

Quaderni del



Centro di Salute per Migranti Forzati

Donne migranti

DONNE MIGRANTI



Quaderni del Samifo • 1



Pubblicazione dell'Associazione Centro Astalli
Jesuit Refugee Service - Italia
Via degli Astalli, 14/a - 00186 Roma
Tel 06 69700306 - Fax 06 6796783
astalli@jrs.net
www.centroastalli.it

Quaderni del SaMiFo / 1

a cura di Giancarlo Santone
Dirigente Medico ASL Roma 1
Coordinatore Centro di Salute per Migranti Forzati
Struttura Sanitaria a Valenza Regionale

Alta professionalità in psichiatria transculturale e delle migrazioni

Comitato di redazione:

Maurizio Bacigalupi, Emanuela Limiti, Donatella Parisi, Sara Tarantino, Emilio Vercillo, Martino Volpatti

Disegno di copertina:

di Abū 'Abd Allāh Muhammad ibn Muhammad ibn 'Abd Allah ibn Idrīs al-Sabti
- ma per comodità di tutti detto semplicemente al-Idrisi (o anche Edrisi). Il mondo è rappresentato secondo l'uso arabo con il nord in basso, dandoci una visione del mondo

©2016 Associazione Centro Astalli - Roma

Quaderni del SaMiFo / 1



Donne migranti

Roma 2016

INDICE

| | | |
|---|------|-----|
| Introduzione, <i>Giovanni Maria Flick</i> | pag. | 3 |
| Premessa, <i>Angelo Tanese</i> | » | 9 |
| Accompagnare, servire e difendere i diritti delle donne rifugiate, <i>Chiara Peri</i> | » | 11 |
| Le donne vittime di tratta in Italia: misure di accoglienza e protezione, <i>Francesca Nicodemi</i> | » | 25 |
| Stop Female Genital Cutting. Start the Alternative, <i>Paola Magni</i> | » | 39 |
| Schiavitù e psicopatologia. Alcune riflessioni sulla patologia post-traumatica nella schiavitù femminile in Mauritania, <i>Emilio Vercillo</i> - <i>Maria Guerra</i> | | 51 |
| Le minori straniere non accompagnate a Roma, <i>Rodolfo Mesaroli</i> | » | 75 |
| La salute delle donne migranti. L'incontro con l'assistenza ostetrica e ginecologica, <i>Silvana Patricelli</i> - <i>Giorgia Rocca</i> - <i>Amyel Garnaoui</i> | » | 85 |
| L'allattamento nelle mamme migranti, <i>Maria Grazia Pri- vitera</i> - <i>Giuseppe Canzone</i> - <i>Serena Battilomo</i> | » | 93 |
| Prevenzione e contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Un progetto realizzato con le donne del Corno d'Africa a Roma, <i>Emanuela Forcella</i> - <i>Erica Eugeni Giancarlo Santone</i> | » | 103 |
| <i>Appendice: le attività del SaMiFo nel 2015</i> , a cura di Giancarlo Santone | » | 113 |

INTRODUZIONE

GIOVANNI MARIA FLICK*

Secondo l'articolo 32 della Costituzione *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti»*.

La norma costituzionale, nella sua chiarezza e sinteticità, *riconosce* nella salute una componente essenziale e concreta dell'identità di ciascuna persona (come condizione della vita, della socialità, dell'eguaglianza, della personalità di ciascun individuo e del suo rapporto con gli altri); *impegna* la Repubblica (cioè tutte le realtà, le strutture, le organizzazioni ed i componenti della comunità nazionale) alla tutela di quella componente; *definisce* la sua natura di diritto fondamentale (l'unica volta in cui la Costituzione usa tale qualificazione) per il singolo e di interesse per la collettività; *esplicita* la sua concretezza in termini di solidarietà (con un richiamo evidente ai *“doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”*) attraverso la garanzia di *“cure gratuite agli indigenti”*.

La tutela della salute, nei termini sopra richiamati, è un diritto fondamentale non solo per tutti i cittadini, ma anche per tutti gli stranieri che si trovano sul territorio nazionale, secondo l'indicazione precisa dell'articolo 10 della Costituzione e il suo richiamo alle norme e trattati internazionali. Essa assume poi un valore particolarmente significativo con riferimento alla discriminazione della donna, alla maternità, al riconoscimento e alla protezione del relativo diritto e del diritto del bambino, alla luce in particolare dell'articolo 31 della Costituzione e dell'art. 24 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

* Presidente emerito Corte Costituzionale.

È questo l'orientamento consolidato della giurisprudenza costituzionale sulla necessità di assicurare a ciascuna persona delle condizioni minime di vita e di salute - richiamato da ultimo dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2015, che ribadisce i principi costituzionali affermati e consolidati anche nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo - sul valore fondamentale di ciascuna persona, sul principio di non discriminazione, sul valore di essenziale risalto e rilievo costituzionale della solidarietà e della dignità umana. Quei valori richiedono fra l'altro di assicurare a ciascuna persona, nella più ampia e compatibile misura, condizioni minime di vita e di salute.

L'affermazione unitaria del bene-salute da parte della Costituzione - nella duplice componente individuale e collettiva; e nella confluenza fra entrambi gli interessi che guardano ad essa - induce a configurare la salute, in termini giuridici, come un diritto che si risolve in uno *status*, una condizione di benessere psicofisico, un'espressione di libertà e di eguaglianza nel rapporto con gli altri, una componente essenziale della propria identità.

La definizione del concetto di salute non è agevole, e non è certo questa la sede per cercare di proporla. È sufficiente ricordare come per giungere a quella definizione siano state proposte molteplici vie, ciascuna delle quali è stata ritenuta insufficiente ad esaurirne il significato: dalla "normalità statistica", con il rinvio a regole biologiche preesistenti, alla definizione di salute attraverso la malattia, ritenuta il suo opposto (la salute come assenza di malattia); alla definizione soltanto "medica" o a quella "media". Probabilmente, il significato costituzionale della salute si comprende meglio se si guarda alla definizione che ne è stata proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: non già una definizione solo in negativo o fondata sulla media, ma l'aspirazione alla miglior condizione possibile di benessere, uno *"stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"*.

Nel contesto costituzionale è importante cioè il valore della salute - in termini di eguaglianza e di identità e libertà, nonché di pari dignità sociale - come presupposto indispensabile per estrinsecare compiutamente e liberamente la propria personalità, nel rapporto con gli altri. Ciò comporta non soltanto il richiamo alla integrità

delle funzioni biologiche, ma anche quello alle capacità affettive e relazionali. E vale a sottolineare sia l'importanza sociale del diritto alla salute, sia il suo stretto collegamento con gli altri valori costituzionali fondamentali: quelli proposti dall'art. 2 della Costituzione, attraverso il principio personalistico ed il diritto all'identità e alla diversità; e quelli proposti dall'art. 3, attraverso il riferimento alla uguaglianza e alla pari dignità sociale.

La giurisprudenza costituzionale ha da tempo messo in luce la circostanza che il bene della salute è tutelato dall'art. 32, primo comma, «non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo» (sentenza n. 356 del 1991). Un diritto che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n. 307 e 455 del 1990), in quanto «diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati» (sentenze n. 202 del 1991, n. 559 del 1987, n. 184 del 1986, n. 88 del 1979).

Come diritto strettamente inerente alla persona umana, il «nucleo irriducibile» del diritto alla salute deve essere riconosciuto non solo ai cittadini italiani, ma anche agli stranieri «qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato», potendo il legislatore prevedere solo diverse modalità di esercizio dello stesso (sentenze n. 252 del 2001 e n. 432 del 2005).

Come ricorda la Corte Costituzionale, il diritto alla salute implica il diritto ad essere curati, che trova espressa tutela nel primo comma dell'articolo 32. Il diritto ai trattamenti sanitari, ovvero a ricevere prestazioni sanitarie, è tutelato come diritto fondamentale nel suo «nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto» (v., fra le altre, sentenze n. 432 del 2005, n. 233 del 2003, n. 252 del 2001, n. 509 del 2000, n. 309 del 1999, n. 267 del 1998).

Anche al di fuori di tale nucleo, d'altra parte, il diritto a trattamenti sanitari «è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato alla attuazione che il legislatore ordinario ne dà, attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto

con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento».

* * *

In un simile contesto è importante la presenza di realtà come il Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) che si propongono l'obiettivo di promuovere la tutela dei diritti e della salute dei migranti forzati, cercando di renderla concreta in un ambiente in cui essa rischia di restare altrimenti solo un'affermazione o un intervento emergenziale a carattere momentaneo e di spot. Ciò vale soprattutto per i soggetti più deboli e che più hanno bisogno urgente e concreto di quella tutela, fuggendo da situazioni di guerra, di violenza o di persecuzione personale.

L'analisi proposta dalla ricerca del centro - in diverse prospettive e con diversi contributi utili, per quanto non sempre collegati fra loro e molto sintetici - sui diritti (o meglio sul disconoscimento dei) diritti della donna migrante nella società contemporanea, aiuta a comprendere le molteplici ragioni della particolare vulnerabilità delle donne migranti e rifugiate sotto molteplici profili: umano, sociale, politico, giuridico, economico; e quindi a comprendere la necessità e urgenza e la globalità di un intervento efficace e adeguato per la tutela della loro salute.

Basterebbe, a sottolineare quella particolare vulnerabilità, il fatto che il 50% dei rifugiati è costituito da donne e ragazze lontane da casa, dalla famiglia, dalla protezione delle istituzioni (quando vi sono) del loro Paese.

Le donne devono affrontare il doppio (se così si può dire) della violenza di cui sono vittime i migranti in tutte le fasi del viaggio dal Paese di origine al Paese di accoglienza. Accanto a questa violenza v'è inoltre per le donne quella specifica della loro esposizione ad abusi, stupri e sfruttamento sessuale in tutti i momenti di quel viaggio. Richiamano ciò ampiamente le testimonianze riportate nella prima parte della ricerca del SaMiFo; o quelle numerosissime raccolte

dalla cronaca quotidiana sul loro reclutamento e sugli inganni attraverso cui si svolge; sulle violenze subite durante il viaggio e nel Paese di accoglienza; sulle difficoltà di far emergere la loro posizione di vittime, di rifugiate, e di ottenere protezione e riconoscimento per i diritti che spettano loro in questa situazione.

Conoscere i propri diritti è condizione essenziale per poterli esercitare. È perciò utile - sia per le donne che ne sono vittime, sia per gli operatori che collaborano alla loro liberazione da questa schiavitù e al loro reinserimento - il quadro sintetico offerto dalla ricerca del SaMiFo sia sull'attualità del fenomeno della tratta e della moderna schiavitù, sia sulle misure di protezione e di contrasto previste nel sistema internazionale, europeo e soprattutto nazionale.

Quest'ultimo sistema viene richiamato in particolare per la sua efficienza sia a livello normativo, sia a livello degli interventi di protezione e assistenza per le vittime. Ed è importante, a questo fine, l'individuazione delle vittime di tratta fra le persone migranti, superando il duplice ostacolo rappresentato dalle pressioni dei trafficanti, nonché dal timore o dalla scarsa percezione del proprio stato da parte delle stesse vittime.

Nella tutela della salute come condizione di dignità e di identità personale rientra ovviamente anche l'azione di contrasto alle mutilazioni genitali femminili. Queste ultime sono una grave e palese violazione dei diritti delle donne e delle bambine, lesive della loro dignità e della loro salute, frutto di tradizioni e di incultura. Esse richiedono un intervento di contrasto a largo spettro (giuridico, sociale, comunitario, educativo e sanitario), per sradicare uno dei coefficienti più significativi della disuguaglianza e presunta inferiorità della donna, del suo asservimento all'uomo (padre, marito, fratello), dell'ostacolo alla sua emancipazione.

Merita perciò attenzione a questo proposito, l'analisi proposta dalla ricerca sulle caratteristiche che deve avere l'assistenza ostetrica e ginecologica delle donne migranti forzate, vittime di tortura e violenza. Per esse la visita ginecologica può rappresentare un atto invasivo o un ricordo traumatizzante. La mediazione linguistico-culturale, l'alfabetizzazione delle donne in gravidanza rispetto al sistema sanitario italiano, l'assistenza ginecologica e quella di medicina legale sulle

violenze e mutilazioni subite, l'organizzazione in rete dei servizi sul territorio: sono tutte condizioni essenziali per consentire alla donna migrante forzata di affrontare e gestire consapevolmente la gravidanza.

Infine, un cenno particolare meritano la gravidanza e l'esame dell'allattamento materno come "vero e unico alimento salvavita" del bambino, da parte della madre migrante nel suo viaggio: una pratica che deve essere conosciuta, sviluppata e agevolata nell'interesse del bambino, della madre e del nucleo familiare.

L'analisi della moderna schiavitù femminile nella regione africana della Mauritania, delle sue conseguenze psicopatologiche, della sua trasformazione in forme nuove e peggiori di asservimento, nonché l'analisi della crescente rilevanza della migrazione di minori non accompagnate e della loro particolare vulnerabilità in quanto più agevolmente vittime di tratta e di sfruttamento sessuale, concludono la ricerca del SaMiFo sui diritti della donna migrante nella società contemporanea.

Si tratta di una testimonianza e di un contributo concreto per la difesa e per il recupero della dignità della donna, che oggi è compromessa come e più del passato, nonostante le apparenze, le affermazioni di principio, gli strumenti giuridici internazionali e nazionali per il riconoscimento di tale dignità, della eguaglianza e della non discriminazione della donna. La ricerca è perciò uno strumento utile nel percorso previsto dall'art. 3 della nostra Costituzione verso l'effettiva parità della dignità sociale, da parte delle persone (come le donne e le ragazze migranti forzate) che nella loro vulnerabilità subiscono sempre più la compressione e l'offesa della loro dignità in concreto.

PREMESSA

ANGELO TANESE*

L'Italia è uno dei Paesi europei coinvolti in prima linea nella gestione dell'emergenza e dell'accoglienza dei migranti forzati. In diverse parti del mondo le guerre e le violenze vedono spesso come vittime civili proprio la popolazione femminile. Sono inoltre milioni le donne vittime di matrimoni forzati, di mutilazioni dei genitali, di schiavitù e di tratta; ma anche vittime di trattamenti disumani e degradanti come la tortura e l'abuso sessuale per motivi politici, religiosi, culturali. Non solo donne maggiorenni o adulte, ma anche molte minori subiscono gli stessi trattamenti, con conseguenze sulla salute mentale, fisica e riproduttiva spesso devastanti.

Per una azienda sanitaria, l'elevato numero di donne migranti forzate portatrici di dolore e gravi sofferenze pone l'esigenza di riflettere su come intervenire efficacemente sulla vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e di mettere in atto azioni e percorsi di tutela della salute di questa fascia della popolazione estremamente fragile, sia di prevenzione che di assistenza, cura e riabilitazione.

La ASL Roma 1 ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione. In particolare, da oltre 10 anni (prima come ASL Roma A e oggi come ASL Roma 1) sostiene e valorizza il Centro di Salute per Migranti Forzati (SaMiFo) nato nel 2006 dalla collaborazione con il Centro Astalli, Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati-JRS, per promuovere la tutela dei diritti e della salute

* Commissario straordinario ASL Roma 1.

dei migranti forzati e favorire il loro accesso ai servizi. Il SaMiFo, che ha come obiettivo l'assistenza temporanea dei richiedenti asilo e rifugiati per un periodo non superiore ai 24 mesi, nel luglio del 2015 ha ottenuto l'importante riconoscimento della Regione Lazio come «*Struttura Sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale*».

Nel nuovo modello organizzativo il SaMiFo viene istituzionalizzato come struttura territoriale autonoma della ASL Roma 1 a valenza interdistrettuale.

Il SaMiFo non è solo un centro che fornisce assistenza sanitaria competente a una popolazione particolare, ma anche un luogo generatore di una nuova conoscenza, sia perché adegua pratiche medico-sanitarie alle esigenze di popolazioni di differenti culture, sia perché stimola risposte a problematiche nuove, coinvolgendo altri campi e saperi come la sociologia e l'antropologia.

I “Quaderni del SaMiFo” nascono quindi per riflettere su temi di particolare attualità nel nostro Paese, con l'arricchimento che viene dall'esperienza interna del Centro e con il contributo di autorevoli organismi internazionali che da tempo lavorano sul campo.

Come Commissario Straordinario della ASL Roma 1 sono sinceramente grato a tutti i professionisti dell'Azienda e ai volontari che da anni contribuiscono alla crescita del Centro SaMiFo e in particolare al dott. Giancarlo Santone - che lo dirige - poiché sono la concreta testimonianza di una sanità pubblica orientata alla tutela dei più fragili ma anche alla diffusione di nuove conoscenze e di una cultura dell'accoglienza.

ACCOMPAGNARE, SERVIRE E DIFENDERE I DIRITTI DELLE DONNE RIFUGIATE

CHIARA PERI*

In tutto il mondo, circa il 50% dei rifugiati è costituito da donne e ragazze. Lontane dalla loro casa, dalla loro famiglia, senza la protezione del loro governo, le donne sono particolarmente vulnerabili.

Le donne e le ragazze in fuga dalle guerre e dai conflitti devono affrontare la violenza in tutte le fasi del loro viaggio: nel loro Paese di origine, durante la fuga ed anche una volta arrivate nel Paese che le accoglierà.

Secondo i dati delle Nazioni Unite, oggi per i rifugiati ci vogliono in media 17 anni per ritrovare un contesto di normalità dopo la fuga. Questo dato suggerisce che i migranti forzati trascorrono periodi di tempo lunghissimi in situazioni di precarietà e rischio: nei Paesi di transito, nei campi profughi, negli insediamenti informali. In tutti questi contesti il rischio per le donne, e in particolare per le donne sole, è elevatissimo. A causa delle circostanze particolari in cui si trovano, sono di fatto particolarmente esposte ad abusi, violenze, sfruttamento sessuale e spesso sono anche di fatto impossibilitate a denunciare quello che subiscono. Ad esempio, nella sola Repubblica Democratica del Congo è stato stimato che ogni ora 48 donne e ragazze sono vittime di violenza sessuale e di genere (SGBV): la situazione è particolarmente grave nella regione del Kivu Nord, dove vivono oltre 500.000 sfollati interni. I responsabili di tali violenze sono spesso membri di gruppi armati o soldati dell'esercito regolare, ma talora sono anche civili o persino altri sfollati interni che vivono nei campi. Le loro vittime - donne, ragazze e persino bambine - restano segnate da indelebili cicatrici fisiche e psicologiche: nella maggior parte dei casi preferiscono tacere e non

* Responsabile Rapporti Internazionali Centro Astalli.

denunciare ciò che subiscono per evitare ulteriori ritorsioni.

La situazione è molto grave anche in Medio Oriente: l'Euro Mediterranean Human Rights Network stima che più di 60.000 donne siriane sono state vittime di molestie sessuali e stupro da quando la crisi ha avuto inizio. Inoltre un sondaggio condotto dall'UNHCR nei campi rifugiati siriani presenti nel territorio turco ha rivelato che le ragazze che contraggono matrimonio hanno un'età media compresa tra i 13 e i 20 anni, con una crescente incidenza di matrimoni forzati di minorenni. Questo ha inevitabili ripercussioni sul loro accesso all'istruzione.

Nelle diverse regioni in cui opera, il Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati (JRS) si impegna per garantire alle donne l'accesso all'educazione e al mercato del lavoro e per assicurare loro protezione dagli abusi e dalla violenza. Altrettanto importante è dare voce alla loro esperienza, affinché possano parlare loro stesse delle sfide che affrontano, dei loro successi e della loro prospettiva rispetto al cambiamento di cui sono chiamate ad essere protagoniste. Le testimonianze che seguono vengono da contesti molto diversi e sono il frutto di un dialogo tra donne: le rifugiate che condividono la loro esperienza e le operatrici del JRS che le hanno ascoltate e accompagnate per un tratto del loro cammino.

Catania, Italia

Migliaia di persone continuano ad arrivare alle frontiere dell'Europa in cerca di protezione. Chi sono? Da dove vengono? Cosa le spinge? Cercando di andare oltre i titoli allarmistici dei giornali, il JRS Europa cerca di dare voce ai rifugiati che vivono la difficile esperienza del viaggio, dell'attesa e, spesso, del respingimento. Nell'ambito del progetto Journeys of Hopes¹, la giornalista Danielle Velia, accompagnata dal fotografo Darrin Zammit¹

¹ La pubblicazione Journeys of Hope è disponibile sul sito del JRS Europa: www.jrseurope.org

Lupi, ha incontrato decine di rifugiati e ha raccontato alcune storie emblematiche. In Sicilia, presso la sede del Centro Astalli Catania, Danielle ha raccolto la dolorosa testimonianza di due giovani donne somale.

«Non tornerò più in Somalia, mai più». La ferma determinazione di Yasmin di non tornare nel suo Paese di origine è più che giustificata. Diciannove anni, la ragazza se n'è andata per sfuggire alle sgradite avances di un membro del gruppo terrorista Al-Shabaab. Negarsi era impensabile. «Uno dell'Al-Shabaab voleva sposare una mia amica, ma il padre gliel'aveva negata. Sono stati tutti e due uccisi». Con l'intenzione di raggiungere l'Europa, Yasmin ha intrapreso da sola un viaggio orribile, pieno di rischi, che l'ha portata ad attraversare il deserto del Sahara e la Libia, due trappole mortali per i rifugiati. Un'esperienza particolarmente difficoltosa per la ragazza, che due anni prima aveva subito gravi menomazioni alle gambe trovandosi la sua casa a Mogadiscio nel mezzo di uno scontro a fuoco tra forze governative e ribelli di Al Shabaab.

Yasmin ha rischiato la vita e un arto nel tentativo di raggiungere l'Italia. Quando finalmente ce l'ha fatta, le è stata negata la possibilità di presentare domanda di asilo. Sbarcata a Lampedusa all'inizio del 2016, le era stato chiesto di riempire un modulo che riportava una serie di motivi per cui sarebbe arrivata lì. Ingenuamente, Yasmin ha spuntato la voce "lavoro". A quanto pare il modulo non specificava come possibilità l'asilo, altrimenti Yasmin avrebbe potuto esprimere la sua necessità di protezione con maggiore chiarezza e incisività. Le è stato quindi consegnato un documento in cui si dichiarava che, non avendo lei espresso l'intenzione di chiedere asilo, era tenuta a lasciare il Paese entro sette giorni.

Yasmin si è trovata così a vagabondare per le strade della Sicilia, sola e con in tasca un ordine di espulsione. Qualche giorno dopo, Sofia, una donna somala più anziana, ha trovato Yasmin e Amina, un'altra 19enne somala, in lacrime alla stazione ferroviaria di Catania. Le due ragazze dormivano all'aperto, senza la più pallida idea su cosa fare o dove andare. Al suo arrivo, Amina era stata praticamente ignorata, quindi non le era stato intimato di lasciare l'Italia. Non avendo però presentato espressamente domanda di asilo, il sistema

non se n'era fatto carico, e la ragazza era totalmente sperduta. Sofia ha portato Yasmin e Amina al Centro Astalli di Catania e qui le due ragazze hanno trovato attenzione e una pronta assistenza legale.

Yasmin e Amina ce l'hanno fatta, ma sono rimaste profondamente traumatizzate dall'attraversamento del Sahara e dal passaggio in Libia. Per Yasmin questa terribile esperienza è durata un anno e per Amina un anno e mezzo. I trafficanti del Sahara le tenevano prigioniere perché volevano denaro. I genitori avevano dato a Yasmin per il viaggio tutto quello che avevano, ma i trafficanti ne volevano di più. Amina invece denaro non ne aveva affatto, per cui i trafficanti le infliggevano continue punizioni. «Piangevo 24 ore su 24, giorno dopo giorno», ha raccontato.

Piangeva anche con me, tanto che a malapena riusciva a parlare. Affondava il viso nel suo scialle, e di tanto in tanto diceva qualcosa. Senza che le fosse chiesto, ha fatto vedere le cicatrici che le segnavano il corpo: questa da una bastonatura, quest'altra da scosse elettriche, e questa ancora tra il pollice e l'indice da una ferita da coltello. E mentre ricordava gli orrori di cui era stata fatta oggetto, Amina continuava a ripetere «Non ho una madre, non ho un padre, sono sola».

Alla fine Amina aveva trovato aiuto in alcuni rifugiati somali, che avevano pagato il suo viaggio ai trafficanti, versando ciascuno una quota per riscattarla. In Libia, però, era continuato il calvario: due volte in prigione, la seconda dopo che il barcone che aveva preso per raggiungere l'Europa era affondato. Erano annegate quaranta persone, e i sopravvissuti erano stati respinti in Libia dove erano stati rinchiusi in carcere, percossi brutalmente per aver osato fuggire di nascosto dal Paese.

Anche Yasmin era stata picchiata senza pietà quando aveva cercato di scappare dal luogo in cui era detenuta, in Libia. Ci era rimasta per otto mesi. L'avevano rilasciata soltanto dopo che una delegazione di una qualche organizzazione internazionale aveva visitato il luogo, scoperto la ragazza insanguinata e allo stremo delle forze ed era riuscita a tirarla fuori da quel posto orribile.

Si provi solo a immaginare cosa significa transitare e riuscire a venir fuori da questo inferno, per poi essere ignorato o respinto dal luogo che con tanta sofferenza si è raggiunto. Yasmin e Amina, non

avendo potuto presentare formale domanda di asilo, non hanno avuto la possibilità di accedere tempestivamente al circuito dell'accoglienza ufficiale. Grazie all'aiuto di volontari hanno trovato un riparo di emergenza, ma questa sistemazione è tutt'altro che ideale.

Riccardo Campochiaro, legale del Centro Astalli a Catania, sta facendo pressioni perché sia loro consentito quanto prima di presentare domanda di asilo. Yasmin e Amina aspettano pazientemente. «Voglio fare tutto quello che serve per restare qui», dice Amina. «Voglio un documento, voglio un lavoro, così posso aiutare i miei fratelli e sorelle che sono in Somalia. Loro non hanno nessuno, non abbiamo madre né padre».

Speriamo che le due ragazze riescano prima o poi a ottenere quella protezione che cercano e di cui hanno urgente bisogno, che riescano pian piano a ricostruire le loro vite spezzate. Dio sa quanto meritano tutto l'aiuto possibile, senza doversi accontentare della mediocre accoglienza loro riservata².

Addis Abeba, Etiopia

Il JRS lavora in Etiopia sin dal 1982, sia nei campi profughi di Meikadida e Kobe, dove sono accolti soprattutto rifugiati sottratti, che in quello di Mai Aini, dove circa 15.000 eritrei sono coinvolti nelle diverse attività. Inoltre il JRS porta avanti servizi di assistenza e supporto per i rifugiati urbani di Addis Abeba: in una grande città l'accesso alla protezione e alle opportunità può risultare ancora più arduo, specialmente per le donne sole. Da quando sono cominciati ad arrivare in città i rifugiati yemeniti, per i quali l'accoglienza in campo profughi non è prevista, 150 persone si sono iscritte a un programma educativo del JRS e altre 80 hanno ricevuto assistenza di emergenza.

