogida

Políticas inclusivas

Las políticas inclusivas deben orientarse hacia un trabajo enfocado en el empowerment, ofreciendo a cada mujer (y hombre) la posibilidad de autodeterminación y proyectando un futuro mejor para ella/el. Estas políticas inclusivas deberían estar estrictamente vinculadas a la lucha contra la violencia de género y de proximidad, y basarse en una fuerte sinergia entre los diversos actores comprometidos y en una relación de colaboración activa entre el Estado, las provincias y los municipios.

El rechazo de la desigualdad de género debería ser una característica esencial de cualquier proyecto dirigido a la reforma social global, suministrando un lazo vinculante entre ética y economía, entre la búsqueda de bienestar y la libertad de elección y una confrontación entre intereses, valores y objetivos, de manera que favorezcan el fortalecimiento de las diferencias y el rechazo de los modelos propuestos como indiscutibles y universales.

Buenas prácticas de acogida en Lombardía



El municipio de Milán invierte en la integración sin descuidar la experiencia de los servicios transversales dentro de los CAS, como la formación de los operadores, el aprendizaje del idioma italiano, la introducción en el conocimiento del territorio y de los servicios por parte de los migrantes al iniciarse en el trabajo. En el territorio milanés se constata una acción institucional bastante activa y positiva por parte de la municipalidad.

Entre las buenas prácticas presentes en el área de Milán, mencionamos el nuevo proyecto de la “Casa para Mujeres Maltratadas”. Esta asociación recibió como donación una casa grande que se convirtió en una estructura hospitalaria para mujeres solicitantes de asilo y refugiadas víctimas de violencia. El proyecto ejecuta un recurso de autonomía y empowerment de las mujeres para permitirles salir del contexto de violencia. El municipio de Milán inauguró recientemente la “Casa Chiaravalle”, una propiedad confiscada a la mafia, con capacidad para hospedar hasta 50 mujeres. El proyecto prevé acogida y procesos de autonomía para las mujeres migrantes víctimas de violencia y su ubicación en la vida y en el tejido social. Igualmente, la cooperativa “La Strada”, que trabaja en la acogida generalizada.

Digno de mención es el modelo de acogida de la cooperativa “Lotta Contro l'Emarginazione”, asociación que hospeda mujeres víctimas de trata de personas y de violencia. El staff aplica un modelo “mixto” de acogida; es decir, que utiliza tanto el centro residencial como el modelo de “acogida generalizada” que proporciona apartamentos situados en toda el área. A su llegada, los migrantes permanecen en la estructura central, donde un equipo multiprofesional se encarga de ellos.

En el territorio milanés y sus alrededores (área metropolitana) existe una red de servicios intensa y efectiva. Representantes de muchas instituciones y organizaciones forman parte de esta red (pacto por la ciudad) y trabajan en cooperación con todos los servicios. Eso significa que cuando se presentan mujeres o personas vulnerables, los operadores saben a quién dirigirse y cómo activar la red de servicios: hospitales, servicio de etnopsiquiatría, administración local, servicios educativos, centros antiviolencia y ayuda para la violencia sexual y doméstica.

Desde el año 2013 el municipio de Milán ha administrado la “Red milanese para vulnerables y solicitantes titulares de protección internacional” con el objetivo de garantizar servicios de protección y asistencia, así como fortalecer las redes y la colaboración entre todos los sujetos involucrados.

La Ayuda contra la Violencia Sexual y Doméstica es un centro público de excelencia contra la violencia en la ciudad de Milán, dirigido a todas las víctimas de violencia, de cualquier sexo y edad. Activo desde 1996, es un servicio que tiene como objetivo ofrecer información, acogida y asistencia sanitaria médica y legal, apoyo psicológico y social para el tratamiento del trauma vinculado a la violencia sufrida. El centro dispone de un equipo multidisciplinario compuesto por ginecólogos, médicos legales, neuropsiquiatras infantiles, psiquiatras, enfermeros, obstetras, asistentes sociales y psicólogos. Todos los operadores están capacitados para recibir a las víctimas de violencia y garantizar un recurso individualizado.