Safia, 28 anni, conduceva la vita cui ogni professionista aspira. Conclusa la scuola di odontoiatria nello Yemen, aveva aperto uno studio in proprio, aveva acquistato un'auto, e nel weekend svolgeva

² Testimonianza raccolta da Danielle Velia, JRS Internazionale.

opera di volontariato presso comunità di diseredati, tra cui rifugiati e migranti provenienti da Etiopia e Somalia. «Insieme ai miei amici ho fatto volontariato per otto anni. Aiutavamo tutti, senza distinzione: un'esperienza trasformante. Di fronte alle loro necessità, non potevo non prestare loro aiuto con qualsiasi mezzo a mia disposizione».

«Ero giovane e indipendente, vivevo la mia vita. Mai avrei immaginato che un giorno sarei diventata io stessa una rifugiata», racconta. Nel giro di pochi mesi quella vita che con tanta fatica si era costruita è stata sconvolta quando i ribelli hanno preso controllo della sua città, Sana'a. Per questo si è trovata costretta a fuggire, insieme alla sorella.

«Non avevo scelta, non potevo rimanere. I ribelli houthi avevano istituito posti di blocco. Mi era vietato guidare la macchina e mi costringevano a indossare il niqab. Mi avevano privata di ogni mia libertà. Considerano le donne alla stregua di oggetti, come sedie o finestre. Sono cominciate a sparire donne, ragazze. Ho scoperto che una certa persona mi voleva prendere come serva e schiava sessuale. L'ho sorpreso a guardarmi con uno sguardo che lasciava pochi dubbi sulle sue intenzioni. La paura ha avuto il sopravvento».

Con il passare dei mesi, le incursioni aeree e gli attacchi di terra si sono fatti sempre più frequenti a causa del conflitto in corso a Sana'a. Safia è scappata così in fretta, dice, che le è sembrato di vivere un sogno. Insieme alla sorella, di un anno più grande - in spalla uno zaino riempito di qualche biscotto, quattro completini e il foulard preferito - ha lasciato Sana'a per il più vicino porto. Lì hanno pagato 300 dollari ciascuna per un posto, insieme a oltre un centinaio di altre persone, su un barcone diretto a Gibuti. Dopo quattro giorni di mare, hanno viaggiato per due giorni lungo la strada per Addis Abeba (Etiopia).

«Non ero affatto preparata a lasciare lo Yemen. Ce ne siamo andate così in fretta, che non ho preso con me il mio diploma di laurea né altri certificati», racconta. «Non pensavo proprio di farcela ad arrivare ad Addis Abeba. Ero convinta che sarei morta in mare. Sono stata fortunatissima a sopravvivere, però ora non ho più nulla. Non ero entusiasta di partire, anzi ero tanto triste... la mia vita era là, e mi è toccato lasciare tutto dietro le spalle».

Una volta registrata presso l'UNHCR, Safia è entrata a far parte di un gruppo di 6.000 altri rifugiati urbani registrati ad Addis Abeba. La maggior parte dei rifugiati residenti in Etiopia vive in campi rifugiati dedicati a specifiche nazionalità. Nessun campo, però, è stato finora immaginato per accogliere il più recente flusso di yemeniti, per cui per sopravvivere nel costoso ambiente urbano i richiedenti asilo di questa nazionalità devono integrarsi nel tessuto sociale della capitale, trovarsi un'occupazione nel mercato informale del lavoro, oppure appoggiarsi a parenti.

Anche se Safia ha una professionalità in campo dentistico, ad Addis Abeba non le è consentito svolgere la professione a causa delle severe norme vigenti. Purtroppo il diploma per cui ha tanto studiato è rimasto appeso lì, alla parete del suo studio, inutile. Ora, con la sorella, cerca di sopravvivere grazie alla generosità di un commerciante etiope incontrato nello Yemen, che le ospita a casa sua, ma teme che questa soluzione non duri a lungo.

«Tanti etiopi lottano loro stessi per farcela. Lui è gentile, ma noi sappiamo che non naviga nell'oro e non riesce a capire come mai non lavoriamo e perché non possiamo pagare un affitto. Verosimilmente, tra non molto ci chiederà di andarcene». Safia non sa cosa le riserva il futuro. «Penso soltanto all'oggi», dice. «Quando chiudo gli occhi non vedo un domani. Mi limito a guardare all'indietro, alla mia vita di un tempo, anche se so che quello che conta davvero è la sicurezza, la libertà»³.

Kampala, Uganda

Il JRS lavora a Kampala dal 1998, per accompagnare richiedenti asilo e rifugiati di recente arrivo, con un'attenzione particolare alle situazioni di vulnerabilità. Il Programma di Assistenza per Rifugiati Urbani offre orientamento, distribuzione di cibo e articoli di prima necessità,

³ Testimonianza raccolta da Angela Wells, responsabile per la comunicazione del JRS Africa Orientale.

pagamento dell'affitto, assistenza sanitaria e sostegno psicosociale. L'educazione ha un ruolo molto importante in questo tipo di programmi: il JRS offre corsi di inglese e formazione professionale. Alcuni insegnanti sono stati a loro volta rifugiati, come Agnes, che da ragazza è riuscita a sfuggire al reclutamento forzato del gruppo ribelle ugandese denominato Esercito di Resistenza del Signore (LRA) ed ha sperimentato in prima persona che l'istruzione può fare la differenza.

Mi chiamo Agnes, ho 25 anni, e sono ugandese; più precisamente provengo dall'Uganda orientale. Dal 2013 lavoro come insegnante di moda e design a Kampala, presso il JRS. Lavorare con i rifugiati è molto stimolante: interagire con loro, imparare tante cose, accompagnandoli in un modo o nell'altro. Ho studiato moda all'International School of Beauty, qui a Kampala. La materia mi appassionava, e quando ho terminato gli studi, ero ricercata; persino la scuola voleva che rimanessi a insegnare, per cui una volta diplomata mi hanno assunta come istruttrice. È stato così che ho conosciuto il rappresentante nazionale del JRS, il quale mi ha suggerito di propormi per questo lavoro, e la mia domanda è stata accolta.

Da allora, la mia vita non è stata più la stessa. Dai rifugiati ho imparato tantissime cose, ho imparato a interagire con loro, ho ascoltato le loro storie. Mi riesce facile mettermi nei loro panni perché anch'io sono stata una rifugiata fuggita da un'insurrezione mossa dall'LRA nell'Uganda nordorientale; io ero una delle vittime. Quindi, vedere oggi donne e uomini congolese, ruandese e burundese arrivare a Kampala mi ricorda la mia fuga e le violenze che ho subito. Ora mi trovo nella posizione di formarli al meglio. C'è chi all'inizio è traumatizzato, pieno di problemi; allora ci mettiamo lì e parliamo. Non ho difficoltà a mettermi in sintonia con loro, né a insegnargli. Li vedo come fratelli e sorelle, proprio perché sono stata rifugiata io stessa.

Ero ancora una bambina delle elementari, quando un giorno nel 2003 a scuola ho saputo che era scoppiata la guerra. Non ne avevo ancora mai fatto esperienza. Abbiamo dormito nella boscaglia, tutt'altro che piacevole, abbiamo camminato per miglia e miglia per raggiungere un posto sicuro nel campo. Siamo rimasti lì per tutto il

2003, fino al 2004. Avevamo difficoltà a trovare da mangiare e la vita non era affatto facile. Ho dovuto lasciare la scuola perché non c'era modo di andarci. Da mangiare avevamo solo quello che ogni tanto ci arrivava dal World Food Programme. Mi ricordo che lavoravo come domestica a casa di un uomo, nonostante fossi tanto piccola. Ogni volta che queste persone mi raccontano la loro storia, torno col pensiero alla mia esperienza e penso che Dio mi abbia condotto qui per un preciso scopo: quello di servirle.

Quando finalmente siamo riusciti a ritornare in Uganda, nel 2004, la vita non era facile. Però ero una ragazzina in gamba, e alla fine delle elementari, nel 2005, ero l'alunna più brava di tutto il distretto! Pensa che c'è stata una persona che mi ha pagato l'intero ciclo delle superiori e anche il college! Anzi, finito il college, la mia sponsor mi ha chiesto cosa intendevo fare della mia vita. Le ho detto della mia passione per la moda, di come alle superiori non mi perdessi una sfilata durante la settimana della moda, e come il mio grande sogno fosse quello di lavorare in quel settore. È stato così che nel 2010 mi ha iscritto alla scuola di moda, dove appunto ho studiato moda, design, figurinismo e altro ancora. Davvero una bella esperienza.

Sono il tipo di persona che ama l'avventura, imparare cose interessanti. Abbiamo iniziato facendo piccole cose, e poi passo dopo passo sono arrivata a realizzare abiti da sposa e da cerimonia.

L'educazione è una chiave per il successo. Non avere un'educazione comporta dei gravi limiti. Pcco perché si usa dire «Chi educa una persona, educa un'intera nazione». Infatti, quello che sta facendo il JRS per i rifugiati è quanto di meglio si possa fare per la loro vita. I rifugiati non vanno lasciati al proprio destino, va offerta loro la possibilità di andare a scuola, di imparare, di dare una svolta alla loro vita. Solo dopo possono affrontare il mondo a parità di condizioni, possono uscire da qui e provvedere a se stessi, guadagnarsi da vivere. Io ne sono un esempio. Mi è stato insegnato un mestiere e l'ho messo a frutto. Ora ho un posto nel mondo, sono economicamente indipendente. Ho i miei clienti e con quello che guadagno mi pago l'affitto. Dovunque andranno, questi rifugiati, avranno una vita diversa in partenza.

Il corso che io tengo presso il JRS dura un anno intero. Si comincia familiarizzando tra di noi e imparando i primi rudimenti del ricamo e del cucito a mano. Si realizzano cuscini, tendaggi, applicazioni di perline. In seguito passiamo alla moda vera e propria. Si impara a disegnare i propri modelli nell'ottica dell'illustrazione di moda. Poi ci si esercita a vestire modelle, imparando ad abbinare i colori e le fogge; solo dopo si passa alla progettazione vera e propria. Si impara a realizzare indumenti per bambini, poi gonne, in seguito vestiti da uomo, quindi abiti da sera; infine ci dedichiamo al guardaroba per la sposa. C'è chi arriva a realizzare abiti da sposa veri e propri. Io affido compiti da svolgere e obiettivi da raggiungere, per capire le potenzialità degli allievi. C'è chi è più lento nell'imparare, chi è svelto, chi è più preciso, chi lo è meno: alla fine del mese o del trimestre faccio un piccolo esame scritto e pratico per valutare se si è fatto tesoro degli insegnamenti e se si è in grado di metterli in pratica. Infine, ogni qualvolta si celebra una ricorrenza qui al JRS - come la Giornata della Donna o la Giornata Mondiale del Rifugiato - organizziamo anche una sfilata di moda, che tutti si aspettano perché è un modo per presentare e far apprezzare le proprie capacità creative.

Spesso mi capita di vedere in città, al lavoro con le proprie macchine nelle rispettive botteghe, persone cui ho insegnato il mestiere. Alcune sono madri single che insegnano ai propri figli o figlie, e questo mi riempie di soddisfazione. In particolare ricordo una ragazza di nome Noela. L'ho formata l'anno scorso, una vera signora. Quand'è venuta qui, era disperata: aveva perso i genitori ed era spaventatissima. Imparato a cucire, ora ha una sua clientela, e la sua vita sta progressivamente cambiando in meglio. Poi c'è Rebecca, che ha frequentato i miei corsi nel 2014. È una delle persone più esemplari che conosco. Non ha mai mancato un giorno di scuola. Alla fine del corso, mi ha detto: «L'unico mio problema è che non so come procurarmi una macchina per cucire». Era nel gruppo delle allieve più motivate, e sapevo che il JRS poteva concedere dei prestiti, per cui le ho suggerito di presentare domanda. Ha ottenuto il prestito, ha acquistato una macchina per cucire, e ora mi chiama ciclicamente per dirmi come vanno le cose. Alterna clienti privati e commesse per le divise scolastiche.

Guadagna bene per sé e i familiari. Un tempo ricorreva al servizio aiuti di emergenza del JRS per un po' di cibo o un contributo per l'affitto; ora è tutto diverso - Rebecca è in grado di provvedere a se stessa e ai suoi figli. Sono davvero fiera di lei.

Grazie ai miei allievi continuo a scoprire le singole culture, il loro modo di vivere, i vari modi di abbigliarsi. Quando siamo in classe, chiedo sempre «Tu come ti vesti?», e loro mi spiegano, dopo di che ne tracciamo i vari modelli tradizionali. Con la mia esperienza e la facilità con cui riesco ad adattarmi a qualsiasi stile di abbigliamento, mentre insegno loro a disegnare i figurini, in pratica li guido nella realizzazione grafica delle loro idee. A quel punto, cerchiamo i modelli, li misuriamo e realizziamo le creazioni. Sono straordinariamente creativi. Alla fine del corso, molti dei nostri allievi avviano un'attività in proprio. Tra questi ci sono quelli che hanno ottenuto un piccolo prestito dal JRS per l'acquisto di una macchina per cucire o di altro materiale con cui iniziare a lavorare. Questo è un aspetto da prendere seriamente in considerazione. Dovremmo elargire un piccolo capitale a più persone, quel tanto da poter cominciare, ovviamente esercitando costantemente un certo controllo. Non basta imparare il mestiere, bisogna proseguire su quella strada.

Credo che offrire ai rifugiati opportunità significhi di per sé migliorare la loro vita. Quando arrivano sono sfiduciati, senza speranze; ma alla fine della giornata la loro vita non è più la stessa, il loro volto è illuminato da un sorriso. Ne beneficia anche l'Uganda stessa, perché si riduce la loro dipendenza dal governo e dalle istituzioni che vengono loro in aiuto con l'assistenza alimentare e il sostegno alle spese per l'affitto. Crearsi una professionalità significa essere in grado di pagarsi un posto in cui vivere. Da ugandese, se vedo un mio connazionale in difficoltà, desidero aiutarlo, ma non posso farlo in eterno. Ecco perché dare una professionalità è un sostegno molto più sostanziale⁴.

⁴ Testimonianza raccolta da Jacquelyn Pavilon, JRS Internazionale.

Daikundi, Afghanistan

Secondo il Global Peace Index 2015, l'Afghanistan è il Paese più insicuro al mondo dopo la Siria e l'Iraq. Nonostante i progressi compiuti dopo la caduta del regime dei Talebani nel 2001, il popolo afgano continua a soffrire e i conflitti e le violenze continuano a mettere in fuga molte famiglie. Per le donne, l'Afghanistan rimane uno dei contesti più difficili: durante il regime dei Talebani le scuole femminili sono state bruciate, centinaia di insegnanti che accettavano bambine nelle classi sono stati minacciati e uccisi e molte ragazze sono state aggredite perché andavano a scuola. Durante il regime solo 5.000 bambine e ragazze erano iscritte a scuola: oggi il loro numero è salito a 4,4 milioni, ma almeno 3,3 milioni di ragazze sono ancora escluse dall'istruzione. La strada da percorrere è lunga e tutta in salita: l'88% delle donne afgane è analfabeta e in molti contesti il diritto delle donne all'istruzione è tutt'altro che scontato, come dimostra la testimonianza di una ragazza che ha frequentato i progetti educativi del JRS in Afghanistan.

«Leggendo questa storia, provate a mettervi nei miei panni. Se foste al mio posto, cosa fareste? Una delle cose più difficili per me è vivere in un Paese che forse non cambierà mai e sapere che i miei sogni potrebbero non realizzarsi mai. A Daikundi, molti hanno problemi di istruzione, povertà e salute. Così i giovani, anche i più brillanti, potrebbero non riuscire a costruirsi un futuro migliore.

Vengo da un villaggio che sorge tra tre montagne molto alte, in una stretta vallata. Un fiume scorre attraverso le case. Gli abitanti sono per lo più impegnati a coltivare i loro piccoli campi e pochissimi fanno un lavoro d'ufficio. Le strade sono chiuse per sei mesi l'anno a causa del fango e della neve. Ogni volta che piove, i campi e le strade si allagano.

Quando il JRS ha iniziato il programma a scuola, non mi sarei mai aspettata che avrebbe funzionato e che avrebbe realizzato uno dei miei sogni. Eppure sono riuscita a imparare l'inglese e questo per me è stato il risultato più importante. Sapere l'inglese porta molti vantaggi. In primo luogo, posso comunicare con altre persone che parlano quella lingua. Poi mi aiuta ad accedere a maggiori informazioni sulla vita, sulle altre

culture, sulla politica e sui progressi in campo scientifico e tecnologico. Infine, ho potuto conoscere famosi pensatori, scrittori, leader politici, poeti e inventori e scoprire di più sulle loro vite.

Quando studiavo al JRS ho avuto la possibilità di prendere parte a un esame di inglese a Kabul: se lo avessi superato, avrei potuto partecipare a un viaggio d'istruzione in Turchia. Dal giorno in cui sono stata selezionata per far parte del gruppo di 13 studenti della mia classe che avrebbe partecipato all'esame, la gente ha iniziato a parlare. Dicevano che quando una donna lascia il suo villaggio perde la sua cultura e che dunque non sarei mai più tornata in Afghanistan dalla mia famiglia. I miei genitori erano d'accordo. Invece di essere felice per l'opportunità, ho sofferto molto e ho fatto di tutto per avere la mia famiglia dalla mia parte. È stata dura, ma alla fine ce l'ho fatta.

Sapevo che andare in Turchia sarebbe stata un'occasione preziosa. Ho visitato un Paese bellissimo, ho incontrato amici di molti Paesi diversi e imparato moltissimo. Ho frequentato lezioni di scrittura, di geografia, di letteratura e di arte. Il programma del JRS mi ha dato sicurezza. Prima non sapevo nulla dei miei talenti, ma ora sono più consapevole. Ho persino imparato a parlare in pubblico e ora riesco a esprimermi con disinvoltura in molti contesti diversi.

Vorrei davvero che le ragazze del mio villaggio potessero studiare e scrivere dei loro problemi perché il mondo li conosca. E voglio anche testimoniare che io sono riuscita a ottenere un cambiamento positivo persino in questa situazione. Sono una ragazza. Quando una ragazza va via di casa da sola, porta vergogna alla sua famiglia; quando è un ragazzo ad andare, porta prosperità. Questo è quello che pensano le persone del mio villaggio. Nel mio Paese le donne si uccidono a causa di questo tipo di convinzioni. Quando i miei vicini hanno parlato male di me, sono rimasta terribilmente delusa. Per la prima volta ho pianto. Ho pianto perché sono una ragazza e per tutte le altre ragazze e donne. Ma ho affrontato tutti e so che avevo ragione. Un giorno vedremo i nostri diritti riconosciuti.

Voglio studiare. Mi piace studiare e, se lo faccio bene, posso cambiare la mentalità del mio villaggio riguardo alle ragazze. Posso

realizzare i miei sogni. Nel mio villaggio ci sono ragazze che non sono mai andate a scuola e hanno molte difficoltà. Le ragazze non decidono del loro futuro, è la famiglia a decidere chi sposeranno. Un giorno voglio diventare un medico, perché nel mio distretto nessuna donna fa questa professione. So che è un obiettivo ambizioso, ma sono ottimista. Sono capace di studiare molto, amo il mio popolo e voglio migliorare la mia vita e quella della mia gente»⁵.

⁵ Testimonianza raccolta da Catarina Figueiredo e Danielle Velia, per il JRS Asia Meridionale.

LE DONNE VITTIME DI TRATTA IN ITALIA: MISURE DI ACCOGLIENZA E PROTEZIONE

FRANCESCA NICODEMI*

Il fenomeno

La tratta di persone, che costituisce una grave violazione dei diritti umani, è un fenomeno antico, ma costituisce ancora oggi una piaga estremamente attuale.

L'Europa, nel corso degli ultimi anni, è stata teatro privilegiato del fenomeno, che ha assunto connotazioni di volta in volta diverse e sempre più complesse, modificandosi sotto il profilo delle vittime coinvolte, delle modalità di reclutamento e di sfruttamento e degli ambiti in cui le vittime vengono impiegate.

Alla tratta a scopo di sfruttamento sessuale, anch'essa oggetto nel corso degli anni di continue trasformazioni sotto il profilo delle rotte, della struttura delle organizzazioni criminali e delle modalità di coercizione esercitate sulle vittime, si sono sovrapposti ed affermati altri contesti di sfruttamento, quali quello nell'ambito del lavoro, delle attività illecite, dell'accattonaggio nonché, sebbene ancora poco conosciuti, dello sfruttamento a scopo di espianto di organi o di adozioni illegali internazionali.

Secondo il recente studio di Eurostat, nel triennio 2010-2012¹ sono state registrate nei Paesi membri dell'Unione Europea 30.146 vittime, delle quali l'80% di sesso femminile. Lo sfruttamento sessua- *¹

* Consulente giuridico UNHCR.

¹ Eurostat working paper on trafficking in human beings (https://ec.europa.eu/antitrafficking/sites/antitrafficking/files/eurostat_report_on_trafficking_in_human_beings_2015_edition.pdf).

le continua ad essere l'ambito di maggiore interesse per le organizzazioni criminali (69%), seguito dallo sfruttamento del lavoro (19%). La recente relazione, pubblicata nel maggio 2016, della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio sui progressi compiuti nella lotta alla tratta evidenzia che le tendenze per il periodo 2013-2014 sono coerenti con i dati forniti da Eurostat: in totale vi sono stati 15.846 casi di vittime "registrate", tra quelle accertate e presunte, delle quali il 76% di sesso femminile e il 67% coinvolte nello sfruttamento sessuale².

L'Italia, paese di destinazione ma anche di transito delle rotte individuate dalle organizzazioni criminali dedite alla tratta, è oramai da molti anni un territorio fortemente coinvolto da tale fenomeno.

Tra le vittime molte sono donne provenienti dall'Africa Sub-Sahariana, spesso molto giovani, talvolta minorenni.

Dall'inizio del 2016 la Nigeria costituisce uno dei Paesi con il numero più elevato di sbarchi via mare e tra questi molte sono le donne, che giungono in Italia³ previo reclutamento delle reti criminali allo scopo di essere immesse nel mercato della prostituzione.

Si tratta di donne che vengono reclutate nel loro villaggio o città di origine, spesso con la falsa promessa di una nuova vita in Europa e di un lavoro sicuro e onesto e che vengono vincolate mediante l'impegno alla restituzione di una somma di denaro - una somma che varia da 30 a 50 mila euro - suggellato da un rito magico (*Voodoo o juju*), e successivamente mediante minacce alla loro incolumità o a quella dei loro familiari rimasti nel Paese di origine.

Durante il viaggio nei Paesi di transito le donne sono spesso accompagnate da soggetti coinvolti nelle reti criminali, fino a giungere in Libia, luogo in cui permangono nelle *connection houses* o in ghetti,

² http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/trafficking-in-human-beings/docs/commission_report_on_the_progress_made_in_the_fight_against_traffickingjn_human_beings_2016_en.pdf.

³ Il rapporto EASO sulla Nigeria e la tratta di donne a fini sessuali (<https://easo.europa.eu/wp-content/uploads/BZ0415678ENN.pdf>), chiarisce che la rotta prevalente delle donne provenienti dalla Nigeria conduce in Italia o a Malta.

in cui, in attesa di essere imbarcate per l'Italia, vengono avviate coattivamente alla prostituzione e subiscono frequenti abusi e violenze sessuali⁴.

Sebbene le donne provenienti dall'Africa destinate allo sfruttamento sessuale siano ad oggi maggiormente soggette ad essere intercettate e qualificate come vittime di tratta, non deve dimenticarsi che il fenomeno della tratta di esseri umani riguarda un'ampia compagine di persone, provenienti da diversi Paesi e impiegate in diverse e talvolta sovrapposte forme di sfruttamento. Si pensi alle donne, agli uomini o alle persone LGBTI provenienti dall'Est Europa, dalla Repubblica Popolare Cinese, dal Sud America destinati al mercato del sesso o al lavoro gravemente sfruttato.

I minori stranieri non accompagnati, inoltre, costituiscono un target particolarmente vulnerabile e dunque a rischio di cadere nel circuito dello sfruttamento in vari ambiti. L'Italia è un paese di transito e di destinazione di molti minori non accompagnati, che nei primi sei mesi del 2016 hanno raggiunto numeri più elevati rispetto al passato. Tra questi si registrano in particolare, oltre alle minori nigeriane vittime della tratta a scopo di sfruttamento della prostituzione, adolescenti e bambini di nazionalità eritrea, egiziana, afghana e bengalese, che spesso a causa dei debiti contratti per affrontare il viaggio, entrano facilmente nel mercato del lavoro irregolare e spesso sfruttato o nell'ambito della criminalità⁵.

⁴ Per maggiori dettagli si veda: OIM "Rapporto sulle vittime di tratta nell'ambito dei flussi migratori misti in arrivo via mare aprile 2014-ottobre 2015" pubblicato a novembre 2015 (<http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/rapportoantitratta.pdf>).

⁵ Si veda sul tema il recente rapporto di Save the Children "Piccoli schiavi invisibili. I minori vittime di tratta e sfruttamento. Chi sono, da dove vengono e chi lucra su di loro" (http://images.savethechildren.it/n7f7img_pubblicazioni/img308_hpfd).

Le misure di tutela e protezione per le vittime della tratta degli esseri umani

Il contesto internazionale ed europeo

La Comunità internazionale si è impegnata contro la tratta di persone sin dall'inizio del secolo scorso, trattandosi di fenomeni connaturati alla realtà sociale di ogni epoca. Le numerose disposizioni che si sono succedute nel corso del tempo e che si sono evolute sotto il profilo delle misure volte a contrastare tale odioso crimine, sono la conferma della severa condanna della Società internazionale.

Lo strumento convenzionale che ha costituito un punto di svolta, per una definizione in chiave moderna della tratta di esseri umani ed anche per una prospettiva volta a fornire effettiva tutela alle vittime, è la Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale, nonché in particolare il Protocollo addizionale per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini del 2000.

La Convenzione delle Nazioni Unite introduce una nuova definizione del *trafficking in persons*, delineando tra l'altro i confini rispetto al diverso fenomeno dello *smuggling of migrants*, ossia del c.d. traffico di migranti.

L'art. 3 del Protocollo addizionale alla Convenzione ONU definisce la tratta di persone come «*il reclutamento, trasporto, trasferimento, l'ospitare o accogliere persone, tramite la minaccia o l'uso della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di danaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l'asservimento o il prelievo di organi*».

Il Protocollo sul *trafficking*, inaugurando un approccio globale, volto ad includere disposizioni destinate a prevenire la tratta, punire i trafficanti e proteggere le vittime, individua una serie di misure (assistenza medica, psicologica e materiale, la predisposizione di alloggio

adeguato, la protezione e la possibilità di ottenere il risarcimento dei danni subiti, l'opportunità di impiego e di istruzione) che gli Stati devono adottare per garantire adeguata tutela alle vittime.

Un'altra fonte di diritto internazionale di notevole rilievo è la Convenzione del Consiglio d'Europa n. 197 sulla lotta alla tratta di esseri umani, approvata a Varsavia il 16 maggio 2005, la cui valenza risiede nell'adozione di una prospettiva fondata sulla centralità dei diritti umani e nell'enunciazione del principio fondamentale in base al quale la protezione e promozione dei diritti delle vittime di tratta devono essere assicurate senza discriminazione alcuna.

Per quel che riguarda le politiche dell'Unione Europea, tra le numerose iniziative, di natura legislativa, strategica e finanziaria, volte a contrastare il fenomeno e a proteggere le vittime, le due principali Direttive che rilevano maggiormente per quel che concerne le misure per la protezione e assistenza delle vittime della tratta sono la 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* e la Direttiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2011 concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime.

La Direttiva 2004/81/CE ha disciplinato per la prima volta il titolo di soggiorno per le persone non appartenenti all'Unione Europea che siano state coinvolte in vicende di tratta, prevedendo inoltre il c.d. *periodo di riflessione*, il cui scopo è consentire alle vittime stesse di riprendersi e sottrarsi all'influenza degli autori dei reati, valutando consapevolmente l'opportunità di collaborare con le autorità, senza che le autorità possano provvedere all'allontanamento dal Paese di destinazione.

La Direttiva 2011/36/UE ha introdotto importanti disposizioni finalizzate alla repressione del crimine, alla prevenzione ed alla tutela delle vittime, dedicando particolare attenzione a quest'ultimo aspetto.

In particolare la Direttiva europea prevede che gli Stati membri individuino misure specifiche di rapida identificazione, assistenza e sostegno, che devono essere garantite, su base consensuale ed informata,

non soltanto sin da quando le autorità abbiano un “ragionevole motivo” di ritenere che la persona sia vittima di tratta, ma per un lasso di tempo congruo rispetto alla durata del procedimento penale. L’assistenza e il sostegno devono comprendere una serie minima di misure necessarie per consentire alle vittime di ristabilirsi e di sottrarsi ai loro trafficanti e ciò indipendentemente dalla volontà delle stesse di collaborare con le autorità nell’ambito delle indagini e del procedimento penale.

Il sistema italiano

L’Italia è dotata di un efficiente sistema a tutela delle vittime di tratta, tanto sotto il profilo della normativa vigente, quanto sotto quello degli interventi messi in atto dagli enti del pubblico e del privato sociale che realizzano i programmi di protezione e assistenza destinati alle persone straniere che sono state vittime di vicende di riduzione o mantenimento in schiavitù, tratta di persone o ancora di gravi forme di sfruttamento.

Il “sistema anti-tratta” ha preso vita, avviando i primi programmi di assistenza in favore delle persone straniere vittime di grave sfruttamento, addirittura in epoca antecedente alle disposizioni internazionali sopra richiamate.

L’art. 18 del D.Lgs. 286/1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione, contiene disposizioni che sono state ritenute all’avanguardia ed hanno costituito un modello per gli altri sistemi europei. Ancora oggi costituisce uno strumento importante per la tutela delle persone straniere vittime di situazioni di tratta di persone o in generale di grave sfruttamento.

La norma del Testo Unico, in combinato disposto con l’art. 27 del regolamento di attuazione, adottato con D.P.R. 394/99, prevede il rilascio di uno speciale permesso di soggiorno in favore delle persone straniere che siano state vittime di situazioni di violenza o grave sfruttamento e che risultino esposte ad un concreto pericolo per la loro incolumità a causa delle dichiarazioni rese nel procedimento penale o a causa della decisione di sottrarsi alla situazione di sfruttamento. La situazione di sfruttamento e di pericolo per la persona deve essere

accertata nell'ambito di un procedimento penale per uno o più delitti espressamente indicati dalla norma, ossia il reato di cui all'art. 3 della L. 75/58 (favoreggiamento o sfruttamento della prostituzione) e i reati di cui all'art. 380 c.p.p. per i quali è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza, tra cui gli artt. 600 (riduzione o mantenimento in schiavitù), 601 (tratta di persone) e 602 (acquisto o alienazione di schiavi) del codice penale ovvero nel corso degli interventi dei servizi a tutela delle vittime⁶.

Il permesso di soggiorno previsto dall'art. 18 D.Lgs. 286/98 può essere rilasciato non soltanto in seguito alla denuncia della vittima ma anche in quei casi in cui quest'ultima non possa o non voglia rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Si parla in tal senso di "doppio binario".

La norma, prevedendo l'accesso della vittima ad un "programma di assistenza e integrazione sociale", ha creato il sistema di protezione e assistenza delle vittime di grave sfruttamento e tratta.

È dunque sin dalla fine degli anni '90 che in Italia sono attivi i programmi di emersione, assistenza e integrazione sociale (così oggi definiti dal comma 3bis dell'art. 18 T.U. in seguito alle modifiche introdotte dal D.Lgs. 24/14 di recepimento della Direttiva europea 2011/36) che sono volti ad assicurare, alle persone che hanno vissuto vicende di tratta o grave sfruttamento, le misure di assistenza e protezione di cui necessitano.

Tali programmi, realizzati da enti del pubblico e del privato sociale e finanziati dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si articolano in interventi quali le unità mobili volte ad un primo contatto con le donne che si prostituiscono in strada, gli sportelli di ascolto, l'accoglienza in case protette a indirizzo segreto e l'accompagnamento all'inclusione socio-lavorativa.

⁶ La situazione di sfruttamento e di pericolo per la persona deve essere accertata nell'ambito di un procedimento penale per uno o più delitti espressamente indicati dalla norma, ossia il reato di cui all'art. 3 della L. 75/58 (favoreggiamento o sfruttamento della prostituzione) e i reati di cui all'art. 380 c.p.p. per i quali è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza, tra cui gli artt. 600 (riduzione o mantenimento in schiavitù), 601 (tratta di persone) e 602 (acquisto o alienazione di schiavi) del codice penale ovvero nel corso degli interventi dei servizi a tutela delle vittime.

Un importante dispositivo è costituito dal Numero Verde (800 290290), volto a fornire h 24 informazioni dettagliate sui servizi garantiti alle persone vittime di tratta e, su richiesta, ad indirizzare queste ultime verso i servizi socio-assistenziali messi a disposizione nell'ambito dei programmi di assistenza.

Dai dati forniti dal Dipartimento per le Pari Opportunità⁷, dal 2000 al 2012 oltre 68.000 persone hanno ricevuto una qualche forma di supporto dagli enti del sistema anti-tratta (informazioni, consulenza psicologica, consulenza legale, accompagnamenti socio-sanitari); di queste, oltre 22.000 hanno partecipato ad un programma di assistenza ed integrazione sociale.

La recente approvazione del Piano nazionale di azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani⁸ ha consentito di definire strategie pluriennali di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della tratta e del grave sfruttamento nonché azioni finalizzate alla sensibilizzazione, alla prevenzione sociale, all'emersione e all'integrazione sociale delle vittime stesse.

Tra le misure che si prevede di implementare vi sono quelle volte alla prevenzione ma anche alla protezione delle vittime tramite, tra le altre, l'individuazione di adeguati meccanismi di rapida identificazione delle vittime della tratta di esseri umani.

Le vittime di tratta nel contesto della protezione internazionale

Il tema della tutela delle vittime di tratta nel contesto della protezione internazionale costituisce un aspetto di notevole rilievo a fronte delle evoluzioni che hanno caratterizzato nel corso degli ultimi anni i flussi migratori.

⁷ (<http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/component/content/article/70-traffico-di-esseri-umani-/2295-contro-la-tratta-di-persone>).

⁸ Il Piano Nazionale di azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani per gli anni 2016-2018 è stato adottato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità il 26 febbraio 2016.

I richiedenti asilo e i rifugiati, nella necessità di lasciare il Paese, si affidano talvolta ai trafficanti di esseri umani, trovandosi poi sottoposti, nel Paese di transito e/o destinazione, a situazioni di sfruttamento sessuale, lavorativo o di altro genere, conseguentemente possono essere vittime di tratta.

Analogamente una vittima di tratta degli esseri umani può essere considerata rifugiata proprio a causa della vicenda che l'ha coinvolta successivamente alla partenza, durante il viaggio o nel Paese di destinazione.

La vittima di tratta degli esseri umani, in quest'ottica, potrebbe essere esposta a rischio di persecuzione e dunque aver diritto ad essere riconosciuta rifugiata ai sensi dell'art 1 lett A(2) della Convenzione del 1951 o trovarsi in una situazione di rischio di danno grave e dunque avere titolo per beneficiare della protezione sussidiaria.

La Convenzione di Ginevra sullo status di rifugiato del 1951 e il Protocollo addizionale del 1967, sono in effetti suscettibili di essere applicati alle vittime di tratta e alle persone che si trovino a rischio di divenire vittime di tratta. Tale principio è riconosciuto nelle stesse Convenzioni internazionali sulla tratta di esseri umani le quali contengono clausole di salvaguardia e dunque disposizioni che richiedono agli Stati di considerare la necessità di protezione internazionale delle vittime stesse e di rispettare il principio di *non refoulement*.

Le Linee Guida UNHCR relative all'applicazione dell'art. 1 A(2) della Convenzione di Ginevra alle vittime di tratta e alle persone a rischio di tratta del 2006⁹ hanno in effetti chiarito che alcune vittime di tratta possono rientrare nella definizione di rifugiato fornita dalla Convenzione di Ginevra del 1951, purché siano soddisfatti tutti gli elementi contenuti nella definizione stessa.

In ambito europeo, le Direttive in materia di protezione internazionale ricomprendono oggi le vittime di tratta tra le persone

⁹ UNHCR, Linee Guida di protezione internazionale - L'applicazione dell'articolo 1A (2) della Convenzione del 1951 e/o del Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati alle vittime di tratta e alle persone a rischio di tratta". (http://www.unhcr.it/sites/53a161110b80eeaac7000002/assets/53a164300b80eeaac7000144/linee_guida_protezione_int.pdf).

portatrici di esigenze particolari/soggetti vulnerabili¹⁰.

Tanto la Direttiva 2011/95/UE c.d. “qualifiche” che la Direttiva 2013/33/UE sull’accoglienza riconoscono esplicitamente le vittime di tratta di esseri umani come persone vulnerabili, le cui condizioni dovrebbero essere accertate al fine di valutare se necessitano di particolari esigenze di accoglienza.

L’ordinamento italiano, nel recepire le Direttive europee sopra menzionate, ha introdotto norme specifiche volte a qualificare le vittime di tratta quali persone vulnerabili tra i richiedenti asilo.

In particolare, oggi in seguito alle modifiche introdotte dal decreto legislativo 21 febbraio 2014 n. 18, l’art. 19 co. 2 D.Lgs. 251/2007 prevede espressamente le vittime di tratta tra le persone vulnerabili.

Analogamente il D.Lgs. 18 agosto 2015 n. 142, nel recepire la Direttiva 2013/32/UE, ha modificato l’art. 2 del D.Lgs. 25/08 introducendo la definizione delle persone vulnerabili e includendo tra essi le vittime di tratta.

Ancora, lo stesso D.Lgs. 142/15, in recepimento alla Direttiva 2013/33/UE relativa all’accoglienza, ha previsto, all’art. 17 co. 2, che *«ai richiedenti protezione internazionale identificati come vittime della tratta di esseri umani si applica il programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale di cui all’articolo 18, comma 3bis, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286»*.

Tale ultima previsione chiarisce la possibilità che un/a richiedente protezione internazionale, dove sia riconosciuto/a quale vittima di tratta, possa beneficiare delle misure predisposte dal sistema antitrattra senza tuttavia dover rinunciare alla domanda di protezione internazionale.

A fronte di tale contesto fenomenologico e normativo si è posta la necessità di coordinare i sistemi della protezione internazionale e

¹⁰ Sino a qualche tempo fa le vittime di tratta e le persone a rischio di divenirlo non erano espressamente menzionate, tra le persone portatrici di esigenze particolari/soggetti vulnerabili dalle disposizioni contenute nelle Direttive europee, tanto quelle relative allo status, quanto quelle relative alla procedura per il riconoscimento della protezione internazionale e all’accoglienza.

della protezione sociale, quest'ultima tradizionalmente preposta alla tutela delle vittime di tratta. In tal senso l'art. 10 del D.Lgs. 24/2014, di attuazione della Direttiva europea 2011/36/UE, ha introdotto alcune disposizioni significative prevedendo in primo luogo che le Amministrazioni che si occupano dell'assistenza di vittime di tratta e quelle che hanno competenza in materia di asilo individuino misure di coordinamento tra le attività istituzionali di competenza, anche al fine di determinare meccanismi di rinvio, qualora necessari, tra i due sistemi di tutela (art. 10 comma 1). L'art. 10 ha inoltre introdotto una norma nel D.Lgs. 25/08, relativo alla procedura di riconoscimento della protezione internazionale (art. 32 comma 3bis) prevedendo che la Commissione Territoriale, in fase di decisione, dove accerti che il richiedente è stato vittima dei reati di tratta o riduzione in schiavitù, trasmetta gli atti al questore per le valutazioni di competenza.

L'individuazione delle vittime di tratta tra le persone che chiedono la protezione internazionale

A fronte delle recenti evoluzioni del flussi migratori, l'individuazione delle vittime di tratta tra i migranti e rifugiati che giungono sul territorio italiano costituisce una sfida estremamente importante.

Il controllo serrato da parte dei trafficanti costituisce il primo motivo per cui le vittime di tratta non riescono a chiedere aiuto e a sottrarsi all'assoggettamento cui sono costrette. Ma altrettanto il timore delle conseguenze di un'eventuale ribellione, la scarsa percezione del proprio status di vittime, possibili sentimenti di "gratitudine" nei confronti di coloro che hanno permesso loro di lasciare il Paese di origine, ostacolano spesso l'emersione della vicenda di tratta e dunque la possibilità di fornire loro adeguata assistenza.

Al contrario, una precoce identificazione delle vittime di tratta - per utilizzare il termine adottato dalle disposizioni internazionali ed europee e di conseguenza utilizzato in Italia dai documenti ufficiali relativi alle misure a tutela delle vittime di tratta - permette di offrire le adeguate misure di assistenza previste dalla normativa vigente

per le vittime di tratta con la conseguente fuoriuscita dal circuito dello sfruttamento.

Prima avviene l'identificazione più efficace può essere l'assistenza fornita, in quanto, talvolta, un intervento tempestivo può evitare che la vittima sia materialmente indotta nella situazione di sfruttamento.

Da qui l'importanza di porre in essere adeguati meccanismi per una corretta identificazione delle possibili vittime di tratta tra i migranti, rifugiati e richiedenti protezione internazionale e di un adeguato sistema di *referrai*, ossia di un sistema che preveda la segnalazione delle presunte vittime di tratta a personale qualificato nell'assistenza e protezione in favore di tali persone vulnerabili.

Sotto quest'ultimo profilo, attraverso la definizione di una procedura che individui le modalità migliori per consentire ai soggetti che entrano in relazione a vario titolo con i richiedenti asilo (forze dell'ordine, personale dei centri di accoglienza, componenti delle Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale) di estrapolare gli "indicatori di tratta" intuendo che il richiedente asilo può essere, anche quando non lo dichiara, una vittima di tratta, può favorire l'intervento degli enti specializzati affinché, dove ve ne siano i presupposti, il richiedente stesso possa accedere ad un programma di assistenza e protezione ai sensi dell'art. 18 D.Lgs. 286/98 e dunque essere accolto in una struttura di accoglienza destinata specificamente alle vittime di tratta. Questo non esclude comunque, così come in effetti previsto dall'art. 17 del D.Lgs. 286/98, che la persona possa proseguire l'iter della procedura di riconoscimento della protezione internazionale.

Si rende dunque necessario sviluppare i meccanismi di coordinamento tra il sistema di protezione internazionale e quello di protezione delle vittime di tratta così come in effetti previsto dall'art. 10 D.Lgs. 24/14, tanto a livello nazionale, mediante il coordinamento delle attività istituzionali rispettivamente del Ministero dell'Interno e del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio, quanto a livello locale, tra le Istituzioni e gli enti del pubblico e del privato sociale coinvolti a vari livelli.

La gravità e la portata del fenomeno richiedono comunque costanti e ulteriori sforzi, tanto delle Istituzioni quanto della società civile:

a fronte di una realtà a tal punto multiforme e in continua evoluzione è necessario ripensare le strategie, aggiornare i c.d. “indicatori di tratta”, rivedere le metodologie di intervento. Questo al fine di rispondere nel modo più adeguato possibile perseguendo il contrasto al crimine della tratta senza mai perdere il riferimento centrale dei diritti umani delle vittime.

STOP FEMALE GENITAL CUTTING. START THE ALTERNATIVE

PAOLA MAGNI*

*«Continuerò a lottare affinché le ragazze crescano,
diventino donne senza essere mutilate.*

*Tutte le ragazze del Kenya
devono diventare donne e poter sognare.*

Sono sicura che tutto ciò sia possibile ».
Nice Nailantei Leng'ete - operatrice Amref

Le mutilazioni genitali femminili (FGM): una violazione dei diritti umani di donne e bambine

Le mutilazioni genitali femminili sono pratiche tradizionali che vengono eseguite principalmente in 28 Paesi dell'Africa sub-sahariana¹ per motivi non terapeutici. Si tratta di tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni non mediche. Tali pratiche ledono fortemente la salute psichica e fisica di bambine e donne che ne sono vittime. Si tratta di un fenomeno vasto e complesso, che include pratiche che vanno dall'incisione all'asportazione, parziale o totale, dei genitali femminili esterni. Bambine, ragazze e donne che le subiscono rischiano conseguenze gravi e irreversibili per la loro salute, oltre a pesanti conseguenze psicologiche. *¹

* Responsabile progetti Amref Health Africa di Amref Italia.

¹ Una quota decisamente minore vive in Paesi a predominanza islamica dell'Asia.

Nel mondo, secondo il nuovo rapporto Unicef², almeno 200 milioni di donne e bambine, 70 milioni di casi in più di quelli stimati nel 2014, hanno subito mutilazioni genitali femminili. Tra le vittime, 44 milioni sono bambine e adolescenti fino a 14 anni, 3 milioni a rischio ogni anno.

La condanna della comunità internazionale

Le mutilazioni genitali femminili, in qualunque forma, rappresentano una palese violazione dei diritti della donna. Sono discriminatorie e violano il diritto delle bambine alla salute, alle pari opportunità, a essere tutelate da violenze, abusi, torture o trattamenti inumani, come prevedono tutti i principali strumenti del diritto internazionale. Le mutilazioni genitali femminili sono condannate da una serie di trattati e convenzioni internazionali, nonché dalla legislazione nazionale in molti Paesi: Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, Convenzione delle Nazioni Unite sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti.

Inoltre, dal momento che le mutilazioni genitali femminili sono considerate una pratica tradizionale pregiudizievole per la salute delle bambine ed è, nella maggior parte dei casi, eseguita su minori, viola la Convenzione sui diritti del fanciullo. Nel 2012 l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha emanato una risoluzione sull’eliminazione delle mutilazioni genitali. Negli anni sono dunque stati compiuti vari progressi su questo fronte e oggi 24 dei 29 Paesi dove si concentravano maggiormente le mutilazioni genitali femminili hanno promulgato una normativa contro questa pratica.

La comunità internazionale si è inoltre impegnata, all’interno dell’Agenda per lo Sviluppo Sostenibile a raggiungere l’uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze (Obiettivo di Sviluppo Sostenibile n° 5) riconoscendo come target specifico l’eliminazione di

² “Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern” Unicef, 2016.

tutte le pratiche nocive, come il matrimonio delle bambine, forzato e combinato, e le mutilazioni genitali femminili.

Tipi di mutilazione

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)³ ha classificato le mutilazioni in 4 tipi differenti, a seconda della gravità degli effetti:

1. asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride;
2. asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra;
3. asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale (infibulazione);
4. il quarto gruppo comprende una serie di interventi di varia natura dannosi per i genitali femminili per scopi non medici (taglio, foratura, incisioni, cauterizzazione con bruciature).

Queste pratiche sono eseguite in età differenti a seconda della tradizione: per esempio in Somalia si praticano sulle bambine, in Uganda sulle adolescenti, mentre in Nigeria sulle neonate.

Le ragioni delle mutilazioni genitali femminili

Le mutilazioni genitali femminili vengono praticate per una serie di motivazioni:

- ragioni sessuali: soggiogare o ridurre la sessualità femminile;
- ragioni socio-culturali: iniziazione delle adolescenti all'età adulta, integrazione sociale delle giovani, mantenimento della coesione nella comunità;
- ragioni igieniche ed estetiche: in alcune culture, i genitali femminili sono considerati portatori di infezioni e osceni;

³ WHO, Fact sheets, 2001.

- ragioni sanitarie: si pensa a volte che la mutilazione favorisca la fertilità della donna e la sopravvivenza del bambino;
- ragioni religiose: molti credono che questa pratica sia prevista da testi religiosi (Corano).

Conseguenze

Tutte queste mutilazioni ledono gravemente sia la salute sia la vita sessuale delle donne. Le mutilazioni genitali femminili hanno gravissime conseguenze sul piano psicofisico, sia immediate (con il rischio di emorragie a volte mortali, infezioni, shock), sia a lungo termine (cisti, difficoltà nei rapporti sessuali, rischio di morte nel parto sia per la madre sia per il nascituro). Per tutte, l'evento è un grave trauma. Conseguenze di lungo periodo sono la formazione di ascessi, calcoli e cisti, la crescita abnorme del tessuto cicatriziale, infezioni e ostruzioni croniche del tratto urinario e della pelvi, forti dolori nelle mestruazioni e nei rapporti sessuali, maggiore vulnerabilità all'infezione da HIV, epatite e altre malattie, infertilità, incontinenza, maggiore rischio di mortalità materna per travaglio chiuso o emorragia al momento del parto.

Le ragazze che le subiscono sono private anche della capacità di decidere sulla propria salute riproduttiva.

Amref Health Africa - il nostro lavoro sul campo

«La mutilazione genitale femminile è illegale. È una forma di violenza contro le donne. È contro la giustizia naturale e i diritti delle donne» (Githinji Gitahi - CEO Amref Health Africa).

Amref Health Africa è la principale organizzazione sanitaria africana, fondata nel 1957. Oggi, Amref lavora con le comunità più vulnerabili in più di 30 Paesi africani, promuovendo progetti sanitari nelle aree più remote del continente.

Amref Health Africa da sempre sta dalla parte dei diritti delle

donne: crediamo infatti che uno sviluppo sostenibile non possa essere raggiunto finché i diritti delle donne non siano pienamente sostenuti e supportati e fino a quando alle donne non saranno riconosciute le medesime opportunità all'interno delle loro comunità.

Un'esperienza maturata sul campo

Da diversi anni Amref Health Africa lavora fianco a fianco con le comunità in Tanzania, Kenya ed Etiopia per costruire partnership e relazioni di fiducia, affinché siano evidenti e noti a tutti i danni a lungo termine delle mutilazioni genitali femminili sulla vita di tante giovani ragazze. In molte comunità abbiamo progressivamente sostituito una pratica dannosa con cerimonie di riti di passaggio alternativi, sensibilizzando le comunità, promuovendo cambiamenti comportamentali, lavorando con i governi e i Ministeri competenti. Crediamo alla centralità delle comunità, protagoniste del loro stesso cambiamento, crediamo in alternative alle FGM sviluppate ed attuate dalle stesse comunità - senza alcuna forma di "taglio" - per far sì che le ragazze possano proseguire con la loro istruzione ed evitare di diventare "spose bambine".

Fino ad ora più di 12.000 ragazze hanno compiuto il passaggio di età grazie al programma dei riti di passaggio alternativi - ed il tasso di successo del programma continua a crescere, con un numero sempre maggiore di comunità che lo adottano ogni giorno.

Un approccio integrato

Amref Health Africa promuove un approccio integrato alla lotta alle mutilazioni genitali femminili concentrandosi su tutto l'ecosistema in cui questa pratica prospera. Questo significa capire e rispettare il valore tradizionale che le comunità attribuiscono alle FGM, ridurre la domanda, creare e sviluppare alternative, e introdurre approcci di prevenzione primaria. Fa lotta alle mutilazioni genitali si inserisce nella più ampia strategia di Amref di salute materno-infantile e salute sessuale e riproduttiva.

Amref promuove pertanto un approccio di prevenzione combinato che considera i seguenti fattori:

- il contesto giuridico (leggi, le politiche e la loro attuazione);
- i sistemi comunitari;
- l'educazione;
- i sistemi sanitari;
- i dati e la ricerca.

Nel corso del suo lavoro con le comunità, Amref ha notato che le mutilazioni non solo portano a problemi medici ma svantaggiano le donne portandole ad abbandonare gli studi quando sono molto giovani, costringendole a matrimoni precoci, relegandole a ricoprire nelle comunità la posizione più bassa per quanto concerne lo sviluppo umano.

Amref ha compreso a fondo l'importanza delle pratiche culturali che vengono considerate e agiscono come un ponte tra l'adolescenza e l'età adulta. È per questa ragione che supportiamo le comunità nell'abbandonare le mutilazioni genitali e nel rimpiazzarle con pratiche che sostengano il benessere e la salute delle donne

Amref ha imparato per esperienza diretta che la lotta alle mutilazioni genitali femminili è complessa e difficile e la legislazione contro questa pratica non è sufficiente a stabilire cambiamenti comportamentali. Pertanto il nostro approccio si basa sulla comprensione che il cambiamento duraturo e sostenibile per lo sradicamento della FGC deve innanzitutto nascere ed essere guidato dalle stesse comunità. Con pazienza e rispetto le comunità vengono coinvolte e sensibilizzate in modo da comprendere esse stesse la necessità di cambiare queste norme culturali dannose: è un processo impegnativo, lento e sfidante. E la stessa ragione per cui le organizzazioni delle Nazioni Unite indicano che le campagne anti-FGC, per essere efficaci, devono essere sostenute per lunghi periodi, essere di proprietà della comunità e multi-settoriali in natura.

I pilastri della nostra strategia sul campo

I riti di passaggio alternativi (ARP - Alternative Rites of Passage)

Il rito di passaggio alternativo è un approccio innovativo, sostenuto dalla comunità, per eliminare la mutilazione genitale femminile. Attraverso una forte partecipazione e mobilitazione comunitaria, Amref Health Africa, in partnership con le comunità Masaai, ha sviluppato un rito di passaggio alternativo per eliminare la mutilazione genitale femminile e migliorare e incoraggiare la salute e l'istruzione delle ragazze Masaai e con loro dell'intera comunità. Questo approccio affonda le sue radici nei valori della comunità Masaai e utilizza attività di sensibilizzazione e formazione per coinvolgere tutti gli attori chiave: gli anziani, le madri, le stesse ragazze e i giovani guerrieri Moran. Ricevendo conoscenze sul tema, la comunità identifica i rischi per la salute associati alla mutilazione genitale e decide di sviluppare un rito di passaggio alternativo che consenta alle bambine di entrare nell'età adulta senza subire il taglio. Sono così mantenuti, nel rito di passaggio all'età adulta, i rituali e le celebrazioni culturali innocue ed eliminate quelle dannose. Il nuovo rito combina la tradizionale cerimonia con l'educazione alla salute sessuale e la promozione dell'istruzione delle bambine.