El Instituto Europeo de Psicotraumatología trabaja con su personal en los centros CAS y SPRAR, donde tiene a disposición un grupo de expertos en psicotraumatología y especialistas en la gestión de desastres. El servicio suministra:

- » triage psicotraumatológico de las víctimas;
- » programación de intervenciones según los protocolos internacionales de psicología de desastres;
- » tratamiento oportuno posterior a la exposición para los sobrevivientes;
- » intervención para el duelo traumático para apoyar a los familiares de las víctimas;
- » apoyo psicotraumatológico para los heridos hospitalizados y sus familias;
- » intervenciones de prevención y salud programados para los socorristas;
- » apoyo a los funcionarios de la comunicación pública en temas de comunicación de emergencia y técnicas de prevención del pánico.

La comunidad “Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino y Riviera” desarrolló un modelo que suministra indicadores que ayudan a los operadores de los centros a identificar elementos clave que indican posibles situaciones de

Ficha 2

violencia. Un ejemplo significativo respecto al tema tiene que ver con “una mujer inmigrante víctima de violencia que fue tratada, de manera sinérgica, por el municipio del cual era huésped en un centro de acogida, desde un centro contra la violencia. Los primeros días fue trasladada a un hotel, con la ayuda de la policía, y posteriormente fue ubicada en un apartamento seguro. Hoy en día esta joven salió de sus condiciones de violencia, obtuvo protección humanitaria y tiene un contrato de trabajo”.

La Cruz Roja de Bresso adoptó un modelo basado en el trabajo en equipo multidisciplinario (psicólogos, asistentes sociales, representantes legales, educadores, profesores de italiano, intermediarios culturales y operadores). Los huéspedes de los centros están constantemente monitoreados y si se presentan casos en los cuales los traumas no logran superarse, el procedimiento consiste en contactar el centro de etnopsiquiatría adscrito al centro psicosocial de Cinisello Balsamo.

Buenas prácticas de acogida en Toscana

En Toscana, los solicitantes de asilo y refugiados, en casos de evidente violencia, son ayudados por el personal de los CAS y de los SPRAR, donde reciben información acerca de:

- » Servicios sanitarios
- » Centros contra la trata de personas
- » Lugares adonde dirigirse para buscar ayuda psicológica
- » Centros contra la violencia
- » Abogados y estaciones de policía

En 2016, los centros contra la violencia de Toscana participaron en el proyecto SAMIRA, cuyo objetivo es mejorar la identificación y la calidad de la asistencia puesta a disposición de mujeres y menores de edad migrantes, víctimas de violencia sexual y de trata de personas.

El proyecto SAMIRA implementó las siguientes actividades:

- » estudio cualitativo de las necesidades y factores de riesgo de las mujeres y niños que llegan a Italia a través de la ruta de Libia;
- » un curso de capacitación dirigido a mejorar los conocimientos y las habilidades de los operadores de los centros contra la violencia;
- » la elaboración de un modelo de buenas prácticas y métodos de trabajo para la identificación inmediata, la ayuda efectiva y la remisión/orientación de las víctimas.

En los últimos años se inauguró un CAS para mujeres víctimas de trata de personas y solicitantes de asilo. El CAS, administrado por la agencia contra la trata de personas, está compuesto por “operadores capacitados para trabajar en contacto directo con las mujeres extranjeras vulnerables”.

El programa SPRINT de etnopsicología está administrado por un equipo de psicólogos, antropólogos e intermediarios culturales que apoyan a los solicitantes de asilo y refugiados víctimas de abusos, traumatizados o afectados de vulnerabilidad mental. Los traumas se tratan de manera intercultural, favoreciendo la comprensión de la violencia experimentada desde el punto de vista personal, cultural y social del



inmigrante. Una unidad móvil que viaja por toda la región ha implementado este programa en coordinación con el sistema de salud pública (departamentos de salud mental) que lo apoya.