La strategia dei riti di passaggio alternativi di Amref Health Africa ha ottenuto risultati significativi a Magadi ed ha attecchito in altre comunità Masaai a Loitokitok e Samburu (Kenya), raggiungendo anche la località Kilindi Tanga, in Tanzania. ¹¹

Il potenziale di replicabilità

La strategia dei riti di passaggio alternativi è un modello culturalmente inclusivo, innovativo e di successo che può riguardare diverse comunità che continuano a praticare le mutilazioni genitali femminili in Kenya.

Questo modello delinea un approccio che si fonda sul coinvolgi-

mento positivo della comunità, una partecipazione attiva che dovrebbe essere considerata da diversi attori:

- dai leader, gli anziani ed i capi tradizionali e amministrativi delle comunità che praticano le mutilazioni;
- dal Governo del Kenya, per sostenere gli sforzi per eliminare le mutilazioni genitali femminili;
- dagli altri partner, organizzazioni non governative e associazioni che lavorano nel settore della salute e dell'educazione o sono attivi nelle questioni di genere all'interno delle comunità che praticano le mutilazioni.

Se da un lato la legislazione anti-mutilazioni è importante, dall'altro può mettere ancora più a rischio la vita di migliaia di giovani ragazze. Questo perché alle comunità viene chiesto di sradicare una pratica culturale antica, ma non viene fornita loro un'alternativa. In questo modo le mutilazioni non vengono eliminate, finiscono solamente per svolgersi in clandestinità.

Educazione e sviluppo dei curricula scolastici

Amref è consapevole dell'importanza di sensibilizzare le giovanissime generazioni all'interno del percorso scolastico. In Kenya Amref lavora quindi con il Comitato Anti-FGM, con il Ministero delle Politiche Giovanili e di Genere, con il Ministero della Pubblica Istruzione per incorporare contenuti relativi alle mutilazioni genitali femminili e matrimonio precoce nel nuovo programma nazionale di educazione.

Capacity building e sensibilizzazione

Centrali nella strategia di Amref sono le attività di *capacity building* e sensibilizzazione delle organizzazioni della società civile che rappresentano agenti di cambiamento chiave: è un intervento fondamentale per espandere ed accelerare la diffusione di campagne anti-FGM e cambiamento comportamentale a livello comunitario. L'esperienza di Amref mostra che aumentando il numero di organizzazioni

della società civile che si occupano della lotta alle FGM all'interno delle loro comunità il numero di ragazze che sfuggono alle mutilazioni aumenta in modo esponenziale.

Advocacy in Africa

Amref affronta la questione delle mutilazioni genitali femminili da una prospettiva di policy. La chiave del nostro lavoro è la stretta collaborazione che abbiamo stabilito con i governi locali. Come risultato abbiamo buoni rapporti con importanti decisori politici, sia a livello locale che nazionale.

La tecnologia

Al giorno d'oggi, più famiglie nei Paesi in via di sviluppo possiedono un telefono cellulare di quante abbiano accesso all'elettricità o all'acqua pulita. Il numero di utenti di Internet è più che triplicato in un decennio - da 1 miliardo nel 2005 a 3,2 miliardi alla fine del 2015. Questi rapidi progressi tecnologici offrono eccellenti opportunità nella lotta alle mutilazioni genitali femminili, creano una piattaforma che consente di generare consapevolezza e diffondere informazioni e messaggi chiave indirizzati direttamente alle comunità target.

La storia di Nice

Se vuoi opposti a una tradizione sanguinaria, non la spazzare via, rendila incruenta e non violenta. Nice Nailantei Leng'ete a 23 anni ha salvato 2.600 ragazze dalle mutilazioni genitali femminili accettando il rito tribale, ma cambiandolo in meglio. La prima a scappare all'orrore dell'infibulazione è stata lei, a nove anni, ma non è riuscita a salvare sua sorella. Da allora, ha deciso di «dedicare il lungo viaggio che è la vita - come ha ribadito nel suo discorso alla Clinton Global Initiative negli Stati Uniti - ad aiutare le ragazze kenyane a realizzare i loro sogni». Nice lavora per Amref, e si occupa di

formazione sui diritti legati alla salute sessuale e riproduttiva in Africa, Nice racconta la sua storia e il suo lavoro.

- *Giovane e donna: come ha fatto a scardinare uno dei capisaldi di una società tanto maschilista?*

«Mio padre ci raccontava storie, parlava moltissimo con noi, mia madre aveva una sconfinata capacità di amare. Sono morti quando avevo 7 anni, troppo presto, ma sono riusciti a trasmettermi la consapevolezza che ero importante come persona. E poi c'è stato mio nonno: quando mio zio, a 9 anni, ha cercato di organizzarmi un matrimonio che sarebbe stato preceduto dall'infibulazione, sono andata a parlare con lui, che era uno degli anziani del villaggio. Gli ho detto che non volevo sposarmi, che volevo studiare e scegliere che fare nella mia vita. Mio nonno ha capito. E a mia volta io ho capito che, come avevo trovato il coraggio di parlare con lui, potevo farlo con altri uomini».

- *Parlare dei riti legati alla sessualità, però, vuole dire affrontare un tabù enorme.*

«Spesso sottovalutiamo che chi non vuole ascoltarci lo fa per ignoranza, perché è a sua volta spaventato. Certo, non avessi avuto l'appoggio di mio nonno non avrei potuto parlare con gli altri anziani e poi con i giovani guerrieri, i Moran».

- *Che cosa ha detto loro?*

«Ho spiegato che l'infibulazione non rende migliore una donna, la deturpa. Ho chiesto se davvero volevano vedere morire le loro donne di emorragie e infezioni durante i parti. Ho spiegato che cosa implica il taglio del clitoride. E sì, uno degli argomenti più convincenti è stato che le donne non mutilate sono più interessate al sesso».

- *Però i riti li eseguono le donne. E loro come le ha convinte?*

«Spiegare nel dettaglio quali sono le conseguenze dell'infibulazione sulla salute è stato importante. E poi c'è un aspetto economico. Le madri sono sempre preoccupate di garantire alle loro figlie un buon matrimonio.

Una ragazzina molto giovane, che non è andata a scuola, è meno preziosa, rende meno in termini di dote. La circoncisione interrompe sempre l'istruzione, mentre per una ragazza istruita fare un buon matrimonio è più semplice».

- *In cosa consiste il rito alternativo?*

«In pratica, ripetiamo tutte le cerimonie che avvengono durante l'infibulazione, ma sostituiamo l'oggetto principale, il coltello. Nei due giorni precedenti al taglio, le donne si ritrovano tutte insieme. Approfittiamo di quel momento per dare informazioni corrette sul parto, sulla sessualità, sulle precauzioni da prendere per evitare malattie. Il giorno della cerimonia le levatrici, che prima praticavano l'infibulazione, ripetono tutti i gesti rituali, dal bagno freddo alle 4 del mattino alla vestizione. Poi, toccano le ragazze con libri e penne invece che con il coltello. I simboli sono importanti, così ribadiamo che la conoscenza è la nostra forza e il nostro marchio per diventare donne adulte».

- *Nella sua attività di formatrice, che cosa insegna come prima cosa?*

«La pazienza. Per cambiare le cose ci vogliono cultura, rispetto e capacità di ascoltare. Se non ti metti nei panni della persona che hai davanti non puoi convincerla a cambiare idea. Anzi, alla fine le cose cambiano se tutti hanno la sensazione di aver fatto la loro parte, se la decisione è presa insieme».

(Estratto da La Repubblica Sera, "Il coraggio di Nice ferma il coltello", di C.

Nadotti, 28 maggio 2014)

SCHIAVITÀ E PSICOPATOLOGIA

Alcune riflessioni sulla patologia post-traumatica nella schiavitù femminile in Mauritania

EMILIO VERCILLO* MARIA GUERRA**

La schiavitù si distingue dalle altre forme di violazione dei diritti umani per alcune caratteristiche che si possono sintetizzare nella possibilità di essere comprati o venduti come proprietà, essere privi di libertà di movimento, costretti al lavoro sotto la pressione di minacce o violenze subendo restrizioni fisiche.

Amnesty International 2014

«Moukheir Mint Yarba ritornò dal suo quotidiano occuparsi delle capre del padrone nel deserto, per trovarsi davanti a qualcosa di inimmaginabile: la sua bambina, capace appena di gattonare, lasciata fuori a morire. La madre, dall'usuale atteggiamento stoico, - i cui occhi nerissimi e le mani incartapecorite trascinano decenni di tristezza - scoppiò a piangere vedendo il viso della sua bambina senza vita, occhi aperti e coperta da formiche, immobile sulla sabbia color arancio del deserto mauritano. Il padrone, che aveva violentato Moukheir per generare la bambina, voleva punirla. Disse che senza la figlia sulle spalle avrebbe lavorato più velocemente. Cercando di ricomporsi, Moukheir chiese di poter fare una pausa per dare a sua figlia una sepoltura appropriata. Il padrone rispose: toma al lavoro.

“Ha un'anima da cane”, lei dice ricordando.

Più tardi quel giorno, al cimitero “Scavammo una fossa superficiale e la seppellimmo con i suoi vestiti, senza poterla lavare o fare i riti di sepoltura”.

Slaverys Last Stronghold, CNN, 2012

Esistono Paesi in cui il tempo sembra essersi fermato, in cui sussistono forme di schiavitù antiche, quasi bibliche, che offrono anche minore mobilità sociale o fuoriuscita dalla condizione di schiavo rispetto alla società romana

* Psichiatra, psicoterapeuta

** Psicologa, psicoterapeuta

antica. Non si tratta in questi Paesi delle cosiddette “nuove schiavitù”, legate alla modernizzazione della produzione su scala mondiale o al mercato della prostituzione, ma di una schiavitù vista quasi come una legge di natura da entrambe le parti, catene invisibili costruite nel corso di secoli e determinate dai forti vincoli che si creano tra schiavi e padroni. È soprattutto nella fascia del Sahel, al confine sud del Sahara, il luogo dove possono osservarsi queste vestigia di relazioni umane.

Di fatto il termine schiavitù viene impiegato per definire diverse condizioni e si parla estesamente di “nuova schiavitù” per alcune di esse. Escludendo le accezioni più estensive, confondenti e inadeguate h si parla attualmente (UN Commission on Human Rights, 2000) di lavoro forzato (mediante esercizio o minaccia di violenza sui soggetti o sulla loro famiglia), schiavitù sessuale (di fatto una sotto categoria di lavoro forzato), schiavitù per debiti (la più diffusa, soprattutto nel sudest asiatico), schiavitù infantile (rientra in tutte le altre categorie), servitù domestica, matrimonio forzato.

A lato di queste, esiste la forma tradizionale, chiamata nei Paesi anglosassoni *chattel slavery* (schiavitù di beni mobili, come il bestiame), termine utilizzato ad esempio per designare la forma tipica dell'economia statunitense ante guerra civile.

In Paesi come la Mauritania è presente un residuo di questa schiavitù antica, con alcune caratteristiche distintive. Innanzitutto - differentemente dalle società classiche, in cui lo schiavo è un prigioniero di guerra o la sua discendenza - presenta caratteristiche etniche definite e stabili nel tempo: ad essere schiavi sono solo persone di pelle nera, sub sahariane, e il loro padrone appartiene al gruppo dei *Beidane*, i “mauri bianchi”, casta di origine mista arabo-berbera, o *Hassaniya* (dalla lingua da loro parlata, un arabo con influenze berbere). Questo accade anche se la Mauritania ha dichiarato l'abolizione della schiavitù nel 1981, ultimo ¹

¹ Oltre a confondere schiavismo con sfruttamento della forza lavoro, si è arrivati anche a parlare di schiavismo da parte dell'uomo verso gli animali in ambienti animalisti (Spiegel 1996), di schiavitù psichiatrica nelle correnti antipsichiatriche (Szasz 2003).

Paese ad averlo fatto nel mondo, una abolizione dichiarata ma non fattuale (a cui si è aggiunta nel 2004 una legge che comminerebbe una pena a chi la infrange), sicché la schiavitù rimane un segreto negato e attivamente celato da parte della classe dirigente del Paese (John Sutter, CNN, 2012) e appoggiato da alcuni religiosi islamici.

Nel nostro lavoro con i richiedenti asilo al SaMiFo ci siamo imbattuti in alcuni casi di schiavi mauritani, le cui caratteristiche di fenomenologia e psicopatologia presentavano elementi distintivi rispetto alla consueta sintomatologia post-traumatica di altri pazienti, provenienti da esperienze traumatiche non così radicate come eventi “naturali” nella struttura sociale o precoci. Oltre queste peculiarità eziologiche, esistono caratteristiche patoplastiche propriamente culturali connaturate con la natura della schiavitù, che ci hanno portato a voler approfondire il tema.

Descriveremo sommariamente al principio alcune caratteristiche della società maura e la natura della schiavitù in questo Paese, con particolare attenzione al versante femminile.

Seguiranno quindi delle note e riflessioni psicopatologiche sulle peculiarità osservate, accompagnate dalla breve vignetta di due casi esemplari.

La schiavitù nella società maura

A journalist asked whether slavery existed in Mauritania, and the imam said no. Then why, the journalist asked, had the imam recently given the journalist's boss a slave girl as a gift? The imam simply smiled. (*The New Yorker*, 2014 sept 8, FREEDOM FIGHTER: A *slaving society and an abolitionist's crusade*).

“We don't pay them”, he said, “They are part of the land.” (*Slavery's Last Stronghold*, CNN, 2012).

Per descrivere in cosa consista nella vita quotidiana questa schiavitù, e nella sua realtà traumatica soprattutto per le donne schiave, ci baseremo sulla ricerca di Kevin Bales, professore al Wilberforce Institute for the Study of Slavery and Emancipation di Hull in Inghilterra,

che nel suo “Disposable people: New Slavery in the Global economy” (originariamente del 1999, ultima edizione rivista 2013) racconta della sua ricerca sul campo in Mauritania, oltre che su inchieste più recenti.

La Mauritania rappresenta nello scenario mondiale l’unico Paese in cui viene praticata la schiavitù di vecchio tipo. Nel 2016 il Global Slavery Index, basandosi su un’indagine a livello nazionale intrapresa nel 2015, stima che 43.000 persone, l’ 1,06% della popolazione totale di 4.068.000 abitanti, vive in condizioni di schiavitù tradizionale in Mauritania.

«La società maura... è costituita da tre gruppi principali: gli arabi mauri, spesso chiamati “mauri bianchi” (di cui fanno parte la casta guerriera degli hassanya, la casta sacerdotale degli harabout e i vassalli zenga), gli schiavi e gli ex schiavi detti haratin, e gli afromauri, che costituiscono circa il 40% della popolazione e che arrivano dal Sud del Paese, dove finisce il Sahara arabo e comincia l’Africa nera, principalmente dal Senegal e dal Mali» (Bales K. 1999). I mauri bianchi sono la minoranza che controlla la Mauritania sia dal punto di vista politico che economico e sono organizzati in grandi famiglie allargate unite in tribù. Tutte queste famiglie sono state proprietarie di schiavi ereditati di generazione in generazione; le origini della proprietà degli schiavi nel Paese potrebbe risalire perfino all’epoca romana, pre-islamica, anche se l’arrivo degli arabi ha probabilmente irrigidito il sistema. La casta degli haratin sono gli schiavi ma anche gli ex-schiavi liberati, a volte figli di madri schiave e di padri mauri bianchi, per questo motivo vengono chiamati mauri neri. La schiavitù è quindi profondamente radicata nella società mauritana e si basa sulla divisione per etnia, origine, caste e classi (Human Rights Council 2013).

Gli schiavi tradizionalmente abitano con la famiglia del padrone, lavorano tutto il giorno occupandosi delle attività necessarie al mantenimento delle case e delle attività commerciali e agricole, non vengono pagati, non hanno libertà di movimento e di scelta, possono essere donati senza tenere conto dei loro legami familiari e affettivi, ma il fatto che da generazioni vivano insieme ha fatto sì che si costruisse un legame molto difficile da sciogliere, un legame interno

fatto di quotidianità, abitudine, rassegnazione. La loro vita è molto dura, non sono liberi, ma non sono considerati merce usata e gettata come invece accade nelle nuove forme di schiavitù. Il paradosso della schiavitù in Mauritania è proprio il fatto che sia vissuta da parte della vittima con un'acquiescenza che ha a che fare con la convinzione di essere membro della famiglia cui appartiene, e di essere in una condizione al suo interno inferiore che ha a che fare con una legge naturale e divina. Anche in questo senso la differenza con la società schiavistica nord-americana è marcata, visto che nel "Paese della libertà" (*l'uomo è nato libero per natura*) i teorici dello schiavismo furono costretti a funambolismi concettuali per giustificarne l'esistenza, tradendo la falsa coscienza alla sua base. Nella servitù romana lo schiavo non era frutto di natura, ma un risultato di una conquista e di una violenza, prigioniero di guerra, e perciò stesso la sua trasformazione in liberto era possibile e non difficile. In Mauritania l'asservimento si basa su 'catene interne' molto più che su catene esterne, e nel caso soprattutto delle donne le catene vengono triplicate dall'applicazione della sharia nel Paese (v. infra).

La schiavitù in Mauritania quindi più che una realtà politica ed economica sembra essere parte integrante della cultura, anche se negli ultimi anni l'evolversi seppur lento della società sta portando ad un cambiamento del fenomeno, quantunque come si vedrà non sempre in senso positivo. Passate edizioni del Global Index Slavery hanno notato che il Corano è stato utilizzato da alcuni leader religiosi per motivare l'esistenza della schiavitù moderna in Mauritania. Gli attivisti delle associazioni più importanti contro la schiavitù dicono che alcuni imam continuano a parlare in favore della schiavitù nelle moschee, in particolare nelle aree rurali (Sutter 2012). Tuttavia, dal dicembre 2014, 1.000 moschee sono ufficialmente impegnate a diffondere messaggi anti-schiavitù rivelando un crescente impegno per la lotta contro la schiavitù (Jemal Oumar 2014).

L'evoluzione in corso, favorita anche dalle leggi che ufficialmente vietano la schiavitù, passa comunque attraverso forme di nuova schiavitù ancora peggiori, poiché la maggior parte degli ex schiavi che si affranca e lascia la casa del padrone non ha vere alternative: la loro nuova vita è fatta di espedienti, abitano ai margini della capitale,

in casupole fatiscenti, in condizioni di miseria, aspettando che i loro vecchi padroni li vengano a chiamare per lavorare alla giornata. Non hanno documenti, non possono usufruire di alcun aiuto governativo, sono analfabeti e non conoscono altri mondi che quello chiuso della casa del padrone che hanno abbandonato. Trovare un altro lavoro è quasi impossibile perché considerati inaffidabili proprio per il fatto di essersi affrancati. Di fatto negli agglomerati fatiscenti la differenza tra schiavo ed emancipato è sfumata: spesso si tratta ancora di schiavi, che il padrone chiama per lavori non pagati, ma senza neanche più ospitarli in casa con l'obbligo morale di alloggio e vitto. Hanno perso anche lo stato di 'famiglia'.

In questo scenario di isolamento culturale e povertà è possibile ad una minoranza continuare a mantenere lo status quo quasi inalterato trasformando una parte di ex schiavi e poveri in nuovi schiavi: il passaggio da merce di proprietà a merce usa e getta solleva dall'onere della sopravvivenza.

Se la situazione su delineata descrive la casta degli schiavi in Mauritania tradizionalmente tale da generazioni, è anche vero che nuove acquisizioni vengono fatte tra le popolazioni immigrate dal sud del Paese, il gruppo degli Afromauri provenienti dal Senegal e dal Mali.

Babacar, un nostro paziente, è un mauro 35enne di origini senegalesi. Aveva nove anni quando irrupero nella sua casa, uccisero la sua famiglia e lo presero come schiavo, per il resto della sua vita.

Khalil era giovane quando, portando al pascolo gli animali, viene accusato da un mauro bianco di aver danneggiato i suoi campi e con tale motivazione viene schiavizzato per alcuni anni finché non riesce a fuggire.

Essere schiava e donna

La condizione femminile di schiavitù comporta alcuni elementi distintivi e ancor più crudeli. Un tempo, nella società maura la ricchezza veniva appunto calcolata secondo il numero di schiave possedute. Il valore non è comparabile a quello della società romana o nordamericana,

in cui uno schiavo è merce preziosa e cara, deve durare ed essere mantenuto per ammortizzare le spese e produrre; ma comunque in Mauritania una donna ha un valore maggiore di un uomo schiavo. I loro figli erano e sono tutt'oggi proprietà del loro padrone, nonostante la schiavitù sia stata ufficialmente abolita. D'altronde le donne raramente vengono tutelate dai tribunali, i cui giudici spesso hanno a loro volta delle schiave. I padroni possono ricorrere alla forza o dominarle proprio mantenendo il controllo sui figli, che spesso vengono loro sottratti e affidati ad un altro componente della famiglia in un'altra zona del Paese; questo accade spesso se il figlio è meticcio, nato non da un altro schiavo, ma dal padrone o da suoi amici. Il fatto che la religione permetta di avere più mogli fa sì che i padroni dichiarino la paternità dei bambini in ogni caso, e la donna che fugge e reclama i figli potrebbe essere un'altra moglie. Vale la pena ricordare che nei Paesi islamici la giurisprudenza fa prevalere i diritti del padre sui figli rispetto a quelli della madre, anche in situazioni più lineari di quella di cui parliamo.

L'esistenza delle donne e dei bambini è sempre controllata. È abituale l'uso sessuale delle schiave da parte del padrone e delle persone a cui vengono offerte da parte di quest'ultimo. Si tratta di un uso giustificato dalla legge coranica: le regole dettate dalla Sharia, adottate nello stesso periodo in cui veniva ufficialmente abolita la schiavitù nel Paese, hanno applicazioni pratiche anche nella relazione con schiavi ed ex schiavi. L'uomo deve secondo le leggi coraniche controllare i suoi desideri sessuali, tranne con mogli e schiave, permettendo così quell'uso sessuale delle schiave che è un elemento chiave del loro asservimento, oltre che un punto chiave della loro storia traumatica. Così il potere riconosciuto dalla legge islamica all'uomo libero su mogli e sorelle si estende automaticamente alle schiave e ai loro figli, chiunque sia il padre. I figli di queste donne appartengono di fatto a lui, sia che sia il reale padre o no (è spesso impossibile sapere la paternità e in Mauritania è cosa molto scorretta domandare chi sia il padre di una persona [Quirico 2016]). Spetta sempre al padrone decidere se una schiava può sposarsi e con chi, così come annullare il matrimonio se questo non è più di suo gradimento. Fuggire significa spesso abbandonare i figli nella casa del padrone o farli diventare ragazzini di strada senza certificati di nascita

o fissa dimora. Questo del destino dei figli, spesso sottratti dopo l'allattamento (la consuetudine è un allattamento di due anni) e regalati o venduti, è un altro punto nodale dei vissuti traumatici delle nostre pazienti. Vale la pena sottolineare come tra le mansioni di una schiava della famiglia sia fondamentale occuparsi della casa e dei figli del padrone prima di occuparsi dei propri, nel caso le rimanga tempo.

Non abbiamo però parlato dei movimenti antischiavistici che all'interno della società maura si sono comunque sviluppati, pur nella loro debolezza, ma vale la pena aggiungere in questo quadro generale due particolari annotazioni che ci aiutino a comprendere le condotte culturalmente diverse delle nostre pazienti, nonché le dinamiche psichiche interne, che per quanto descritto sopra non meraviglieranno.

La prima è che spesso sono i genitori schiavi a trasmettere la logica della passività dell'asservimento, insegnando alle loro figlie i limiti delle loro possibilità e la somma dei doveri connaturata al loro stato: non puoi andare a scuola, non puoi fare come hai visto fare con i bambini con cui giochi, i figli del padrone, non puoi ribellarti o ne patirai le conseguenze, etc. Ne consegue che una fuga, anche quando favorita da familiari, viene vissuta come una colpa, un ribellarsi a un genitore protettivo nel suo insegnamento. D'altronde se per gli uomini lasciare la famiglia del padrone è andare spesso incontro ad una vita di stenti e di accattonaggio, per alcune donne è diventare prostitute, vendere cous-cous per le strade o fare qualche lavoro manuale infimo, con un esito sociale ancora più infamante che per gli uomini.

La seconda annotazione riguarda una condotta comune a tutte le nostre pazienti ex-schiave, che al principio ingenera sconcerto e anche dubbi diagnostici: l'incapacità di guardare chicchessia negli occhi. Non è o non è solo timore, è buona educazione. Non possono guardare se non chi si trova in un rango inferiore anche per età, perciò non lo si può pretendere facilmente, come accade per tutte le condotte tanto basilaramente radicate. Riuscire a guadagnare il loro sguardo durante un incontro è prova di un passo compiuto verso la loro libertà interna.

Specificità cliniche: tra PTSD e Disturbi Dissociativi

Per uno psicopatologo muoversi da una condizione e una storia di esperienze fino a una struttura psicopatologica è come percorrere un cammino a ritroso dall'abituale a cui è esercitato. Laddove normalmente trovandosi alla presenza di una sintomatologia configurata va alla ricerca di complessi di elementi che ne giustifichino l'origine e la forma finale, qui ci si trova nel percorso inverso: dato un insieme di condizioni di formazione delle sindromi, osservare la ricorrenza ed eventualmente la specificità delle strutture in cui esita. Nel campo magmatico della psichiatria, quello della psicotraumatologia è per lo meno un settore in cui si ha il privilegio di muoversi in un ambito etiologico certo, per quanto non globale nella sua esplicabilità e nonostante tutto controverso, rispetto ad altri capitoli della disciplina, molto più ipotetici ancora oggi. Proprio questo permette un ragionamento psicopatologico nel percorso dai presupposti agli esiti, laddove qualsiasi altro simile percorso nella psichiatria ha solo il valore di un lavoro statistico che supporti una tesi.

Detto ciò, nel campo della psicopatologia post-traumatica ci troviamo di fronte a due grossi capitoli, (anche considerando la grossolanità delle classificazioni a modello DSM): i Disturbi da Stress Post-Traumatico (PTSD) da una parte e il campo dei Disturbi Dissociativi dall'altra. Se in tutti insiste l'effetto di scomposizione della continuità dell'esperienza, è altrettanto vero che nei primi si tratta di un effetto traumatico di disaggregazione di un'esperienza già data, più o meno integrata nel campo della coscienza, laddove nei secondi è proprio l'esperienza traumatica ad aver reso impossibile l'integrazione. Ne conseguono (nell'età adulta a cui ci riferiamo) sintomatologie con strutture molto diverse.

Nel primo caso (la casistica più diffusa nel SaMiFo), il trauma o i traumi generativi sono avvenuti in età adulta, in un tempo che per quanto prolungato ed estremo ha avuto una durata definita, sebbene possa aver cambiato per sempre le condizioni di vita e la persona. Scontri a fuoco, carcerazione, tortura, viaggi tormentati e pericolosi, pericolo di vita per un tempo prolungato, scenari di morte cui si è assistito, tutto questo dà forma a una sintomatologia propria del

PTSD, con il suo tipico misto di sintomi dissociativi di flashback, prevalenza di sintomi di attivazione adrenergica, e sintomi negativi di apparenza depressiva (una vera sindrome depressiva potrà apparire più oltre nella vita di un rifugiato, quando i settori cerebrali che sovrintendono alla sopravvivenza, tuttora attivati dal PTSD potranno lasciar spazio al senso di perdita personale).

Alcune distinzioni sono importanti da un punto di vista psicopatologico

La prima è tenere separati concettualmente i *sintomi dissociativi* dalla *dissociazione strutturale* che costituisce l'ossatura dei Disturbi Dissociativi: in medicina distinguere sintomi, sindromi e malattie garantisce chiarezza alla comprensione, la presenza di una febbre o di un dolore non viene confuso con una patologia, laddove l'ideologia DSM ha favorito questo tipo di logica clinica. Nel PTSD sono presenti sintomi dissociativi (flashbacks diurni e notturni -incubi), ma la struttura del sé non è caratterizzata dalla presenza di varie parti ('personalità') che rispondono a molteplici figure e funzioni, come nei Disturbi Dissociativi. E da un punto di vista terapeutico non costituiscono neanche i punti di attacco o di entrata, dipendendo come sono dagli stati di iperattivazione (cfr. sotto).

La seconda riguarda il frequente malinteso del dare una importanza clinica assoluta alla storia traumatica, nel senso di dare per scontato che esista una relazione biunivoca tra storia traumatica e patologia post-traumatica. Se è vero che una storia di abuso e neglect infantile è prevalente nel 90% dei casi di Disturbo Dissociativo, soprattutto di Disturbo Dissociativo dell'Identità (come riconosciuto anche dal DSM-5), però è anche vero che nel caso di storie infantili con traumi ripetuti e continuati, sono molti i casi in cui non si danno nell'età adulta sintomi o disturbi dissociativi (Briere 2006). E se questo è allo stato attuale quello che sappiamo per i Disturbi Dissociativi, la mancata corrispondenza è ancor più vera nel caso di PTSD: se è vero che l'esperienza traumatica giustifica la sintomatologia di PTSD, non è verificato il contrario, che una clinica segua necessariamente all'esperienza traumatica, anche estrema.

Una serie di fattori *antecedenti* della persona, a partire da fattori genetici fino ai pattern di attaccamento e *successivi* fattori esterni garanti e supportivi di resilienza, giocano evidentemente un ruolo importante. Di fatto non è solo il personale laico di assistenza ai rifugiati a cadere in questa trappola, ma a volte anche personale di formazione professionale psicologica: non si dà clinica post-traumatica senza clinica *specificata*, solo per i fatti traumatici vissuti. Si attiva tutta l'umana comprensione e solidarietà, oltre all'impegno politico, ma non risorse terapeutiche inadatte per obiettivi clinici mal definiti.

Nel percorso a ritroso di ragionamento di cui si diceva, ci si aspetterebbe che per le condizioni descritte per la schiavitù in Mauritania, per i traumi continuativi durante l'infanzia (l'ambiente di estrema deprivazione, la separazione precoce e gli obiettivi abusi fisici e anche sessuali in età minorile nel caso del genere femminile, etc), i quadri dissociativi propriamente detti, con l'esistenza di dissociazione secondaria e terziaria (van der Hart et al. 2006), costituiscono la prevalenza delle presentazioni. Uno degli scriventi (E.V.), che prima di lavorare nel SaMiFo si è occupato in precedenza prevalentemente di Disturbi Dissociativi in una popolazione europea in Spagna e Italia, sorprendentemente ha dovuto constatare che non costituivano la maggioranza. Se pure esistono nel nostro campione, effettivamente non statisticamente significativo (il caso di Aisha descritto a seguire lo è), essi sono pochi.

Aisha

Aisha è una ragazza mauritana di 32 anni (*ragazza*, perché così appare, e così si definisce lei stessa), rifugiata. La sua storia è una storia di schiavitù nella quale ancora dopo quattro anni dal suo arrivo in Italia è completamente immersa. Incontrare Aisha è incontrare prima di tutto la sua Parte Apparentemente Normale (van der Hart et al. 2006), quella che le ha permesso di orientarsi nella complessità del percorso di richiedente asilo, di lavorare, di studiare e imparare prestissimo l'italiano. Sorridente, educata, dolce, timida, tranquilla, non si lamenta di nulla, non chiede, non pretende, non si mostra mai arrabbiata, non ha problemi di

convivenza all'interno delle varie strutture di accoglienza che la ospitano. Purtroppo quella stessa Parte Apparentemente Normale è stata nel contempo complice dei ripetuti fallimenti vissuti durante il suo percorso di autonomia, a causa dei fraintendimenti all'interno delle relazioni che implicavano coinvolgimento emotivo e intimità: le aspettative degli operatori e di coloro che hanno cercato di aiutarla erano altissime, vista la sua apparenza e le sue risorse, così come spaventosa, devastante la sua caduta (e la delusione risentita degli operatori), ogni qual volta i fantasmi che la abitano, e che da sempre l'accompagnano, prendevano il sopravvento. Anche le sedute di terapia seguono lo stesso modello e iniziano con un'Aisha sorridente, contenta di come stanno andando le cose, grata per tutto ciò che viene fatto per lei e finiscono con un'Aisha disperata a volte accovacciata sulla sedia o in un angolo della stanza. Piangendo racconta dei suoi incubi notturni in cui il padre morto, nei confronti del quale prova forti sensi di colpa, le parla e le ricorda le sue origini e il suo immutabile destino: non ce la farà, questa vita non è per lei. Il padre, unica figura di attaccamento familiare e affettivo, le ha insegnato l'obbedienza, la sottomissione, l'impossibilità di vivere una vita differente da quella vita che stava nella natura delle cose, era volontà di Dio. Il padre che da una parte con la sua presenza in qualche modo la proteggeva dagli abusi e dalle violenze sessuali (iniziate inesorabilmente dopo la morte di lui), dall'altra avallava senza speranza la condizione di trascuratezza, isolamento, abusi, sottomissione, non riconoscimento che Aisha viveva.

Importante per comprendere la condizione di deficit di relazioni fondanti primarie (v. infra) è per esempio che della madre non abbia nessun ricordo, fu donata dal padrone ad un'altra famiglia quando aveva tre anni (così le è stato raccontato), ed è morta dopo poco senza che Aisha riuscisse più a vederla. E questo vissuto di assenza più che di mancanza della madre, insieme alla relazione così contrastatamente ambivalente con il padre, che qualifica in Aisha i fenomeni dissociativi che descrive. Ha dentro di sé una voce maschile non riconosciuta come voce nota, che le parla spesso in maniera dura, a volte in maniera premurosa; la giudica quando qualcuno la invita ad uscire, la spinge a ritirarsi, la confonde quando deve affrontare l'ennesimo colloquio di lavoro, la spaventa, ma allo stesso tempo la protegge dai rischi dell'affrontare una vita di libertà che implica scelte e rapporti paritari, e la fa sentire anche una traditrice nei confronti degli insegnamenti e del modello di vita proposto dal padre. La 'voce' - o più correttamente la parte - è quella che prende il sopravvento nelle occasioni in cui Aisha si

ritira, scompare, fallisce, o ha idee autolesive (in questi pazienti le franche condotte autolesive o suicidane sono estremamente rare, diversamente che nella popolazione europea). Oltre a questa presenza maschile, è presente anche una voce di donna, dal tono roco, le cui caratteristiche non sono ancora chiare in terapia.

Il suo percorso terapeutico è costellato di sedute intense di emozioni, assenze, abbandoni, ritorni e di nuovo abbandoni. Ad ogni piccolo movimento esplorativo, di esposizione o di possibile cambiamento, Aisha si ritira, diventa immobile, si nasconde, cercando di diventare invisibile così come ha imparato a fare di fronte al pericolo quando era in Mauritania, e come è tipico della *fobia emozionale e delle parti* (van der Hart et al. 2006). Le regole di sottomissione, assimilate nel vivere quotidiano della sua infanzia e tramandate di generazione in generazione, funzionano ancora.

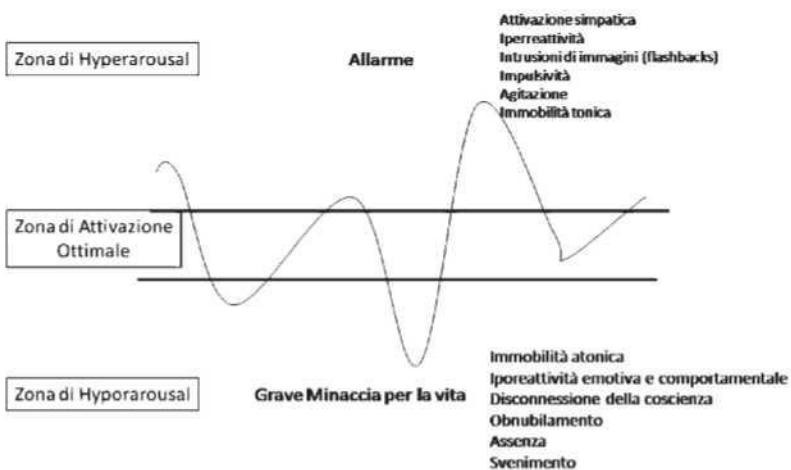
«Vorrei tanto trasformare le mie catene in sorrisi, ma ho molta paura di non farcela perché anche se adesso sono in Italia libera, mi sento sempre schiava, schiava di me stessa».

La caratteristica dominante della presentazione clinica nei casi di ex-schiave, rispetto ai quadri più frequenti di PTSD della casistica del nostro servizio, è invece un'altra, legata all'importante concetto in Psicotraumatologia di Finestra di Tolleranza (Window of Tolerance, Siegel 1999, 2011), basata sulla Teoria Polivagale di Stephen Porges (Porges 2001, 2011).

Come illustrato in Fig. 1, esiste un campo ottimale di attivazione nel quale le nostre emozioni possono essere elaborate e processate nella nostra esperienza, una finestra di benessere in cui secondo Porges è attivata una parte filogeneticamente recente del nostro sistema nervoso autonomo, il "sistema parasimpatico ventrale o ventro-vagale", la base neurologica del Social Engagement System. L'ampiezza dei margini superiore e inferiore di questo campo di sicurezza è variabile tra individuo e individuo, ma in caso di pazienti con patologia post-traumatica la finestra risulta ristretta (Fig. 2), i limiti in cui le emozioni sono tollerabili si restringono considerevolmente, e ci si trova per il minimo stimolo trigger (interno o esterno) nella zona superiore

FIG. 1**FINESTRA DI TOLLERANZA. ATTIVAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO**

Mod da: Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006)

FIG. 2**FINESTRA DI TOLLERANZA RIDOTTA IN PAZIENTI POST-TRAUMATICI**

Mod da: Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006)

di hyperarousal, o in quella inferiore di hypoarousal. In entrambi questi casi, si trova attivato il Sistema Motivazionale di Sopravvivenza, il sistema basico che si innesca in caso di pericolo di vita nei mammiferi, disattivando tutti gli altri sistemi superiori, rendendo così impossibile qualsiasi forma di pensiero elaborativo, e l'interazione relazionale di qualsiasi tipo che non sia dedicata alla difesa dell'integrità fisica.

È il sistema delle 4-F in inglese (*fight, flight, freeze, faint*), attacco-fuga-congelamento-svenimento, dalle condotte possibili che attiva. Non si tratta necessariamente di condotte in sequenza (differentemente da quanto riportato in Schauer et al. 2011), differendo tra individui e contesti differenti, ma tutte appartengono al repertorio di comportamenti possibili in caso di pericolo estremo. Le prime tre - *attacco, fuga, congelamento tonico* - appaiono sotto il dominio del sistema simpatico, adrenergico, in un contesto di iperattivazione che sottende sintomi come ipervigilanza, allarme, aumentata tensione, aumentata frequenza cardiaca, iperpnea, tremori, immagini intrusive, un pensiero di tipo ossessivamente ciclico, fisso su un tema, e condotte iperreattive, esplosioni emotive e aggressive, o condotte caotiche. L'ultima F, quella di *faint*, viene più correttamente descritta come stato di ipoattivazione, e si basa sulla parte filogeneticamente più antica del sistema parasimpatico, quello 'dorso-vagale'. In questo caso siamo di fronte alle ultime difese, quando solo la passività e l'immobilità atonica di fronte all'aggressore può sperare qualche risultato, non fosse quello di staccare la coscienza dagli ultimi eventi mortali. In caso di stato di ipoattivazione assistiamo a sintomatologia come affettività e reattività ridotta, incapacità a pensare chiaramente, obnubilamento mentale, sintomi dissociativi di tipo negativo come disconnessione dal qui-e-ora, senso di separatezza da sé e dalle proprie sensazioni, assenze, uno spegnersi della coscienza che può giungere fino allo svenimento.

In entrambe le condizioni di disregolazione emozionale riesce impossibile al soggetto elaborare l'esperienza del presente (o condurre una seduta terapeutica), per inibizione delle funzioni cerebrali deputate alla integrazione, nel primo caso per troppo arousal, nel secondo caso per scarso arousal. Questa costruzione psicopatologica, fondata

sulla neurofisiologia e sulla etologia, rende ragione a livello patogenetico di una larga congerie di sintomi presenti in tutto lo spettro post-traumatico, dal PTSD ai Disturbi Dissociativi. Indipendentemente dalla Dissociazione Strutturale (l'esistenza di 'parti' separate del Sé e indipendenti dentro la stessa persona), risulta vero per tutti i pazienti post-traumatici che la loro Finestra di Tolleranza è ridotta, che si trovano spesso in uno stato esterno ai limiti della zona di buona integrazione della esperienza, che non è possibile lavorare sulle memorie traumatiche, o fare qualsiasi lavoro psicoterapeutico finché si trovano iper- o ipo-attivati, e che è perciò necessario un periodo di stabilizzazione come prima fase necessaria delle terapie per ampliare previamente la finestra di tolleranza, la capacità di tollerare ed elaborare le emozioni.

Nella nostra esperienza con i richiedenti asilo, la maggioranza dei pazienti che ci arrivano per un intervento psicologico o psichiatrico si presenta, come si è detto, in una condizione di PTSD, e il problema più urgente e dominante è uno stato di iperattivazione, con tutti i correlati - diverso da persona a persona - di uno stato di allarme in cui i pazienti sono rimasti bloccati, a dispetto delle condizioni di sicurezza per la vita in cui ora si trovano nel nostro Paese. Non che manchi del tutto una oscillazione dall'altra parte dello spettro, ma i fenomeni di ipoattivazione sono meno rilevanti nel quotidiano psicopatologico del paziente. E per quanto incerte possano essere le prospettive di futuro, o le perdite subite a tutti i livelli, questi temi non sono importanti o dominanti nel loro psichismo in questa fase.

Una quota minore dei pazienti hanno invece quadri con prevalenza di assenze, disconnessioni dal contatto con il presente senza attivazione angosciata di scenari di flashback delle violenze, uno spegnersi più o meno improvviso e più o meno totale della coscienza del presente, che fa sparire intere periodi di tempo (a volte intere giornate) dalla esperienza del paziente. È esperienza della clinica dissociativa che quando si scoprono questi 'buchi' della memoria nell'esperienza del paziente, si debba investigare del loro riempimento da parte di entità dissociate, la cui azione non viene registrata da parte della personalità 'normale' (o meglio 'Parte Apparentemente Normale' (ANP), come viene

denominata -van der Hart et al. 2006): in questo caso ci si trova di fronte a una dissociazione terziaria, un Disturbo Dissociativo di Identità.

Alia

Alia, donna mauri tana di 27 anni, è in Italia da un paio di settimane quando viene indirizzata al Servizio. Durante la visita medica, dopo aver cominciato a raccontare alcune cose frammentarie della sua storia, si blocca a testa bassa, e per molto tempo piange silenziosa, dello stesso pianto che si vuole prodotto dalle statue miracolose: un traboccare liquido in un viso immoto, senza la mimica di dolore che si accompagna al pianto.

Alia dimostra ben di più di 27 anni, è stata schiava da tutta la vita, ha avuto 3 figli, tutti portati via al momento dello svezzamento. Quando siamo stati capaci di fare la Linea della Vita² (Schauer, et al. 2011), la sua infanzia non è segnata dalle pietre, e i fiori sono ricordi del suo giocare con altri bambini, portare gli animali al pascolo. E verso i 12 anni che arriva la pietra: viene violentata dal padrone, cui è seguita la storia tipica di una schiava di piacere con varie altre pietre, alcune di esse senza etichetta, altre sicuramente mancanti (fa due tentativi di fuga, viene ripresa e punita violentemente). All'inizio del trattamento non dorme la notte quasi per nulla, e quando è da sola i suoi pomeriggi passano piangendo, scomparendo dal tempo del suo orizzonte di coscienza. Le sue sedute hanno avuto per molto tempo un andamento uniforme: a un certo punto della seduta ricade nella condizione di disconnessione, e faticiamo a farla riemergere da questa ipoattivazione. Qualsiasi stimolo può scatenare la reazione: una domanda sulla famiglia di origine, la voce di un bambino che si senta fuori dalla stanza, un'osservazione su come siede sulla sedia (all'inizio mantiene sempre una postura tutta serrata, un po' inclinata in avanti come per alzarsi e scappare, stringendo la borsa e tutto quello che ha tra le braccia).

² Nella "Linea della Vita" il paziente è invitato a posizionare sulla linea di una corda che rappresenta la sua vita gli eventi positivi e negativi, ponendo rispettivamente un fiore o una pietra, designandolo con un nome su un'etichetta.

Alia è molto intelligente, spiritosa, e adattabile alla sua nuova vita, nella sua parte adeguata al mondo della realtà. Possiede risorse personali e relazionali cui fatto ricorso durante la fase di ambientamento, già aveva imparato a parlare francese - diversamente da quanto accade nella sua casta - e qui rapidamente impara italiano, risultando la migliore del suo corso (lo racconta ridacchiando compiaciuta). Non si sono finora fatte presenti parti dissociate strutturate, né sono affiorate condotte attive, voci, o pensieri imposti che le facciano presagire. Ancora oggi, dopo 8 mesi di terapia, una Alia sorridente, spigliata, ironica, abile relazionalmente, e con proiezioni sul futuro (cucina bene, ha voluto fare un corso di cucina, ma ha anche pensato di chiedere un corso per elettricista, vuole fare l'elettricista), fa spazio spesso a un'Alia assopita e immota che, anche se non assente come al principio (è riuscita a spiegare che la sua testa è totalmente vuota in quel momento, non pensa e non sente nulla), certo è in contatto con il presente solo con una coscienza parziale. Usando la BHS di Knipe³ (Knipe 2010), Alia indica in questi casi col gesto di essere a metà, la mano a lato della sua testa. La facilità di caduta in questo stato rende ovviamente impraticabile in questa fase anche solo parlare sommariamente delle memorie, ed è appena possibile lavorare sulle sensazioni somatiche presenti (Ogden e coll. 2006), cercando di tenersi lontano da qualsiasi stimolo trigger che la disattivi di nuovo.

Nel nostro campione di pazienti femminili ex-schiave l'evaporare della funzione integrativa della coscienza non è seguito dall'affiorare di personalità seconde - direttamente o indirettamente - ma sostituito da un vuoto di pensiero, quasi da 'assenze' senza automatismi, se non a volte, come nel caso di Alia, da un piangere sommesso senza pensieri. Insomma una peculiarità comune alle pazienti è la scarsità di stati di iperattivazione, e la predominanza di quei fenomeni rubricati sotto il predominio del parasimpatico dorsale, la difesa estrema dell'organismo, sia nelle poche nostre pazienti con disturbo dissociativo franco, che in quelle con PTSD.

³ La Back-of-the-Head Scale (BHS) è una indicazione gestuale da parte del paziente di quanto sia presente, da una posizione 'dietro la testa' = assente, a una davanti agli occhi = presente al 100%.

La constatazione di questa particolarità comporta una serie di problemi.

Perché rispetto a pazienti europee che hanno una storia sovrapponibile di abuso infantile, è meno frequente lo stabilirsi di Disturbi dissociativi?

In questi casi non possiamo neanche appellarci al ruolo stabilizzatore del contesto che svolga una funzione di resilienza e riparazione, quei contesti culturale, religioso, familiare e sociale che giocano un ruolo fondamentale positivo nel caso degli altri rifugiati. Ma nel caso della popolazione di ex-schiave, per quello che si è cercato di descrivere all'inizio, un tale ruolo riparativo del contesto è inesistente, a posteriori.

Perché in questa popolazione i fenomeni di ipoattivazione sono più frequenti di quelli iper? La cosa tra l'altro comporta una difficoltà molto maggiore nel momento terapeutico, visto che disponiamo di strumenti farmacologici e psicoterapeutici per aiutare il paziente in hyperarousal, ma di quasi nulla per aumentare le risorse utili in caso di hypoarousal. Possiamo giusto rilevare ed evitare situazioni (per esempio relazionali nella terapia) che scatenino questa reazione, e lavorare perché la paziente ne sia consapevole.

Le risposte che possiamo dare sono solo parziali e ipotetiche.

Non c'è dubbio che nelle condotte apprese nella condizione di schiavitù la passività e la disconnessione siano difese diffuse, relazionalmente (socialmente) e anche personalmente (a livello intrapsichico) utili: per tollerare gli abusi quotidiani disconnettere la coscienza di fronte alla impotenza di una qualsiasi reazione può essere una maniera estrema che ha un senso, in un contesto in cui non solo attacco e fuga sono impossibili, ma reazioni clamorose di break-down avrebbero ripercussioni importanti socialmente.

Per altri versi abbiamo di proposito trascurato, finora, l'altro termine che svolge una funzione importante nella genesi di questi disturbi, elemento che vede anzi sempre più aumentare la sua importanza, man mano che, dall'evidenza della crudeltà esercitata negli abusi patenti, ci si approfondisce all'interno delle relazioni primarie dell'infante. Stiamo parlando del neglect, della trascuratezza non tanto materiale, quanto intersoggettiva, nell'ambiente di attaccamento primario,

delle capacità emotiva di scambio e di empatia con le figure di attaccamento deficitarie. È stato notato come ciò giochi un ruolo fondamentale nella psicopatologia adulta dissociativa (Liotti, Farina 2011). Di fatto non è improbabile che lo sviluppo di relazioni primarie che non siano fallimentari in termini di neglect fungano da fattore protettivo nelle nostre pazienti, rispetto alla disorganizzazione dissociativa, impedendo che a dispetto dei traumi estremi si strutturino entità inconciliabili all'interno della loro mente adulta.

Per usare le parole di Ellert Nijenhuis, «le funzioni integrative della mente umana possono essere ostacolate da eventi soverchianti specialmente quando tali eventi cominciano precocemente nella vita, sono ricorrenti, implicano minaccia al corpo e alla vita stessa e sono accompagnati da un attaccamento compromesso e da una mancanza di riconoscimento e di sostegno sociale» (E.R.S Nijenhuis, J.A. den Boer 2008). Quando si ha questo 'accompagnamento', o meglio quando il neglect genera un tipo di attaccamento disorganizzato, allora la fenomenologia psicopatologica si dispone secondo un disturbo dissociativo, come nel caso di Aisha.

Siamo consapevoli in conclusione che le ipotesi di risposta che abbiamo formulato richiederebbero ovviamente ben altre esplorazioni e ricerche che le semplici osservazioni fenomenologiche sul campo che abbiamo proposto, dalla prima linea del nostro operare clinico quotidiano, che ci auspichiamo poter realizzare in futuro.

A conclusione riportiamo un brano da *Sangue giusto*, di Francesca Melandri (2017, in pubblicazione), perché la schiavitù continua ad essere un problema anche quando si abolisce:

«Gli ex schiavi erano tanti. Avevano fame e trovavano naturale lavorare dall'alba al tramonto in cambio di una manciata di teff. Alla fine di aprile, poche settimane prima della vittoria, il generale Badoglio aveva emanato un bando.

Genti del Tigrè, dell'Amara, del Goggiam, udite.

La schiavitù è avanzo di antica barbarie che vi espone al disprezzo del modo civile. Ma dove è la bandiera italiana non può essere la schiavitù. La schiavitù è quindi soppressa.

È bandita la compera e la vendita di schiavi.

Gli schiavi che sono nei vostri Paesi sono liberati.

Chi contravverrà alle disposizioni del presente bando sarà punito secondo la legge.

Nei crocicchi dei villaggi e delle cittadine si organizzarono cerimonie pubbliche in cui interi gruppi di schiavi furono affrancati. Quasi tutti chiesero, “E ora chi mi darà da mangiare?”. Nessuno però tradusse in italiano le loro parole. Ce n’era uno senza denti, la pelle che gli pendeva dalla schiena come un vestito sformato. Attilio l’aveva scortato via dalla casa dove lavorava tra le proteste dei suoi padroni. Il vecchio gli si prostrò ai piedi, afferrò tra le mani uno dei suoi stivali e cercò di metterselo sopra la testa, senza smettere di biasciare. Attilio lo prese per un eccesso di gratitudine e con imbarazzo magnanimo se lo scrollò dal piede. Poi si allontanò, senza curarsi di capire le parole del vecchio. Non seppe mai che gli stava dicendo “Comprami, non farmi morire di fame”.

Per le schiave liberate fu più facile trovare di che nutrirsi: molte presero a gravitare intorno all’esercito italiano mettendo in offerta i loro servizi. La domanda tra i soldati non venne a mancare. Talvolta furono pagate, più spesso no».

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013): “DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)”. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bales K. (1999, 2012): “Disposable People: New Slavery in the Global Economy”, University of California Press Berkeley (trad. it. 2010, “I nuovi Schiavi”, Feltrinelli).
- Bales K. (2005): “New Slavery: A Reference Handbook, 2nd edition”, ABC-CLIO.
- Briere J. (2006): Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress, *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 194: 78-82.
- Spiegel M. (1997): “The Dreaded Comparison: Human and Animal Slavery”, New York: Mirrar Books.