Medicina legal brinda un importante apoyo al trabajo que desempeñan los operadores legales. Ayuda a verificar las lesiones físicas provocadas, incluidas las causadas por tortura, violencia y abusos sufridos por los solicitantes de asilo en sus países de origen o durante su viaje a Italia.

Buenas prácticas de acogida en el área de París

Aquí relacionamos una lista de prácticas a gran escala, prácticas centralizadas promovidas por políticas públicas y prácticas individuales (de base) que pueden instituirse localmente.



Asistencia sanitaria

Los migrantes tienen acceso a la cobertura sanitaria estatal y a la asistencia sanitaria a través de dos modalidades: la Couverture Maladie Universelle (CMU o cobertura sanitaria universal), destinada a los solicitantes de asilo que pueden demostrar que poseen un récépissé (certificado de solicitud de asilo). Si una persona gana menos de € 648 al mes, puede beneficiarse del seguro de salud gratuito (CMU-C), pero deben disponer de una cuenta bancaria, requisito que generalmente los solicitantes de asilo no tienen. El Aide Médicale d'État (AME o Asistencia Médica Estatal) es accesible a los migrantes que no tienen un estatus jurídico específico y/o a los cuales les fue negado el asilo, con la condición de que estén presentes en territorio francés desde al menos tres meses.

Además, hay centros de atención médica llamados PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), localizados dentro de los hospitales públicos de París y disponibles para todas aquellas personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, aislamiento y/o en dificultades económicas críticas.

Alojamiento

La falta de lugares de alojamientos adecuados representa uno de los principales problemas cuando se tienen que afrontar casos de refugiados víctimas de violencia de género. Actualmente hay solo un CADA en Francia, destinado exclusivamente a mujeres, donde se les ofrece ayuda. La mayoría de ellas sufre traumas ocasionados por violencia pasada o actual. En el caso de LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros) no existe un sistema de alojamiento destinado a ellos, a excepción de París, donde Ardhis (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour) empezó a ocupar apartamentos en áreas de social housing y convertirlas en “casas-apartamentos” para refugiados LGBTI.

Una oficina única para atender los casos de violencia de género

En los últimos años se han desarrollado instrumentos nacionales para facilitar un intercambio de información más eficiente entre las organizaciones, el público en general y las víctimas de violencia de género: una página web oficial del Gobierno (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) ofrece información general sobre la violencia

Ficha 2

de género y sus diferentes formas. El centro Hubertine Auclert cubre la gran región de París, enumera las ONG y sus áreas de especialización y de acción y suministra mapas de los refugios para mujeres, horarios de atención help-desk y grupos de apoyo.

El CADA, administrado por Coallia en el norte de París, ejerce una política de los recursos humanos relevantes para el género. Además, el director organiza reuniones periódicas para todo el equipo a través de las cuales todos pueden discutir los casos sobre los cuales están trabajando, ofreciendo y obteniendo feedback.

Buenas prácticas de acogida en Andalucía

El documento “Asilo y protección internacional. La situación de los refugiados” (2015), adopta una posición en materia de trata de personas, mutilación genital femenina, matrimonios forzados, etc., y explica algunas buenas prácticas para garantizar un desarrollo adecuado de los servicios de acogida. El documento hace énfasis en que:

- a. durante la fase previa a la entrevista, es importante identificar a las personas que requieren solicitar protección internacional;
- b. durante la preparación de la solicitud formal es indispensable explicarle el procedimiento al refugiado en un lenguaje simple y claro;
- c. cuando se redacta el expediente es necesario contactar al instructor del caso, además del ACNUR, e investigar la violencia experimentada en el país de origen.
- d. durante la fase de resolución del expediente es necesario transmitir los puntos de base de la resolución e indicar cuáles fueron utilizados para tomar una decisión; solicitar medidas preventivas y suministrar los informes solicitados.

El hospital Alto Guadalquivir de Andújar se encuentra ubicado en la provincia de Jaén. Su programa se basa en el de la Organización Mundial de la Salud (1996), respecto a la violencia de género como un problema de salud pública. Esta Comisión fue promovida por el personal de enfermería del hospital y se extendió a otros profesionales como asistentes sociales, personal de las fuerzas de seguridad, profesionales de la administración local y expertos del Instituto Femenino.

En *Granada*, en 2018 se introdujo un “Protocolo de emergencia para recibir migrantes” (PECOL, 2018). Este programa fue promovido por la administración local, en colaboración con 46 instituciones públicas y privadas, cuyo objetivo es la acogida positiva de migrantes y refugiados que llegan a Granada. Una vez que el programa “Sea Rescue” encuentra un barco y salva a las personas a bordo, las conduce a tierra. El puerto de Granada (Motril) es el principal destino de estos barcos. En coordinación con la Cruz Roja, se alertan las cuadrillas de primeros auxilios para organizar la asistencia humanitaria que se suministrará. El personal específico asiste a las mujeres y evidencia signos de violencia para informar a la Policía y después transferir a las mujeres a los centros de acogida. Sin embargo, las entrevistas por lo general las hacen agentes de policía de sexo masculino, lo que dificulta que las mujeres suministren información o no tengan la valentía para establecer una relación de confianza que les permita hablar de las persecuciones sufridas; es algo verdaderamente difícil, incluso cuando la entrevista la conduce una mujer. (CEAR, 2017).

Ficha 3

Aspectos críticos y perspectivas

- » Uno de los principales aspectos para mejorar es la capacitación especializada en la atención de migrantes víctimas de violencia de proximidad.
- » Asumir la responsabilidad de los migrantes víctimas de violencia podría mejorar si los operadores encargados de inmigración y de violencia de proximidad y de género tuvieran conocimientos básicos adecuados, ya que, con frecuencia, durante los estudios estos problemas se abordan de manera marginal.
- » Además de la formación, la eficacia de la red debería ser mejorada con la inclusión de profesionales capacitados para intervenir como intermediarios culturales, especialmente en hospitales y estaciones de policía.
- » Infortunadamente, en el sector médico/sanitario en general la calidad de la capacitación en lo que respecta a las habilidades profesionales requeridas para suministrar asistencia a los migrantes aún es limitada.
- » Otro tema crítico lo determina la escasa colaboración entre instituciones, centros de acogida para migrantes y servicios sociales y sanitarios.
- » Se evidencia, igualmente, la dificultad en manifestar la violencia sufrida por parte de los solicitantes de asilo y refugiados (mujeres, hombres y niños). Se hace necesario activar rutas de sensibilización, tanto para las víctimas, como para los operadores.
- » Las dificultades administrativas y legales encontradas en el momento en que se trata de acceder a la protección del asilo son importantes: condiciones de vivienda, retardos administrativos, incertidumbre en lo que respecta a la solicitud de asilo y a su futuro en Europa son factores que agravan aún más la situación de los refugiados que ya experimentaron un trauma.
- » La violencia pasada y presente, así como la violencia indirecta (victimización secundaria) infligida por el Sistema, pueden favorecer el aislamiento, la retirada o la pérdida de confianza en sí mismos (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). Esta “victimización secundaria” se debe a la falta de apoyo sistemático por parte de las instituciones y/o a la falta de conocimiento del problema por parte de los profesionales (Bautista Cosa, 2018).
- » El psicotrauma también puede extenderse por las modalidades de recepción (o por la ausencia de acogida y asistencia dentro del sistema): las condiciones de acogida difíciles pueden agravar los trastornos de estrés postraumático y depresión. El COMEDE (Comité pour la Santé des Exilés) calcula que el 27 % de los pacientes tratados entre 2012 y 2017 han tenido pensamientos suicidas durante la terapia.
- » El COMEDE estima que el periodo promedio de mejoría psicológica puede tardar hasta 15 meses dependiendo del género y del origen del paciente, pero cuando el periodo legal para la presentación de una solicitud de asilo es de 90 días y de 15 para una apelación, esto podría tener consecuencias devastadoras para la salud y la vida de estas personas.