- Global Slavery Index: [www//globalslaveryindex.org/](http://globalslaveryindex.org/).
- Human Rights Council (2013): “Human Rights Council 26th session, Report of the Special Rapporteur on contemporary forms of racism, racial discrimination, xenophobia and related intolerance”, (United Nations General Assembly, 2013), p. 4, accessed 10/03/2016.
- Human Rights Council: “Report of the Special Rapporteur on Contemporary Forms of Slavery, Including its Causes and Consequences” (United Nations General Assembly, 2010).
- Jemal Oumar (2014): Mauritania Uses Mosques to Fight Slavery, All Africa, December 17, 2014, accessed 10/03/16: [http://allafrica.com/stories/201412180783](http://allafrica.com/stories/201412180783.html) .html.
- Knipe J. (2010): Back-of-the-Head Scale (BHS), in Luber M. ed, 2010, “EMDR Scripted Protocols Special Populations”, Springer Publishing Company.
- Liotti, G., Farina B. (2011): “Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa”, Milano: Cortina Editore.
- Melandri E (2017), “Sangue giusto”, Rizzoli, in pubblicazione febbraio 2017.
- Nijenhuis, Ellert R.S, A. den Boer Johan (2008), in “Trauma e psicopatologia” a cura di V. Caretti e G. Craparo, Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma 2008.
- Ogden, R, Minton, K., & Pain, C. (2006): “Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy”, New York: W. W. Norton.
- Porges, S. (2001): The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous System.. International Journal of Psychophy- siology, 42, 123446.
- Porges, S. (2011): “The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation”, New York: W. W. Norton & Company.
- Quirico D. (2016): Mauritania, la terra degli ultimi schiavi, La Stampa, anno 150, n.158, 8 giugno 2016.
- Schauer M. e coll, (2011): “Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders”, Hogrefe (trad. it. 2014 “Terapia dell’esposizione narrativa”, Raffaello Cortina).

- Siegel, D. J. (1999, 2 ed. 2015): “The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact”, The Guilford Press.
- Sutter J. D., (2012): Slavery’s Last Stronghold, *The CNN Freedom Project*, March 17, 2012: <http://edition.cnn.com/interactive/2012/03/world/mauritania.slaverys.last.stronghold/index.html>.
- Szasz, T. (2003): “Liberation by Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry”, Transaction Publishers.
- UN Commission on Human Rights (2000): “Contemporary Forms of Slavery: Updated Review of the Implementation of and Follow-Up to the Conventions on Slavery: Working Paper Prepared by Mr. David Weissbrodt and Anti-Slavery International” (26 May) UN Doc E/CN.4/Sub.2/2000/3.
- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006). “The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization”, W. W. Norton & Company (trad. it. 2011. “Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale”, Raffaello Cortina).
- Van der Kolk, BA et al. (1996): Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma, *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl): 83-93.

LE MINORI STRANIERE NON ACCOMPAGNATE A ROMA

RODOLFO MESAROLI*

La realtà dei minori stranieri non accompagnati assume, all'interno del fenomeno migratorio nella sua globalità, una rilevanza sempre maggiore, sia rispetto alla sua dimensione quantitativa che alla sua caratterizzazione fenomenologica. È difficile inquadrare e descrivere in maniera esaustiva l'universo dei minori stranieri non accompagnati, poiché tale categoria racchiude al suo interno una serie di variabili che la rendono estremamente poliedrica e complessa nella sua composizione. Tale eterogeneità si riflette e configura profili, vulnerabilità, percorsi ed esiti migratori talvolta molto diversi tra loro. In tal senso il genere, in particolare quello femminile, costituisce, in termini di vulnerabilità, una delle variabili più determinanti e rilevanti. Ciò infatti può segnare una linea di demarcazione talvolta piuttosto netta in tutte le fasi del percorso migratorio, in particolare rispetto ai rischi contingenti e connessi al viaggio, nonché alla "natura" stessa di tale esperienza. Ad esempio, le bambine o le giovani donne possono essere adescate nel proprio Paese d'origine o di provenienza attraverso strategie e con finalità molto diverse rispetto ai coetanei maschi. Ancora, l'esposizione ai rischi e alle forme di violenza e abuso perpetrate durante il viaggio, si diversifica spesso in maniera significativa, anche in funzione del genere del minore migrante.

Dal punto di vista quantitativo, secondo i dati forniti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (Report Mensile Minori Stranieri non Accompagnati in Italia, dati al 31 Luglio 2016), tra Gennaio e Luglio 2016 sono giunti in Italia 12.708 minori stranieri

* Coordinatore attività di outreach Civico Zero.

non accompagnati, tra i quali solo 711 (ovvero il 5,6%) di genere femminile. Tuttavia, tale dato va riconsiderato alla luce del fatto che vi è un “numero oscuro” che comprende una quota cospicua di minori che, al loro arrivo, si dichiarano maggiorenni o vengono erroneamente identificati come tali. Tale casistica è particolarmente frequente, anche se impossibile da quantificare con esattezza, tra le minori vittime di tratta pertanto si può affermare che, in particolare, è il dato relativo alla presenza femminile che risulta particolarmente sottostimato. Inoltre, a rendere questo numero incerto vi è anche il fatto che, né le vittime di tratta, né le minori in transito accedono al sistema di accoglienza formale oppure vi accedono come maggiorenni; nella gran parte dei casi, entrambe le tipologie di minori tendono a sfuggire, per ragioni molto diverse, a ogni forma di contatto con realtà istituzionali di vario genere (accoglienza, cura, ecc).

Per quanto riguarda la realtà del territorio romano, la proporzione rispetto al genere si discosta in maniera piuttosto marcata rispetto al dato ufficiale su scala nazionale. Tale divario è riconducibile al fatto che, rispetto ai profili delle ragazze presenti a Roma, le tipologie più frequenti sono le minori vittime di tratta e sfruttamento sessuale e le minori in transito per l'Italia e dirette principalmente verso i Paesi del nord Europa. Ovviamente queste due categorie di minori sono molto diverse fra loro e presentano problematiche assolutamente differenti. Nonostante ciò, i due profili sono accomunati da una serie di aspetti, primo fra tutti la spiccata vulnerabilità psicologica e fisica e lo scarso o inesistente accesso ai servizi sanitari o a qualsiasi forma di tutela e protezione formale.

Le minori straniere non accompagnate vittime di tratta e sfruttamento sessuale

La popolazione delle minori straniere non accompagnate vittime di tratta presenti sul territorio di Roma è rappresentata nella quasi totalità dei casi da ragazze di nazionalità nigeriana, in gran parte identificate come maggiorenni e richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale.

Nella maggior parte dei casi si tratta di ragazze con una scolarizzazione molto bassa e spesso provenienti da contesti familiari disgregati o caratterizzati da indigenza economica e marginalità. Tuttavia, ad esse si aggiunge una quota, minoritaria ma non trascurabile, di ragazze che affermano di “*aver lasciato una vita normale*”. Rispetto alla fase di adescamento e reclutamento nel Paese di origine, sempre più spesso sembrano avere un ruolo determinante sia le reti di vicinato che quelle parentali, anche molto strette. Frequentemente, le testimonianze delle ragazze rivelano, talvolta in maniera evidente, il coinvolgimento di fratelli, fidanzati, cugine, amici di famiglia aventi una chiara funzione di tramite tra la minore stessa e l’organizzazione criminale che la farà arrivare in Italia, per poi sfruttarla sessualmente. L’adesione da parte della ragazza è sempre l’esito di un inganno che spesso fa leva sul sogno di diventare ballerina, modella, parrucchiera, sarta o babysitter e, in altri casi, si fonda su una consapevolezza assolutamente parziale e ingenua su quali siano le reali condizioni di sfruttamento alle quali andrà incontro. In concreto, l’arruolamento delle ragazze avviene, formalmente, attraverso un primo rituale di magia nera che sancisce un patto per cui la rete criminale si impegna a far arrivare la ragazza nel Paese, per poi accompagnarla nella fase di “inserimento lavorativo” e, da parte di quest’ultima, vi è una fedeltà incondizionata ai vari esponenti dell’organizzazione e in particolare alla *maman*, ovvero colei che avrà una “gestione” diretta e quotidiana della ragazza.

Di fatto, ancor prima del loro arrivo in Italia, le minori vengono indottrinate su tutta una serie di azioni da intraprendere a partire dal momento dello sbarco; *in primis*, la dichiarazione di un’età talvolta di gran lunga superiore a quella reale e la richiesta formale di protezione internazionale. Una volta giunte a Roma, spesso le ragazze vengono sottoposte a un nuovo rito voodoo, volto a ribadire e consolidare ulteriormente la fedeltà e la sottomissione assoluta nei confronti della *maman*. Subito dopo vengono avviate all’attività prostituitiva su strada e sottoposte a un rigido “affiancamento” che spesso assume la forma di un controllo serrato e cruento. Sin da questa prima fase le minori vengono soverchiate e terrorizzate attraverso coercizioni e privazioni di ogni tipo. Talvolta vengono costrette a stare

su strada fino a 15 ore, svolgendo di fatto una sorta di “doppio turno”, anche in due zone diverse della città. Le condizioni estreme a cui le ragazze vengono sottoposte, in molti casi, generano nelle stesse una sorta di torpore e di distacco rispetto alla realtà che stanno vivendo, atteggiamento che, in termini comportamentali, si traduce in un totale disinvestimento e disinteresse nei confronti della propria salute e del proprio status giuridico. A questo si aggiungono una serie di aspetti che, in particolare rispetto alla salute delle minori vittime di tratta, vanno tenute in considerazione: in primo luogo il fatto che, in particolare le ragazze maggiormente asfissiate dalla relazione di sfruttamento e dalla pressione per il debito contratto, siano tendenzialmente “disposte a tutto”, ovvero impotenti e incapaci di evitare quelle condotte che di fatto mettono a rischio la loro salute. In particolare, stando a quanto riferito dalle stesse minori, sembra essere piuttosto elevato il numero di clienti che chiedono rapporti “non protetti”, ponendoli come conditio sine qua non. Tutto ciò apre uno scenario allarmante che evoca tutta una serie di rischi e di implicazioni, sia in un’ottica di salute pubblica che, in particolare, per la salute e l’incolumità delle minori stesse. È piuttosto frequente che le ragazze contraggano infezioni o altre malattie a trasmissione sessuale, ma è altrettanto frequente che tutto ciò possa avere come esito la gravidanza. Nella quasi totalità dei casi, tale circostanza è vista dall’organizzazione che sfrutta la minore come un impedimento rispetto alla “produttività” della ragazza, così si procede, spesso in maniera tempestiva, alla risoluzione del problema, costringendo quest’ultima ad abortire. In tal caso, l’iter dell’interruzione volontaria di gravidanza (IVG), eseguito regolarmente in una struttura sanitaria, pone un duplice problema: da un lato rappresenta una *“inutile perdita di tempo”*, dall’altro è visto come uno spazio e un’occasione in cui possono emergere degli aspetti della condizione della ragazza che è bene tenere celati, come ad esempio la sua attività prostituitiva, la condizione di sfruttamento nella quale versa o magari la minore età della ragazza stessa. Di fatto quello ospedaliero è forse l’unico spazio in cui lo sfruttatore non ha alcuna forma di controllo sulla ragazza. Dunque, tanto più lo sfruttamento è pervasivo e conclamato, più la procedura di IVG diventa ansiogena e pertanto da evitare in ogni

modo. In tal senso, le opzioni alternative maggiormente prese in considerazione sono due: da un lato l'assunzione di un farmaco, ampiamente diffuso e facilmente reperibile su strada, dall'altro il ricorso all'aborto clandestino, praticato da alcune figure in contatto con la stessa rete criminale e operanti, sembra, in altre città italiane. Nel primo caso si tratta di un gastroprotettore che di fatto ha tra gli effetti collaterali l'aborto. Intorno a questo farmaco vi sono svariate credenze, racconti e pratiche ingenue ed empiriche. La maggior parte delle ragazze assume 5 o più pasticche contemporaneamente, sia per via orale che vaginale, attende paziente l'emorragia e poi prende arbitrariamente degli antibiotici, per prevenire possibili infezioni. Alcune ragazze hanno raccontato addirittura di aver fatto ricorso, il giorno stesso, al test di gravidanza, attendendosi un esito negativo, che avrebbe dato loro la conferma che la procedura era stata "completata con successo". Nonostante siano tante le ragazze che hanno assistito o vissuto in prima persona le conseguenze devastanti di questa pratica, la soluzione farmacologica continua a rappresentare in molti casi l'opzione privilegiata, perché la più immediata e la più economica. L'alternativa all'assunzione del farmaco è rappresentata dall'interruzione di gravidanza clandestina, praticata anche ben oltre la dodicesima settimana. In base alla testimonianza di alcune minori, sembra che tale pratica sia economicamente piuttosto onerosa e che il suo costo vada a confluire sul debito contratto con l'organizzazione criminale. Di fatto non è escluso che l'elevato costo di questa pratica sia utilizzato in qualche modo anche come un deterrente, tale da indurre le ragazze a optare per la soluzione farmacologica, così da restituire a queste ultime la sensazione di aver esercitato una scelta consapevole e autonoma. In ogni caso è molto preoccupante il ricorso da parte della rete di sfruttatori a una figura che formalmente si palesa come medico che, in quanto tale, viene investito di ufficialità e autorevolezza da parte di minori che non hanno senso critico né esperienza tale sul nostro territorio per riconoscere ciò che è legale da ciò che non lo è, cosa tutela la loro salute da ciò che le espone a gravi rischi. Tutto ciò mostra in maniera evidente quanto il ruolo della minore sia assolutamente passivo e completamente assoggettato alla pressione esercitata dal sistema di sfruttamento, esclusivamente

focalizzato sul problema rappresentato dalla gravidanza, e del tutto disinteressato alla salute della ragazza stessa.

Le condizioni di vita nelle quali versano le minori vittime di tratta, le violente forme di controllo che subiscono e la pressoché totale soggezione psicologica che tutto ciò genera, non lascia molti margini di intervento a chi, a vario titolo, prova a creare, intorno a queste minori, percorsi sostenibili di cura, emersione e protezione. In tal senso, un'esigua ma preziosa opportunità è data dal contatto su strada, realizzato attraverso gli interventi di *outreach* realizzati nell'ambito di azioni progettuali volte alla tutela e alla protezione delle vittime di tratta e sfruttamento sessuale. Gli obiettivi che l'*outreach* persegue si collocano lungo un *continuum* che va dalla "riduzione del danno" fino alla "fuoriuscita/emersione" delle minori dalle condizioni di vulnerabilità e sfruttamento nelle quali versano. Attraverso gli interventi di riduzione del danno si cerca, a partire dalla distribuzione di un "kit sanitario", di informarle e renderle consapevoli rispetto ai rischi legati alla loro attività su strada (malattie a trasmissione sessuale, aggressioni e rapine, ecc...) nonché rispetto alla effettiva fruibilità delle diverse strutture e servizi presenti sul territorio. In riferimento a ciò, viene evidenziata la disponibilità degli operatori a orientare e accompagnare le ragazze presso strutture sanitarie o servizi più idonei ai diversi bisogni delle minori. A tal proposito, uno degli aspetti più critici è senza dubbio rintracciabile in quel coacervo di stereotipi e informazioni distorte che le ragazze hanno in riferimento ai servizi sanitari territoriali e alle Forze dell'Ordine. Tutto ciò è rintracciabile in almeno due fattori: in primo luogo è il risultato di una costante azione di persuasione da parte delle varie figure inserite nella rete di controllo e sfruttamento, che screditano le istituzioni per evitare che le ragazze possano percepirle come delle risorse o come opportunità di cura o di "salvezza". Ancora, molto spesso i pregiudizi e le idee che le ragazze hanno rispetto a strutture sanitarie o Forze dell'Ordine risentono fortemente di un retaggio "culturale" che fa riferimento ai sistemi di tutela della salute e della sicurezza che, nel proprio Paese d'origine, spesso sono corrotti e poco efficienti. In tal senso, la prossimità che l'équipe di outreach garantisce, sia alle minori contattate che alle istituzioni deputate a vario titolo a

proteggerle e tutelarle, avvicina queste due parti attraverso un costante lavoro di “mediazione”. L’osservazione e la relazione che si sviluppa “su e dalla” strada consente infatti di effettuare una accurata lettura dei bisogni delle minori vittime di tratta, in seguito alla quale è possibile prospettare loro una o più ipotesi di intervento che tengano conto delle risorse presenti sul territorio. Tutto ciò è volto a ridurre il più possibile la distanza tra i minori di strada e le istituzioni che dovrebbero garantir loro protezione e rendere realmente esigibili i diritti dei quali sono titolari.

Le minori straniere non accompagnate in transito

Da diversi anni ormai Roma non rappresenta più solo una meta o la destinazione finale nel percorso dei migranti ma, sempre di più e in particolare negli ultimi 3 anni, costituisce un luogo di transito, attraversato da decine di migliaia di persone provenienti principalmente dai Paesi del Corno d’Africa e dall’area sub-sahariana. All’interno di questo massiccio flusso si rileva un cospicuo e crescente numero di minori straniere non accompagnate, principalmente provenienti dall’Eritrea. Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani donne di età compresa tra i 15 e i 17 anni, molte delle quali, nonostante l’evidente minore età, dichiarano, sin dal momento dello sbarco, di essere maggiorenni. È per questo che, così come per le vittime di tratta, il dato relativo alla loro presenza risulta essere ampiamente sottostimato rispetto alle presenze effettive, sia sul territorio nazionale che a Roma.

Nella quasi totalità dei casi, le minori così come i loro coetanei maschi e gli adulti provenienti dalla stessa area geografica, giungono in Italia via mare, attraverso la frontiera sud e provenienti dalla Libia. Dopo qualche giorno trascorso all’interno di strutture di prima accoglienza, raggiungono Roma o Milano, ovvero le due maggiori città italiane che rappresentano lo snodo principale per poi raggiungere i Paesi di destinazione situati principalmente nel nord Europa.

Il percorso migratorio dei minori eritrei, indipendentemente dal genere, spesso nasce e prende forma a partire da una spinta propulsiva

determinata dalla fuga dal servizio militare, obbligatorio anche per le donne; a ciò si aggiunge la situazione di insicurezza diffusa e di instabilità sociale e politica che caratterizza l'intera area geografica. Tutto ciò induce, talvolta interi nuclei familiari, spesso ragazzi e ragazze privi di riferimenti parentali, a lasciare l'Eritrea per raggiungere i Paesi vicini come l'Etiopia o il Sudan. Tuttavia, poiché le condizioni di vita in questi Paesi non sembrano essere, in particolare per i migranti, migliori di quelle lasciate nel Paese di origine, spesso accade che, anche a distanza di anni, la fuga prosegua verso la Libia o verso mete "ideali" ben più distanti come la Germania, o i Paesi scandinavi. L'attraversamento del deserto del Sahara e l'arrivo in Libia, sembra essere, stando alla testimonianza di molte giovani donne, la fase più drammatica e terrificante del viaggio. In particolare, tra il Sudan e la Libia le donne, comprese le minori, vengono invitate a sottoporsi a una "pratica medica" che le stesse ragazze riferiscono trattarsi di una "iniezione anticoncezionale". Gli effetti e la natura di questa pratica e della sostanza iniettata sono noti solo in minima parte alle donne, tuttavia esse sanno, o scoprono in quel frangente, di non avere una reale alternativa: si tratta di una vera e propria strategia di "riduzione del danno" che parte da una consapevolezza rispetto all'elevato rischio di essere vittime di reiterati abusi sessuali durante il viaggio. Di fatto, ciò che viene prospettato alle ragazze, come esito di questa iniezione, è una sterilità transitoria della durata di circa 3 mesi; tuttavia nella maggior parte dei casi le giovani donne riferiscono l'insorgenza di sintomi ed effetti collaterali che si protraggono ben oltre il terzo mese e che destano enorme preoccupazione e angoscia nelle ragazze stesse. Oltre all'evenienza della violenza sessuale, le minori, durante il viaggio verso la Libia, sono particolarmente esposte al rischio di rapimento da parte di bande di criminali, più o meno conniventi con i trafficanti e, in generale, più vulnerabili ed esposte al rischio di soccombere fisicamente alle condizioni estreme e alle privazioni che caratterizzano in particolare l'attraversamento del deserto. Anche in Libia, dove i tempi di permanenza possono variare notevolmente in base a fattori che non sempre dipendono dai migranti e dalla loro disponibilità economica, le condizioni di vita e le atmosfere sono diffusamente caratterizzate da privazioni e violenze perpetrate dai trafficanti o dalle stesse autorità e

persino dalla gente comune.

Una volta giunte in Italia, sin dal momento dello sbarco, in particolare le minori individuano come prima e unica risorsa il gruppo, dunque alcune di loro sembrano perseguire, talvolta inconsapevolmente, una vera e propria “strategia di sopravvivenza”, ovvero quella di rimanere all’interno del “flusso” dei migranti. In tal senso, l’identificazione come minore comporterebbe la separazione dal gruppo e il collocamento in strutture di accoglienza idonee, di fatto costringendo la minore stessa a separarsi dal gruppo.

Il bisogno e la consapevolezza di essere “protette” sempre e solo dal gruppo, nonché la paura che fattori esterni al di fuori del proprio controllo possano mettere a repentaglio il proprio percorso migratorio, caratterizzano in maniera piuttosto stabile e marcata l’assetto delle minori eritree durante tutto il periodo di permanenza in Italia. Tutto ciò produce molto spesso un atteggiamento costantemente guardingo, diffidente o sommo, teso a permanere in una condizione di vera e propria “invisibilità”. È evidente quanto tutto questo, in particolare se messo in relazione alle esperienze recenti vissute durante il viaggio, rischi di nascondere ed esacerbare ulteriormente una condizione di fragilità psicofisica che, al contrario meriterebbe un’attenzione clinica talvolta immediata. Al contrario, le minori, così come un po’ tutti i migranti in transito, tendono a negare e talvolta a “congelare” le problematiche legate alla propria salute. Ciò può essere riconducibile in parte a una ridotta attenzione e consapevolezza rispetto al tema della salute e del benessere in generale ma, in particolare, risponde a una logica che colloca questa dimensione in una posizione gerarchica di gran lunga inferiore rispetto a tutto ciò che ha strettamente a che fare con il viaggio. In tal senso, nell’immaginario di molti migranti in transito e, in particolare delle minori, il ricorso alle cure mediche è percepita come una “variazione sul tema” potenzialmente in grado di distrarli o creare “incidenti burocratici” tali da allontanarli rispetto a quello che è il vero e unico obiettivo da perseguire, ovvero raggiungere il Paese di destinazione nel più breve tempo possibile. Le uniche circostanze in cui si va in deroga a tutto ciò sono riconducibili o a condizioni di salute oggettivamente critiche e quindi, riconosciute come tali anche dai

migranti stessi, oppure a un'azione di persuasione e accompagnamento ai servizi, realizzata nel tempo da personale competente che abbia modo e strumenti per operare, collocandosi in una posizione di prossimità.

In generale, che si tratti di minori straniere non accompagnate in transito o vittime di tratta e sfruttamento sessuale, è auspicabile che l'intervento realizzato a loro favore sia multidimensionale e si sviluppi in maniera "strategica" su più versanti: innanzitutto a partire da una costante analisi dei bisogni individuali e riferiti al profilo a cui la minore è assimilabile. Tale analisi, declinata su una valutazione che tenga conto anche dei fattori contingenti e delle eventuali risorse disponibili o potenziali, permette di definire i margini d'intervento, nonché gli obiettivi specifici da perseguire. In secondo luogo, è imprescindibile che la presa in carico sia "distica" e prenda forma all'interno di una relazione che si fondi sulla prossimità e sulla credibilità dell'operatore, che, in qualche modo, si fa garante del percorso intrapreso insieme alla minore. Il buon esito di tutto ciò è garantito attraverso un capillare lavoro di rete, attraverso il quale si massimizzano le risorse e la pluralità dei servizi presenti sul territorio, al fine ultimo di garantire una copertura e una risposta più ampia e tempestiva possibile ai molteplici bisogni di cui queste minori possono essere portatrici. In tal senso, la dimostrazione pratica rispetto, ad esempio, alla reale fruibilità di servizi sanitari volti alla cura della persona o alla effettiva esigibilità di alcuni diritti di cui si è titolari, spesso inconsapevoli, può restituire vitalità e disinnescare quello stato talvolta autoindotto di "sospensione e torpore", che spesso caratterizza e immobilizza, sia pur per ragioni diverse, sia le minori in transito che le vittime di tratta. Ancora, questa possibile reazione, inserita in un percorso di protezione più ampio o di graduale emersione dalla propria condizione di sfruttamento e invisibilità, può attivare o accelerare quel processo di *empowerment* che di fatto è l'essenza e l'esito auspicabile di ogni intervento si possa o voglia realizzare a favore dei minori stranieri non accompagnati.

LA SALUTE DELLE DONNE MIGRANTI. L'INCONTRO CON L'ASSISTENZA OSTETRICA E GINECOLOGICA

SILVANA PATRICELLI* GIORGIA ROCCA**, AMYEL GARNAOUI***

Non c'è un luogo che il potere non s'impegni a conquistare ma nessun luogo esso acquisisce per sempre. Là dove viene la vita, là dove essa dona, dalla parte delle risa... il potere non c'è. La gioia non è complice del potere ma affermazione insolente a vivere... nel fondo dell'oscura matrice dove il potere non è entrato.

Annie Ledere, *Epousailles*

Introduzione

Nell'anno 2015 in Italia sono giunte circa 166 mila persone provenienti prevalentemente da Siria (28%), Afghanistan (14%), Iraq (9%), Nigeria (8%), Eritrea (5%); tra queste, 9.700 sono le donne che hanno richiesto l'asilo politico nel nostro Paese. Molte di loro hanno subito violenze e abusi sessuali anche durante il viaggio, nei Paesi di transito e addirittura nei Paesi di asilo. Gli abusi subiti hanno spesso pesanti conseguenze sulla salute riproduttiva intesa come “completo benessere fisico, mentale e sociale collegato all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni”. Si tratta di traumi che sempre generano un'interruzione violenta di un percorso di vita. Tra le violenze subite dalle donne richiedenti asilo, le mutilazioni genitali, praticate principalmente nell'Africa sub-sahariana e che comportano l'escissione

* Ginecologa SaMiFo.

** Operatrice sociale

*** Ostetrica SaMiFo.

parziale o totale del clitoride e/o l'infibulazione, costituiscono una grave lesione della salute fisica e psichica delle donne e in particolare delle bambine (si veda articolo PP- 39-47).

L'assistenza ostetrico-ginecologica

L'assistenza sanitaria e, nello specifico, quella ostetrica e ginecologica alle donne migranti forzate, richiedenti asilo, rifugiate, vittime di tortura o di violenza, necessita di speciale attenzione. Infatti la visita ginecologica può essere vissuta dalle pazienti/utenti come un atto invasivo, ma soprattutto può rappresentare un momento che può indurre il ricordo di drammatiche esperienze traumatiche, quale per esempio l'abuso sessuale. Bisogna prestare molta attenzione nella comunicazione delle informazioni: è importante spiegare cosa è una visita ostetrica-ginecologica, come si svolgerà e perché è utile effettuarla. È necessario accertarsi che quanto comunicato sia stato effettivamente compreso, facendo ripetere le indicazioni consigliate. Prima della fine della visita è necessario lasciare sempre uno spazio di libera espressione.

È necessario garantire dunque l'assoluta libertà di scelta in merito alla possibilità di essere visitate o meno. Il personale sanitario deve essere adeguatamente formato anche nel riconoscimento delle mutilazioni genitali di vario grado e genere. La presenza di operatori di entrambi i sessi in un ambulatorio dedicato alla cura e riabilitazione dei migranti forzati ha generalmente effetti positivi per i/le pazienti anche per la funzione positiva di infrangere i tabù che impongono una separazione dei sessi in ambito medico. Al contrario, in ambito ginecologico-ostetrico, la presenza di un'équipe unicamente femminile risulta più efficace nel favorire la creazione di un rapporto di fiducia e una presa in carico di lunga durata delle donne, soprattutto durante i primi anni dall'arrivo nel nuovo Paese. Si tratta di pazienti che, per motivi culturali (difficoltà di mostrare i genitali a personale sanitario maschile), per il vissuto traumatico (violenze subite perpetrate ad opera di uomini) o per motivi religiosi non accetterebbero facilmente di essere visitate da uomini.

La mediazione linguistico-culturale

Lavorare con donne migranti con un vissuto così traumatico richiede anche una conoscenza del contesto culturale di provenienza, in modo da poter interpretare correttamente i loro bisogni e costruire delle risposte adeguate. Ciò richiede un'attenzione che va aldilà del lavoro strettamente clinico. E quindi irrinunciabile la presenza della mediatrice linguistico-culturale al fine di garantire una comunicazione adeguata dei concetti e una traduzione linguistica e dei codici culturali nelle due direzioni: quella degli operatori e quella delle donne assistite. La mediazione linguistico-culturale è un requisito necessario dunque affinché il lavoro terapeutico abbia successo sia nel momento della visita, sia successivamente (espletazione efficiente delle pratiche amministrative ed invii a strutture socio-sanitarie in rete). Il lavoro dei mediatori linguistico-culturali permette inoltre di ridefinire lo spazio della cura, dando ad essa il profilo di un rapporto paritario tra medico e paziente e in cui le decisioni dell'uno possano essere concordate e autonomamente accettate dall'altro. Un esempio di come i codici culturali possano variare e di come sia necessario stabilire un terreno comune di comprensione è offerto dal tema della contraccezione, spesso considerata dalle donne africane, in particolare quelle provenienti dalle zone rurali, un metodo pericoloso che può condurre alla sterilità.

Alfabetizzazione sanitaria di base in gravidanza

La gravidanza non è una condizione patologica. L'assistenza sanitaria alle donne in gravidanza dovrebbe quindi limitarsi a un'attenta sorveglianza finalizzata al riconoscimento delle eventuali deviazioni dalla fisiologia. Tuttavia i protocolli internazionali prevedono per le gestanti l'esecuzione di esami diagnostici e di screening e impongono agli operatori determinate procedure. Nella maggior parte dei Paesi di provenienza delle donne migranti la medicalizzazione della gravidanza non è ancora così diffusa e le donne hanno spesso difficoltà a comprendere la finalità di alcuni esami da effettuare. Può capitare,

ad esempio, che a una paziente risulti del tutto incomprensibile lo scoraggiamento della ginecologa di fronte alla mancata esecuzione, al sesto mese di gravidanza, dell'esame del gruppo sanguigno richiesto più volte. L'alfabetizzazione di queste donne in materia di sanità italiana è dunque un aspetto fondamentale per farle partecipare attivamente a un percorso che le vede comunque protagoniste. È utile ed efficace in tal senso l'utilizzo di materiale informativo semplice, multilingue e soprattutto illustrato contenente indicazioni sugli esami da eseguire e le loro finalità, sugli stili di vita (con particolare attenzione all'alimentazione), sulla diagnosi prenatale (spesso del tutto ignota alle donne), sulle strutture sanitarie presenti nel territorio, sulle differenze nell'assistenza al parto rispetto ai Paesi di origine, sull'orientamento in materia di dichiarazione di nascita e riconoscimento o meno del bambino e altro ancora. E necessario anche tener presente che talvolta alcune indicazioni diventano di difficile applicazione a causa della precarietà in cui vivono queste donne. L'impossibilità - ad esempio - di usufruire liberamente di una cucina (si pensi a chi vive nei CAS o nei centri di accoglienza di grandi dimensioni) non permette alle donne di poter eseguire le indicazioni alimentari consigliate.

Assistenza ginecologica e medicina legale

La visita ginecologica può costituire un'occasione di integrazione con la medicina legale per la certificazione medica degli esiti di trattamenti disumani e degradanti da poter presentare alla Commissione Territoriale che valuta la domanda di protezione internazionale, fornendo gli elementi utili per confermare una storia di violenza. Anche se è difficile, a distanza di tempo, riscontrare i segni di abuso sessuale subito dalle donne, è possibile rilevare frequentemente una dolorabilità al seno, ai glutei e nella parte interna delle cosce. Inoltre capita di riscontrare, nelle zone perigenitali o mammarie, esiti di ustioni, di ferite da arma da taglio, o segni di fustigazione (quest'ultimo tipo di violazione di diritti umani si riscontra talvolta nelle donne fuggite dalla schiavitù) e altri segni che possono essere ricon

ducibili con alta probabilità alle violenze subite. Nella certificazione medica il ginecologo descrive anche l'eventuale presenza di MGF.

La rete con i servizi del territorio

Pur cercando di evitare di ricadere in modelli troppo assistenziali e mirando invece a risvegliare nelle pazienti la consapevolezza dei propri diritti, la rete è elemento indispensabile nella organizzazione dei servizi sia per facilitare il lavoro degli operatori sia per cercare di orientare le pazienti in percorsi burocratici e sanitari spesso complessi.

Un tema prioritario è quello della chirurgia ricostruttiva per le donne vittime di MGF. È urgente formare ginecologi, ostetriche e operatori sanitari capaci di intervenire in modo globale e integrato nella chirurgia ricostruttiva finalizzata al miglioramento della qualità di vita delle donne (migliorare o rendere possibili i rapporti sessuali, ridurre o eliminare la presenza di ematocolpo/ematometra e dismenorrea conseguenti alla mutilazione, valutare il grado di pervietà del canale vaginale al fine di consentire la possibilità di un parto vaginale, stabilire in modo programmato la modalità del parto evitando il taglio cesareo, unica possibilità che rimane quando le donne si presentano in ospedale il giorno stesso del travaglio di parto).

Conclusioni

Riteniamo che per assistere le donne migranti forzate in campo ginecologico e ostetrico sia necessario conoscere le implicazioni culturali ed emotive di ogni proposta terapeutica; offrire una chiara informazione sul funzionamento del sistema sanitario italiano; realizzare percorsi di rete; formare gli operatori a un approccio attento e adeguato alla particolare condizione di vulnerabilità di queste donne e al riconoscimento puntuale delle eventuali mutilazioni genitali subite. È altresì urgente formare ginecologi capaci di affrontare globalmente la ricostruzione chirurgica delle MGF. Solo così le donne potranno sviluppare la capacità di muoversi autonomamente tra i

servizi offerti e gestire il loro percorso legato alla patologia ginecologica o alla gravidanza in modo consapevole e libero.

O, d'altra parte, si può rimanere sorpresi dall'interesse e dall'attenzione che alcune donne mostrano in tema di fecondazione assistita, diagnosi prenatale invasiva e non invasiva, temi spesso complessi ed estremamente tecnici.

«Non c'è una cura dell'anima e cura del corpo, se non sia accompagnata dalla gentilezza. Questo riguarda in particolare il modo di comportarsi, di ascoltare e di visitare dei medici che conoscono bene le tecnologie più sofisticate ma che non sempre conoscono le tracce di quella gentilezza che renderebbero non solo più umane ma più efficaci le terapie di qualsiasi natura esse siano» (Eugenio Borgna, *La dignità ferita*).

L'inferiorità numerica delle donne migranti è determinata da molteplici variabili, quelle più rilevanti sono: la maggiore difficoltà che le madri vivono all'idea di separarsi dai figli, la minore presenza nelle attività politiche e non ultimo la pericolosità del viaggio, soprattutto per coloro che provengono dal Corno d'Africa o dall'Asia Minore e che affrontano pericolosi viaggi di fortuna per arrivare in Europa.

Marguerite è una donna di (ufficialmente) 27 anni. Vi è un'evidente discrepanza tra l'età da lei dichiarata (e risultante anche sui documenti) ed età apparente di circa dieci anni maggiore. Proviene dalla Mauritania e riferisce di essere nata e vissuta come schiava fino al momento della fuga.

Il primo contatto con il SaMiFo, come sempre, avviene con gli operatori e mediatori del front-office, al quale giunge accompagnata da una persona che la ospita da quando è in Italia (settembre 2015).

Il front-office, come per tutti i pazienti, provvede a dare informazioni e orientarla per l'iscrizione con il medico di medicina generale.

Al medico di medicina generale racconta di avere subito maltrattamenti fisici e abusi sessuali continuativi dall'adolescenza in poi; riferisce inoltre di soffrire di insonnia e di avere incubi notturni ricorrenti. Viene quindi da questo inviata alla ginecologa e alla psicologa: servizi interni al Centro SaMiFo.

Alla prima visita ginecologica si raccoglie l'anamnesi con grande difficoltà a causa del suo pianto pressoché ininterrotto. La paziente riferisce

di avere avuto tre gravidanze a termine e di avere in realtà un'età superiore a quella attestata dai documenti, 36 anni.

Per quanto spaventata e angosciata Marguerite acconsente all'esecuzione della visita che evidenzia la probabile presenza di fibromatosi uterina; con l'occasione si effettua la richiesta delle indagini ematologiche per l'identificazione di malattie a trasmissione sessuale.

Secondo il protocollo SaMiFo in vigore, può eseguire dopo pochi giorni un'ecografia pelvica trans-vaginale che accetta di eseguire senza esitazione. Anche in questa occasione la donna resta in silenzio ma piange ininterrottamente. L'ecografia evidenzia un voluminoso fibroma di circa 10 cm.

Il lavoro dell'équipe composta da medico di base, ginecologa, psicologa e operatori del Centro SaMiFo consente di avere un quadro completo della situazione di provenienza di Marguerite e della sua condizione psico-fisica. Ricomponendo i tasselli della storia della sua vita, scopriamo che i tre figli concepiti a causa delle violenze subite, le sono stati tolti dai 'padroni' immediatamente dopo lo svezzamento e che di loro non ha più avuto notizia.

Il risultato dell'ecografia e la presenza del voluminoso fibroma non appaiono in quel momento un problema prioritario: la privazione dei figli, le terribili esperienze di vita e la procedura d'asilo che ancora deve affrontare, non le consentono di concentrarsi sulla sua salute.

Tuttavia a distanza di circa sei mesi Marguerite si ripresenta di sua iniziativa alla visita ginecologica di controllo: adesso non piange, si esprime in un italiano sufficientemente comprensibile e comunica il desiderio di risolvere la fibromatosi uterina. E determinata ad avere un figlio. Capiamo adesso la necessità di dichiarare un'età di molto inferiore a quella effettiva con l'obiettivo di avere più probabilità di trovare un partner 'garantendogli' una prole.

La ginecologa le prospetta la possibilità di una soluzione chirurgica oppure radio interventistica (embolizzazione delle arterie uterine); Marguerite decide per la prima che le sembra più risolutiva.

Viene quindi inviata all'Ospedale di riferimento per la chirurgia. Al momento di firmare il consenso informato, relativo all'intervento di asportazione chirurgica del mioma, Marguerite viene a conoscenza del rischio di asportazione dell'utero e rinuncia all'intervento. Torna quindi al nostro ambulatorio, comunica di voler tentare l'embolizzazione poiché non può accettare il rischio di un'isterectomia essendo prioritario per lei preservare la fertilità.

Con l'aiuto della mediatrice linguistico-culturale, la ginecologa spiega nei dettagli la complessa procedura ed eventuali complicazioni. Nonostante non vi sia garanzia di un mantenimento della fertilità la paziente decide di percorrere questa strada.

Il caso di Marguerite ci è sembrato emblematico per evidenziare alcuni aspetti propri dell'assistenza alle donne migranti: nonostante il vissuto drammatico Marguerite non ha perso il desiderio e la speranza di avere un figlio, di crescerlo ed educarlo, di avere un partner con cui condividere questa esperienza. Questa determinazione l'ha portata ad apprendere e a saper gestire informazioni complesse di carattere scientifico, e a scegliere in modo autonomo la strada più aderente ai suoi progetti di vita.

L'intervento di embolizzazione è programmato per il mese di ottobre 2016, gli esami preparatori per l'intervento sono stati finanziati dal Centro Astalli e il SaMiFo metterà a disposizione della paziente una mediatrice il giorno dell'intervento e se necessario anche nei giorni successivi.

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.unhcr.org/protection/women/3f696bcc4/sexual-gender-based-violence-against-refugees-returnees-internally-displaced.htm> Report Sa.Mi.Fo., 2015.
- *Diritti e sanità dell'età riproduttiva*, in ISS, Salute riproduttiva, cap. VII, p. 62 (online).
- Epidemiology of Miomas, NCBI National Institutes of Health, www.ncbi.nlm.nih.gov.

L'ALLATTAMENTO NELLE MAMME MIGRANTI

MARIA GRAZIA PRIVITERA* GIUSEPPE CANZONE* SERENA BATTILOMO**

«Non c'è, per nessuna comunità, investimento migliore del metter latte dentro i bambini».

Winston Churchill, Discorso alla radio, 1943

L'allattamento materno è, a ogni latitudine, espressione naturale del prendersi cura del proprio bambino.

I vantaggi dell'allattamento al seno sono ormai a tutti noti e consolidati da forti evidenze scientifiche per cui diviene doveroso nei confronti di tutte le mamme fare in modo che ognuna di esse possa allattare in modo consapevole il proprio bambino in maniera esclusiva per almeno i primi sei mesi di vita.

Ma ci sono momenti della vita in cui l'allattamento al seno riveste un ruolo che va oltre gli ormai noti vantaggi di buona salute, a breve e lungo termine, ed assume il ruolo di vero ed unico alimento salvavita.

E questo il caso dei bambini migranti che con le loro mamme affrontano lunghi ed estenuanti viaggi.

* La dr.ssa Maria Grazia Privitera (Ministero della Salute - Direzione Generale della prevenzione sanitaria) e il dr. Giuseppe Canzone (ASP Palermo, direttore UOC di ostetricia e ginecologia - ospedale di Termini Imerese), sono componenti del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno (TAS) istituito presso la Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ministero della Salute.

** Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria. Direttore Ufficio 9 - Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze.

Le mamme migranti dispongono infatti, come tutte le mamme, di questo patrimonio alimentare naturale in grado di garantire non solo la sopravvivenza dei propri piccoli ma anche quella adeguata nutrizione che fa sì che questi bambini giungano quasi sempre, alla fine di un viaggio arduo e rischioso, in buone condizioni di salute.

Chi ha avuto occasione di poter accogliere sottobordo al momento dello sbarco le mamme ed i bambini migranti ha avuto la possibilità di constatare che spessissimo i piccoli sono in buono stato di nutrizione ed idratazione. Le mamme riferiscono di averli regolarmente allattati durante tutto il viaggio che spesso, come si evince dai loro racconti, può durare anche alcuni mesi.

In queste condizioni l'allattamento al seno esercita anche quell'effetto protettivo dalle infezioni che, è facile immaginare, risulta ancora più prezioso in considerazione dei tanti momenti di esposizione ad agenti infettivi con cui questi bambini possono venire a contatto.

Le caratteristiche del latte materno lo rendono un alimento naturale e prezioso per il bambino, l'unico che gli permette di raggiungere il suo massimo potenziale biologico: lo nutre in modo completo e lo protegge da molte malattie e infezioni; è sempre fresco, è sterile, non richiede nessuna preparazione, ha sempre la giusta temperatura ed è disponibile in ogni momento ed in ogni condizione. Inoltre, per il bambino, non c'è bisogno di altri alimenti o bevande fino a sei mesi compiuti.

Queste proprietà diventano più che pregiate se proviamo a immaginare le condizioni di vita in cui sono costrette per lungo tempo le donne migranti e i loro bambini, soprattutto quando non sarebbe possibile assicurare nessun altro tipo di alimentazione per garantirne la sopravvivenza.

E capita spesso che sul molo, in attesa della definizione delle procedure di identificazione o nel corso dei controlli medici, si possa notare una mamma migrante che, seduta su una brandina o su una panca, come se fosse isolata da tutto il contesto tumultuoso che in quel momento le si svolge intorno, allatta il proprio bambino. Colpisce osservare anche la serenità dei piccoli migranti quando sono allattati e delle mamme mentre allattano, a conferma di quanto si sa sul ruolo rasserenante dell'allattamento per il bambino e per la sua

mamma che, per qualche minuto, sembra cambiare espressione e trovare una momentanea distensione.

In questi contesti caratterizzati da emozioni fortissime dovute a eventi personali e collettivi quali nascita, morte, paura, disperazione ma anche speranza, per mamma e bambino l'allattamento al seno è, più che mai, espressione di unione ma anche occasione di conforto e reciproco sostegno.

Nelle emergenze i lattanti (0-12 mesi), i bambini sotto i 2 anni di età e le donne in gravidanza sono considerati fra i gruppi più vulnerabili perché presentano bisogni specifici ai quali è necessario rispondere con immediatezza e in modo adeguato b

Una donna migrante porta con sé un bagaglio invisibile fatto di tradizioni, ricordi e senso di appartenenza alla propria terra, malgrado tutte le difficoltà vissute e che ad essa rimandano. Nonostante tutto, sembra però pronta a dire a se stessa “La mia casa è dove sono”. Una volta giunto nel nostro Paese è quindi necessario che il nucleo mamma-bambino sia fondamentalmente accolto come un “unicum” senza essere diviso e agli operatori sanitari è richiesto non solo di prendersene cura ma anche di confrontarsi con quel bagaglio citato. Perché un determinato intervento sanitario che non tenga conto della specificità storica, sociale e culturale dei modelli di accudimento, alimentazione, svezzamento, portati da altre popolazioni, rischia l'incuria e di conseguenza una mancata compliance.

A questo proposito è utile fare qualche riflessione.

Sin da prima del concepimento e fino ai primi due anni di vita del bambino si pongono le basi per creare un vero e proprio bagaglio di salute per una persona che si sta affacciando al mondo.

Ormai è dimostrato che i primi 1.000 giorni di vita sono fondamentali per un adeguato sviluppo fisico e psichico, con effetti positivi a breve e a lungo termine per il singolo individuo ma anche per la collettività.

Il controllo e la minimizzazione di potenziali fattori di rischio per malformazioni congenite e per eventuali conseguenze di patologie ¹

¹ “L'alimentazione infantile nelle emergenze” Angela Giusti (Cnesps, Iss)
<http://www.epicentro.iss.it/focus/terremoti/Alimentazioneinfantile.asp>.

materne, una nutrizione adeguata prima e durante la gravidanza, nonché dopo nel neonato lattante e bambino, un parto assistito correttamente, gli screening neonatali per la diagnosi precoce di patologie prima che queste possano determinare danni irreversibili all'organismo, un'adeguata stimolazione neurosensoriale del bambino con interventi precoci in caso di disturbi evidenziati agli screening, la prevenzione delle malattie infettive tramite vaccinazione, eventuali interventi in caso di difficoltà cognitive o relazionali rappresentano alcuni esempi di un insieme di azioni da adottare in questa finestra temporale dei primi 1.000 giorni per tutelare e migliorare le condizioni di salute con effetti duraturi.

Alla donna che arriva da un'altra realtà il nuovo contesto richiede una certa capacità di inserimento in un ambiente nuovo, anche sanitario, spesso profondamente diverso da quello di origine e non sempre pronto di fronte alle esigenze che la diversità culturale determina.

E necessario che gli operatori sanitari coinvolti, in prima linea il pediatra, promuovano e condividano con la madre le conoscenze sull'importanza di una corretta alimentazione e in generale dei corretti stili di vita da seguire, a garanzia della sua salute e di tutto il nucleo familiare, nel rispetto della cultura di origine e considerati i fattori di rischio nutrizionali più diffusi nel Paese di provenienza, alla luce di certe carenze nutrizionali che possono instaurarsi in modo subdolo ed esporre la salute della mamma e del bambino a malattie anche gravi.

Per la maggior parte delle carenze in micronutrienti l'allattamento materno, anche prolungato, continua a essere la migliore forma di prevenzione, e di terapia, sia nei Paesi d'origine che in quelli di emigrazione ².

In occasione dell'allattamento al seno, ma già durante la gravidanza, ogni cultura esprime se stessa, in una commistione di istinto e tradizione.

In alcune culture si è orientati ad adottare una forte restrizione

² OMS - Unicef - FAO.

calorica durante la gravidanza, in quanto si crede che così facendo si possa ridurre il rischio di parto cesareo: è il caso delle donne somale³.

Le donne del Bangladesh, in gravidanza, tendono invece ad aumentare il consumo di alimenti ritenuti speciali e salutari (vegetali a foglia, carne e pesce) e ad evitarne altri (ananas, papaia, cetriolo, arachidi, carne di anatra, cibi piccanti).

In tutti i Paesi a forte pressione migratoria l'allattamento materno, in genere, è la regola e può proseguire anche fino al secondo anno di vita. Tuttavia, sono state osservate delle differenze, come ad esempio la bassa prevalenza dell'allattamento materno tra le donne del sud-est asiatico. In questi casi l'approccio deve tenere in considerazione anche il fatto che non si tratta di un gruppo etnico omogeneo, ma piuttosto caratterizzato da molteplici differenze culturali e religiose.

L'OMS e l'UNICEF, sulla base delle più aggiornate evidenze scientifiche epidemiologiche, confermano i benefici dell'allattamento al seno anche grazie al ruolo svolto dal colostro, prodotto nei primi giorni dopo il parto. Un latte speciale, denso e giallognolo, ricco in proteine, minerali e componenti ad azione antimicrobica, relativamente povero in grassi, carboidrati, vitamine (specie del complesso B), che contiene una grande quantità di cellule vive che proteggeranno il bambino da molti agenti nocivi, e quindi perfetto come primo alimento del neonato. Ed è proprio nelle situazioni più drammatiche, come un parto durante una traversata su un barcone, che questo alimento diventa ancora più prezioso ed essenziale per la salute di mamma e bambino, nonostante la difficoltà contingente.

³ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà/Ministero della Salute. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

A questo proposito è bene sapere che in India, Pakistan e Bangladesh il colostro non viene somministrato dalla mamma al bambino perché ritenuto poco puro a causa del suo aspetto, diverso rispetto al latte materno maturo⁴.

Secondo la tradizione islamica per augurare al bambino una buona vita, cioè *dolce*, le sue labbra vengono bagnate da alcune gocce di dattero; è anche molto diffusa l'usanza di far bere al bimbo, durante i primi giorni di vita e prima di iniziare l'allattamento al seno, bevande zuccherate, infusi di erbe o miele, di diversa composizione a seconda della tradizione di appartenenza. È evidente l'importanza di condividere queste informazioni con la mamma e la famiglia straniera per conoscere quali erbe e relativi principi chimici potrebbero essere proposti al bimbo appena nato⁵.

È molto interessante un aspetto evidenziato da una ricerca etnografica realizzata in America Latina che riferisce di un fattore strettamente connesso all'allattamento materno: il *susto*. Con questo termine si intende lo spavento materno repentino, relativo al mondo soprannaturale, e vissuto dalle madri come un pericoloso elemento scatenante alcune malattie infantili perché certamente trasmesso al bimbo se sofferto dalla donna durante la fase dell'allattamento. In questi casi l'allattamento al seno viene sospeso⁶.

In generale è necessario e opportuno che il messaggio da veicolare sia semplice e permetta di promuovere, anche per la mamma straniera, il consumo degli alimenti idonei secondo l'età del bambino.

⁴ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà/Ministero della Salute. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

⁵ "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. *Op. cit.*

⁶ "Clinical Practice and Knowledge in Caring: Breastfeeding Ties and the Impact on the Health of Latin-American Minor Migrants". M. Castaldo, R. Marrone, G. Costanzo, C. Mirisela. *Journal of Immigrant and Minority Health* ISSN 1557- 1912 J Immigrant Minority Health DOI 10.1007/s10903-014-0085-9.

La madre, nelle diverse fasi della crescita del bambino, vive sensazioni contrastanti, si sente divisa tra le sue tradizioni alimentari, che non desidera tradire, e quanto il nuovo Paese propone.

Il latte materno continua a essere parte integrante dell'alimentazione fino a due anni di età e anche oltre, se lo si desidera. In alcuni Paesi del mondo, dalla Norvegia al Senegal, questa è la norma. I bambini più grandi che vedono la propria madre allattare al seno vivono una magnifica occasione di crescita: prima di tutto perché, aggiungendo l'allattamento al loro bagaglio di esperienze, riprodurranno da adulti le dinamiche che hanno osservato, sia come padri che come madri; in secondo luogo, poi, perché imparano a condividere l'affetto e le attenzioni della mamma con qualcun altro. L'allattamento offre anche alla madre un aiuto a educare i figli. Sin da piccoli, infatti, i bambini imparano a mediare il soddisfacimento del bisogno, mostrando prima i segnali di fame, aspettando poi la calata del latte e infine ottenendo la poppata.

Nella conoscenza e nella comprensione dei differenti modelli di cure parentali è bene considerare che i sistemi e i saperi di cura cui si riferiscono le popolazioni emigrate dai propri contesti di origine e immigrate in Italia sono in grado di accogliere le conoscenze relative all'allattamento materno offerte dai professionisti della salute italiani.

È necessario però riflettere sul fatto - apparentemente scontato - che nessun operatore è nella condizione di conoscere caratteristiche ed esigenze connesse alle diverse culture perché «non è possibile conoscere le culture e le modalità di accudimento di ogni specifica popolazione. La possibile soluzione è l'incontro e la transazione. Il sapere del medico e quello materno possono incontrarsi, uscendone arricchiti»⁷.

⁷ Dott.ssa Luisa Lenguini, 2010 "Accogliere e prendersi cura del bambino migrante" a cura di R. Marrone e C. Mirisela. INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà. Pubblicazione prodotta nell'ambito del progetto "Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in infettivologia pediatrica rivolta ai bambini appartenenti alle fasce fragili della popolazione" finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'INMP da dicembre 2012 a giugno 2014-

Pertanto è la consapevolezza il fattore chiave che può fare la differenza.

Se il professionista sanitario comprende profondamente quanto il rituale del cibo sia denso di significati specifici per ciascuna cultura e anche per il singolo individuo, egli potrà trasferire al suo interlocutore una corretta informazione e, allo stesso tempo, creare un dialogo reale con chi è in ascolto, calibrando prima se stesso sull'interlocutore e poi ricalibrando la dieta da proporre⁸.

Va considerato che, ad esempio, in Africa subsahariana ai bambini non si offre carne ovina e uova che, si ritiene, potrebbero far diventare il bambino ladro. Inoltre non si dà il pesce perché si crede impedisca lo sviluppo intellettuale del bambino.