PAUTAS PROVIDE

El caso

Resistencia y resiliencia

La violencia es un hecho estructural, pero también es una cuestión de compartir los contextos y la dinámica de la violencia con las mujeres migrantes y los operadores. Se trata, al menos, de ofrecer a las mujeres y víctimas de la violencia la oportunidad de comprender la dinámica y las formas de violencia y la posibilidad de elegir si se someterá o no a un proceso de tratamiento. Una pregunta hecha por un psiquiatra entrevistado durante la investigación de PROVIDE (Lombardi 2019a), se refiere a la posibilidad y a la capacidad de las mujeres migrantes de reaccionar y liberarse del círculo de la violencia:

Entonces, me pregunto: ¿cómo puedo imponer un camino de autonomía a una persona que ha sido esclavizada durante mucho tiempo? Propongo un camino de autonomía que ella no es capaz de enfrentar. Quizás en diez años veamos resultados; quizás no reproducirá la misma dinámica de la violencia sufrida con sus hijas. Sin embargo, ¿qué esperamos lograr en seis meses? Por lo tanto, los operadores se sorprenden cuando una mujer, después de un largo proceso de tratamiento, después de finalmente poder obtener el estatus de refugiada, no hace nada para aprovechar estos beneficios. ¡El hecho es que esta mujer ha sido esclavizada desde los cinco años! (PFG No. 4, psiquiatra, mujer).

La violencia es un fenómeno social, un proceso que pasa del conocimiento a la competencia cultural, "por lo que debemos equiparnos con el respeto a la diferencia". Hay formas de violencia que no se pueden curar y, sin embargo, las mujeres aún tratan de vivir una vida "normal": trabajan, tienen hijos. Una psicóloga cuenta la historia de una mujer, abusada por su padre desde la edad de cuatro años, que huyó durante su adolescencia y llegó a Italia. Entonces, cuando quedó embarazada, los servicios sociales se hicieron cargo de ella y del niño.

Ahora su hijo tiene ocho años y los servicios sociales nunca han comenzado a brindarle apoyo parental. Las mujeres como esta a menudo están solas, no tienen una red de padres, ninguna persona que actúe como referente, por lo que es importante activar un servicio de apoyo parental. Las mujeres lo necesitan porque requieren empowerment económico. Ellas quieren trabajar. El hogar y el trabajo son los principales pasos hacia la autonomía (PFG n. 5, psicólogo, mujer)..

Las mujeres migrantes muestran una fuerte capacidad de resistencia y resiliencia; conocen modelos de atención y prácticas europeas y aprenden a usarlos en su favor. "Entonces quizás deberíamos buscar puntos de contacto en lugar de diferencias. Si trabajamos en esta dirección, no propondremos modelos atribuibles a una meta sino a prácticas comunes multifacéticas" (PFG No. 4, psiquiatra, mujer). (Lombardi 2019a).

Appendix

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.*

Bibliography &online resources

- AAVV (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., (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.
- Carroppo E. (2007), *Salute mentale, migrazione e pluralismo culturale*, Alpestitalia, Roma.
- CEAR (2018), Informe 2018. *Las personas refugiadas en España y en Europa*, CEAR, Madrid, retrieved from <https://www.pear.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., Ménéghini 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/>
- 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.
- 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.
- EIGE (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.
- 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
- 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/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.

Bibliography &online resources

- 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.
- 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), *Radicamenti, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 (2°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_y2IwbA

Acknowledgement

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.



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 realized within 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).

via Copernico 1 – 20125 Milano (Italia)
tel. +39 02 6787791 – ismu@ismu.org
www.ismu.org

ISBN 9788894432466