I musulmani non consumano carne suina né carne non halal, cioè non macellata secondo il rituale islamico. Ricordiamo che per gli induisti la mucca è sacra mentre i buddisti, i gianisti, gli avventisti non mangiano carne e pesce.

Una buona strategia è il considerare gli alimenti tipici del Paese di origine, disponibili anche in Italia, riadattando le indicazioni citate fino ad ora, nel tentativo di affievolire le dualità.

Nell'allattamento materno il sostegno è sempre necessario per le donne e le famiglie, di qualunque nazionalità esse siano.

Per il bambino nutrirsi attraverso la mamma è talmente naturale da rappresentare una competenza innata mentre per la madre si tratta di una competenza appresa culturalmente, attraverso l'osservazione di altre donne che allattano. In seguito ai cambiamenti sociali ed economici avvenuti nelle società occidentali, accade spesso che una coppia di neogenitori non abbia mai visto un bambino allattato.

Abitualmente le donne e le coppie ricevono informazioni sull'allattamento al seno durante la gravidanza e dopo il parto, in occasione dei corsi di accompagnamento alla nascita realizzati nei punti nascita e nei consultori familiari.

⁸ “Accogliere e prendersi cura del bambino migrante” a cura di R. Marrone e C. Mirisela. *Op. cit.*

Fin dalla gravidanza è cruciale quindi il ruolo di ginecologi, ostetriche, pediatri, infermieri, assistenti sanitarie, consulenti per l'allattamento e gruppi di aiuto con altre coppie che vivono già l'esperienza dell'allattamento al seno, così come può rivelarsi strategica, nella fase del rientro a casa, l'offerta di visite domiciliari (Home Visiting), quale strumento incentrato sul rapporto "mamma/bambino" e utile a sostenerlo in un momento certamente impegnativo per tutto il nucleo familiare, papà incluso.

Ha bisogno di sostegno anche la donna e la coppia straniera che spesso, nel nuovo Paese, è priva del supporto necessario a crescere il bambino, abitualmente offerto nel Paese d'origine dal "gruppo" costituito dalle altre donne della famiglia e della rete sociale.

È necessario continuare a lavorare per migliorare la modalità con cui le persone migranti entrano in contatto con i servizi sanitari nel nostro territorio e quindi per evitare l'aumento delle disuguaglianze in salute.

Per ottenere aderenza ad un'occasione di empowerment offerta dall'operatore sanitario alla famiglia straniera è certamente necessario accogliere e prendere in cura il bambino e la sua famiglia nella sua interezza e complessità e interagire con un approccio transculturale e transdisciplinare delle diverse figure professionali coinvolte, per ricondurre la centralità del bambino al suo contesto, cioè alla sua storia familiare e personale, all'ambito politico, economico, sociale, culturale di origine e di arrivo.

Quando un bambino e la sua famiglia entrano in un ambulatorio, l'operatore sanitario dovrebbe dedicare i primi minuti per generare un contatto, per accogliere, per dialogare. Perché anche questo è curare.

Inoltre, non è possibile estrapolare la richiesta sanitaria relativa al bambino dal contesto familiare: la sua attenzione ed empatia dovranno essere rivolte a tutto il nucleo familiare e "sentire" che ogni sua decisione avrà un impatto diretto su tutto il nucleo madre/padre/bambino.

La pratica dell'allattamento materno, in un certo senso, agevola questo percorso, trattandosi di un valore relativo all'ambito della nutrizione e delle relazioni umane.

È indubbio che i governi nazionali e locali hanno il dovere di

informare le donne sui benefici dell'allattamento al seno, inteso anche come indicatore di maturità culturale e sociale.

Ma per quanto tale pratica sia promossa, sostenuta e tutelata, per quanto si comunichi e si agisca a favore, è sempre necessario formare gli operatori e continuare a comunicare, per aumentare e sostenere quanto raccomandato a livello internazionale da OMS e Unicef e, a livello nazionale, sulla base degli indirizzi internazionali, dal Ministero della Salute, dalla comunità scientifica e dai gruppi di sostegno mamme a mamme, dove ognuno, con il suo ruolo, può davvero fare la differenza.

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI. UN PROGETTO REALIZZATO CON LE DONNE DEL CORNO D'AFRICA A ROMA

EMANUELA FORCELLA* ERICA EUGENI**, GIANCARLO SANTONE***

La mutilazione dei genitali femminili (MGF) è una pratica drammatica ancora fortemente radicata nelle tradizioni e nelle culture di molti Paesi africani.

Con l'arrivo di grandi flussi migratori e lo stabilirsi di comunità formali e informali di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria nel nostro Paese, il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili è diventato un problema che ci riguarda da vicino e che ci interroga su possibili strategie di intervento e prevenzione.

Nell'ambito delle iniziative promosse dal Dipartimento per le Pari Opportunità per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) è stato realizzato, fra il 2014 e il 2015, un progetto di ricerca-azione basato *sull'empowerment* delle comunità e sul ruolo delle donne come agenti di cambiamento. La Regione Lazio ha partecipato alla realizzazione del progetto insieme alla ASL Roma A, capofila, e ai partner AO San Camillo Forlanini, Fondazione Albero della Vita e Associazione Nosotras.

Il progetto rispondeva a tre finalità: *a)* predisporre modelli di intervento innovativi, volti a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di MGF; *b)* realizzare corsi di formazione e aggiornamento per coloro che operano su questo tema; *c)* organizzare eventi tesi a sensibilizzare la comunità straniera sul tema delle MGF.

* Regione Lazio, Direzione Salute e Politiche Sociali, Area cure Primarie.

** Antropoiooga di progetto, ASL Roma 1.

*** Psichiatra e coordinatore SaMiFo.

Sono state pertanto realizzate le seguenti attività:

- un'indagine trasversale per stimare la prevalenza delle MGF nelle principali comunità straniere a tradizione escissoria presenti a Roma (eritrea, somala, etiope), al fine di ovviare alla carenza di informazioni sul fenomeno. Sono state contattate 393 donne, di queste 341 hanno risposto al questionario;
- interviste di profondità con donne etiopi ed eritree al fine di acquisire informazioni in merito al tema;
- tre cicli di azione, con la partecipazione delle comunità, per discutere il tema delle MGF, sensibilizzare le donne, affrontarne le conseguenze sulla salute, individuare strategie volte al superamento della pratica;
- attività di formazione (per gli operatori socio-sanitari e per gli operatori scolastici) volte ad aumentare la consapevolezza sul tema delle MGF e accrescere le competenze relazionali nel confronto con donne appartenenti ad altre culture;
- iniziative di comunicazione e sensibilizzazione: 4 laboratori scolastici dal titolo "I diritti delle Bambine e dei Bambini"; un video; 2 eventi per le comunità di riferimento.

L'indagine trasversale aveva come obiettivo principale quello di stimare la prevalenza delle mutilazioni genitali femminili nelle donne eritree, etiopi e somale presenti a Roma. Il numero delle donne da coinvolgere per ciascuna nazionalità è stato individuato sulla base del rischio per le donne stesse di essere sottoposte alla pratica nel Paese di provenienza.

È stato predisposto un questionario sul tema delle MGF, finalizzato ad acquisire informazioni, a sondare l'opinione delle donne e a valutare il rischio di sottoporre alla pratica di mutilazione le proprie figlie. Il questionario è stato discusso con le mediatrici culturali, per la formulazione delle domande e l'utilizzo di termini appropriati, e tradotto nelle lingue delle tre comunità. Oltre alle mediatrici, sono state coinvolte alcune donne delle diverse provenienze in modo da facilitare i contatti con le altre donne e individuare i luoghi di aggregazione in cui recarsi per somministrare i questionari.

Sono state contattate 393 donne, 341 (87%) delle quali hanno accettato di essere intervistate (Tabella 1).

Tabella 1 - Donne contattate per Paese di nascita

| Nazione | Paese di nascita | |
|---------------|------------------|--------------|
| | N. | % |
| Italia | 2 | 0,6 |
| Eritrea | 138 | 40,5 |
| Etiopia | 124 | 36,4 |
| Somalia | 72 | 21,1 |
| Altro | 4 | 1,2 |
| Dato mancante | 1 | 0,3 |
| Totale | 341 | 100,0 |

Si tratta prevalentemente di donne giovani/adulte (età media 36 anni), con un medio livello di educazione (quasi il 50% ha terminato le scuole superiori), che si trovano in Italia già da qualche anno (il 14% da più di 20). Molte delle donne coinvolte nell'indagine, inoltre, si trovano in Italia da sole (40%); sono per lo più in possesso di un permesso di soggiorno (74%), sebbene un'alta percentuale (21%) non abbia risposto alla domanda relativa al suo status legale. Il quadro socio-demografico che emerge mostra differenze tra i tre gruppi selezionati, in particolare per quanto concerne la permanenza nel nostro Paese, i motivi della migrazione e la scolarità.

La quasi totalità delle donne intervistate ha riportato di essere a conoscenza dell'esistenza della pratica, benché solo il 40% ha dichiarato di conoscere donne che vivono a Roma e che l'hanno subita. Le risposte fornite sono molto diverse: il 20% delle eritree riporta di conoscere donne che sono state sottoposte alla pratica, il 32% delle etiopi e il 97% delle somale. Il 75% dei casi riferisce che nella propria famiglia c'è almeno una componente che ha subito MGF, con una minore frequenza

tra le donne etiopi e la quasi totalità delle donne somale. Il 65% delle intervistate riporta di essere stata sottoposta alla pratica (ancora con forti differenze tra le comunità), e più del 50% sa dire se anche la madre lo è stata. Tra le donne che hanno dichiarato di avere almeno una figlia femmina, il 28% dichiara che le proprie figlie sono state sottoposte alla pratica (il 7% delle donne etiopi, verso il 63% delle somale e il 22% delle donne eritree).

È interessante osservare le differenze nella pratica tra le tre generazioni di donne analizzate. Il ricorso alla pratica avviene, come atteso, prevalentemente nel Paese di nascita, senza grosse differenze tra le generazioni. A modificarsi è invece il dato relativo al luogo in cui viene effettuata la pratica: se la generazione delle “mamme” delle donne intervistate è stata “tagliata” o “chiusa” in contesto domestico, molte di queste ultime sono state sottoposte alla pratica presso strutture sanitarie.

Alle donne intervistate è stato chiesto, al termine dell’intervista, se, in caso di figlie non escisse, ci fosse la volontà di sottoporle alla pratica in futuro. Sono 13 (4%) le donne che riportano di voler effettuare MGF sulle figlie (con le già citate differenze relative al Paese di origine). Il dato va comunque interpretato anche alla luce dell’alto numero (26%) di donne che preferisce non rispondere alla domanda. La decisione sembra ricadere sulla famiglia in generale, anche se un ruolo più determinante sembra essere esercitato dalle madri.¹

I cicli di azione sono stati realizzati al fine di aumentare la consapevolezza critica delle donne rispetto al tema attraverso il confronto reciproco, facendo emergere dal basso eventuali strategie per il coinvolgimento del contesto sociale in cui le donne vivono; ma anche per acquisire conoscenze relativamente al tema delle MGF a Roma. Ai cicli hanno partecipato un’antropologa, una mediatrice culturale, una facilitatrice, una operatrice sociale, un medico, e circa 20 donne per ogni gruppo di provenienza. I cicli sono stati realizzati attraverso 4 incontri: il primo volto alla problematizzazione della pratica attraverso il confronto tra le donne sul tema; il secondo al confronto con gli operatori sanitari al fine di informare le donne in merito alle conseguenze sulla salute e a sondare la conoscenza dei

servizi sanitari disponibili sul territorio; il terzo a favorire l'individuazione di strategie per estendere la problematizzazione della pratica al di là di coloro che sono stati direttamente coinvolti; il quarto a favorire il confronto con gli uomini sul tema.

Sono state, inoltre, realizzate 7 interviste di profondità, 5 con donne eritree e 2 con donne etiopi, di età compresa tra 20-75 anni, incontrate presso il Centro SaMiFo e altri luoghi. La struttura delle interviste è stata discussa con mediatrici e facilitatrici, così come, caso per caso, la terminologia da utilizzare. I principali ambiti di interesse dell'intervista sono stati: il percorso migratorio, l'esperienza diretta e indiretta con le MGF, i rapporti tra generi e generazioni, i rapporti con i servizi di salute. Nel corso dei dibattiti e delle interviste sono emersi alcuni temi rilevanti che si ritiene utile condividere, ai fini di una riflessione critica sul tema delle mutilazioni genitali femminili, in contesto migratorio.

Donne eritree

In Eritrea sono diffuse, a parere delle donne coinvolte nel progetto, due forme di MGF: taglio del clitoride e cucitura dell'apertura vaginale. Il tipo di mutilazione, ancora secondo le donne, non sarebbe tanto riconducibile alla religione di appartenenza, quanto alla "cultura" più in generale. Pertanto, per poter effettuare delle differenziazioni relativamente alla diffusione della pratica, è necessario scendere nel particolare dei gruppi o delle regioni. Allo stesso tempo, alcune donne sottolineano anche l'importanza di non sottovalutare, nella scelta del tipo di mutilazione o negli usi ad essa legati, la componente individuale e le esperienze vissute. L'uso, ad esempio, tra le donne infibulate, di farsi ricucire dopo il matrimonio e dunque a seguito dei primi rapporti sessuali, sarebbe particolarmente diffuso presso coloro che hanno vissuto in Sudan e che sono, in seguito, tornate in Eritrea.

Le donne riportano anche alcune pratiche e usi legati alle MGF. Non necessariamente a praticarla sono donne con una formazione di tipo specialistico. Spesso la mutilazione è gestita in ambito familiare, tra le donne che si tramandano i saperi nel contesto domestico. Le donne

coinvolte nei cicli e nelle interviste appaiono tutte consapevoli del fatto che la pratica, in Eritrea, attualmente è illegale. Ancora oggi, tuttavia, la pratica sarebbe eseguita in maniera clandestina e molte concordano sul fatto che la cultura non possa essere modificata da un giorno all'altro, semplicemente con il varo di una legge. Inoltre sostengono che, prima dell'introduzione della legge che le vieta, all'origine della pratica (soprattutto del taglio del clitoride che era largamente diffuso) vi fosse l'obiettivo di ridurre e contenere il desiderio sessuale delle donne.

Per quanto riguarda la conoscenza dei servizi è emerso che poche donne hanno un'idea chiara dei servizi di salute a cui possono accedere e della loro collocazione (quasi tutte quelle presenti fanno pressoché esclusivo riferimento al Centro SaMiFo).

Infine, è stato valutato l'intento di sottoporre alla pratica di mutilazione le proprie figlie. Le donne sostengono che il fatto di vivere in Italia e di avere avuto molte informazioni rispetto ai rischi e alle conseguenze sulla salute, anche riproduttiva, le portano ad essere contrarie. In Eritrea, invece, la diminuzione delle giovani sottoposte alle mutilazioni sarebbe da ricondursi alla presenza del divieto della legge, non certo ad una modificazione della cultura. Sebbene nel corso dei primi due incontri del ciclo le donne fossero concordi nel ritenere la pratica dannosa e nell'affermare che essa sarebbe ormai superata in contesto di migrazione, nel corso del terzo incontro del ciclo emerge il fatto che le giovani generazioni sono d'accordo nel non sottoporre le figlie alla pratica, mentre lo stesso non vale sempre per le anziane. Inoltre, alcuni uomini sostengono che rientreranno nei rispettivi Paesi e la faranno fare alle figlie. La MGF è necessaria, dicono questi uomini, altrimenti le figlie li faranno "impazzire". Una donna in particolare dice che ha una bimba e che, anche se lei non è d'accordo, il marito vuole imporgliela a tutti i costi.

Donne etiopi

Molte delle donne coinvolte nei cicli e intervistate non hanno subito MGF o sostengono di non sapere nulla a riguardo. Molte

dichiarano che in Etiopia tale pratica non esisterebbe più. Sarebbe una consuetudine “vecchia”. Altre sostengono, tuttavia, che la mutilazione sarebbe venuta meno solo nelle città (dove comunque continuerebbe ad essere praticata “di nascosto”), mentre nei villaggi permanerebbe in maniera più diffusa. Relativamente al significato attribuito c’è disaccordo. La più anziana tra le donne coinvolte sostiene di non sapere nulla delle mutilazioni. Lei l’ha subita senza porsi domande e senza protestare poiché la volontà dei genitori è legge, e l’ha inflitta alle figlie perché questa era la consuetudine. Alcune apportano motivazioni di carattere religioso: una donna sostiene, ad esempio, che, secondo la religione islamica, tutte le donne devono essere infibulate e chi non lo è, è discriminata. Altre affermano che si tratta di una tradizione che non ha nulla a che fare con la religione. Emerge la motivazione di contenimento del desiderio sessuale. La donna non circondata è sporca e delle donne non escisse, raccontano, si dice che hanno l’“antenna”. Questo soprannome nel passato aveva un’accezione dispregiativa, ma oggi, invece, indica solo una donna particolarmente attiva dal punto di vista sessuale.

Anche in Italia ci sarebbero persone favorevoli, che non impongono la mutilazione alle figlie grazie alla presenza della legge, ma non perché non credano all’importanza della pratica. Altre affermano che ci sarebbero solo alcuni uomini ancora favorevoli. Altre ancora, che tutte le giovani generazioni, sia uomini che donne, sono contrarie alle MGL.

Per quanto riguarda la conoscenza dei servizi è emerso che le donne interpellate utilizzano, più o meno in egual misura, varie strutture ospedaliere, consultori e il Centro SaMiFo. Alcune, infine, dichiarano di non aver mai avuto bisogno di servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Donne somale

Le donne che hanno preso parte ai cicli si mostrano tutte in disaccordo rispetto alla pratica dell’infibulazione. Varie le storie raccontate. Una giovane donna racconta che la sua famiglia è composta

da sette figlie che sono state tutte sottoposte ad MGF, da parte di un uomo che definisce “dalle tante lame”. Il padre era assente quando la mutilazione è stata inflitta alle figlie e si è arrabbiato molto quando ne è venuto a conoscenza. Sono le madri, secondo la donna, che decidono se sottoporre le figlie alla pratica delle MGF. Il problema, comunque, sarebbe superato per chi vive all'estero mentre persisterebbe in patria principalmente nei piccoli centri. La maggioranza delle donne coinvolte nei cicli di azione è contraria alla pratica e c'è solo una piccola percentuale convinta della necessità di continuare la “tradizione”. Per i pochi ragazzi che vogliono sposare una donna mutilata, tuttavia, la propria donna lo deve essere “per bene”: non basta la sunna, deve essere infibulata. Gli uomini sembrano essere, comunque, nelle parole delle donne, i principali sostenitori, a tutt'oggi, della pratica. Essi, sostengono le donne, se sanno che “sei aperta” pensano a tutti gli uomini con cui puoi aver avuto rapporti sessuali. A sostegno di ciò, una donna sostiene che, essendo ancora vergine, vorrebbe farsi aprire, ma ha poi paura di non riuscire a trovare un compagno. Si insiste che bisogna lavorare con gli uomini: a loro non interessano certificati o altro che attestino la verginità: vogliono “trovare una porta chiusa”.

Dal punto di vista delle necessità di salute, la richiesta di informazione appare estremamente forte (sia per quanto riguarda le possibili conseguenze della cucitura, che la più semplice gestione della salute). Per quanto riguarda la conoscenza dei servizi, è emerso l'utilizzo di varie strutture ospedaliere, consultori e il Centro SaMiFo.

Conclusioni

Dall'indagine di prevalenza, dalle interviste di profondità e dai cicli d'azione è emerso come il contenimento sessuale, il rispetto delle tradizioni e il fattore religioso siano le motivazioni all'origine della pratica e del suo mantenimento. Quasi tutte le donne coinvolte hanno maturato un punto di vista critico sulle MGF, in virtù della propria esperienza di sofferenza, delle campagne in cui sono state coinvolte nei Paesi d'origine, ma anche della pressione del contesto

sociale di arrivo. Attualmente non sembrano esserci particolari valori associati alle MGF, a Roma, e appare esserci una evidenza di rischio tutto sommato contenuta per le ragazze nate e cresciute qui.

Da sottolineare che, benché le donne siano state contattate da mediatrici culturali interne alle comunità, il 13% ha comunque rifiutato di rispondere a un questionario relativo alla pratica di MGF. Tra le donne contattate, un'alta percentuale ha riportato di avere almeno una figlia già sottoposta a escissione, e alcune, sebbene numericamente esigue, hanno ammesso la volontà di sottoporre alla pratica le proprie figlie. L'indagine ha pertanto gettato luce su un fenomeno raramente analizzato in profondità, e dimostra come, anche in contesti di immigrazione, la pratica non sia ancora totalmente abbandonata.

Tutte le donne coinvolte sottolineano la necessità di continuare a condurre progetti per il contrasto alle MGF, ma anche di impegnarsi più ampiamente sul fronte della tutela della salute e dei diritti, e in attività che possano contribuire al miglioramento complessivo della qualità della vita delle donne migranti. Fondamentale è apparsa la necessità di coinvolgere gli uomini nei percorsi di sensibilizzazione e ridiscussione della pratica.

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili nel nostro Paese sembra quindi essere un problema che coinvolge le comunità di migranti nei rapporti tra i componenti delle famiglie e nell'intreccio tra le generazioni, nella volontà di mantenere dei tratti identitari che pure cominciano a essere soggetti a una visione critica da un numero sempre più grande di donne. Pertanto questo progetto vuole essere l'inizio di un percorso che renda possibile l'aprirsi delle comunità di migranti al confronto con una pratica che, proprio perché illegale, rischia di restare sempre taciuta, mai messa in discussione e quindi di continuare ad esistere in una dimensione di clandestinità.

Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili nel nostro Paese sembra quindi essere una questione che chiama in causa i rapporti di genere, all'interno e all'esterno del contesto familiare, così come quelli tra le diverse generazioni, nel tentativo di mantenere dei tratti identitari che pure cominciano a essere sottoposti a una visione critica da un numero sempre più ampio di donne. Questo progetto vuole essere un

un passo, nel contesto romano, per aprire un confronto con e all'interno dei gruppi di migranti che provengono da Paesi a tradizione escissoria sulle MGF, una pratica che, essendo illegale, rischia di rimanere taciuta, di non essere mai messa in discussione e restare in una dimensione di clandestinità.

Il Gruppo di lavoro del progetto, oltre che dagli autori dell'articolo, era composto da:

- *Montini V., Regione Lazio, Direzione Salute e Politiche Sociali, Area Cure Primarie;*
- *Lorenzini M.L., Regione Lazio, Direzione Salute e Politiche Sociali, Area Cure Primarie;*
- *Materia E., ASL Roma I;*
- *Scassellati G., Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini*
- *Baglio G., INMP;*
- *Ahi Ahmed L., Associazione Nosotras;*
- *Mancini I., Associazione Nosotras;*
- *Crivelli A., Fondazione Albero della Vita;*
- *D'Aguanno G., Fondazione Albero della Vita;*
- *Buoncristiano M., ASL Roma I;*
- *Santonico V., Sapienza-Università di Roma.*

Un ringraziamento va alle Mediatrici Cester R., Sibhatu R., Mehreteab B.

APPENDICE

a cura di GIANCARLO SANTONE

Il Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati), i suoi clienti e i volumi di attività nel 2015 *¹

Il Centro SaMiFo nasce nel 2006 dalla collaborazione tra il Centro Astalli e l'Azienda Sanitaria Locale Roma A (oggi Roma 1) per promuovere la tutela dei diritti e della salute dei migranti forzati.

Il personale coinvolto è composto da personale medico, psicologico e infermieristico del Servizio Sanitario e del Sistema delle Cure Primarie, operatori socio sanitari e mediatori del Centro Astalli, nonché da un servizio di mediazione finanziato da Roma Capitale.

Il Centro SaMiFo si costituisce con l'ambizione di rendere concreto il diritto alla salute, che altrimenti rischierebbe di restare solo nominale tra la popolazione dei migranti e in particolare tra le persone più vulnerabili quali quelle che scappano da situazioni di guerra, di violenza o di persecuzione personale.

Il Centro SaMiFo offre pertanto un servizio dedicato proprio a queste persone, ha come obiettivo la presa in carico e la cura temporanea dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e vuole limitare tale presa in carico solo ad un periodo, di norma, non superiore ai 24 mesi. Si vuole così favorire l'accoglienza ma, nello stesso tempo, favorire quanto prima l'integrazione e la libera e autonoma fruibilità dei servizi sociosanitari a parità di condizione con gli altri cittadini italiani.

Nel luglio del 2015 il SaMiFo ha ottenuto l'importante riconoscimento della Regione Lazio come «Struttura Sanitaria a valenza regionale della (ex) ASL Roma A per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso

* Psichiatra e coordinatore Samifo.

¹ I dati forniti in questa appendice sono tratti dai Sistemi Informativi del Centro SaMiFo e dal Rapporto annuale 2016 attività e servizi del Centro Astalli.

percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale» (Det. Reg. N° G09086 del 22.7.2015): un riconoscimento all'impegno e alle attività svolte, ma anche alla portata innovativa della efficiente integrazione tra risorse e competenze del privato sociale con quelle del servizio pubblico.

La struttura del SaMiFo nel 2015 si è ampliata per risorse ma è rimasta invariata nell'organizzazione: oltre allo sportello per l'accoglienza (front office), allo spazio di ascolto (back office) e al servizio strutturato di mediazione linguistico culturale sono attivi ambulatori di medicina generale, psichiatria, psicologia, medicina legale, ginecologia ed ostetricia, infettivologia, ortopedia ed un servizio vaccinale.

Per usare un'iperbole anche nel 2015 un mondo ha attraversato il SaMiFo: sono state ben 55 le nazioni rappresentate dalle persone che hanno avuto accesso al Centro e che hanno avuto almeno un contatto con il medico delle cure primarie. Oltre sessanta sono i Paesi da cui provenivano le persone che hanno contattato il front office anche per prestazioni non sanitarie. Oltre 2.000 sono le persone che hanno avuto un contatto di qualunque tipo.

Interessante è la differenza di provenienza delle persone che accedono ai diversi servizi specialistici, infatti mentre la medicina generale e la psichiatria incontrano, come prima frequenza, persone provenienti dall'Afghanistan, la psicologia e la medicina legale

| SERVIZIO | VISITE | UTENTI |
|---------------------------------|--------------|--------------|
| Cure primarie Medicina Generale | 4.052 | 920 |
| Psichiatria | 1.004 | 258 |
| Psicologia | 754 | 135 |
| Servizio Sociale | 512 | 101 |
| Ginecologia | 484 | 281 |
| Medicina Legale | 177 | 171 |
| Ortopedia | 137 | 91 |
| Vaccinazioni | 137 | 108 |
| Totale | 7.257 | 2.065 |

prima frequenza la provenienza senegalese. Un riflessione particolare meritano le donne assistite presso il SaMiFo: queste rappresentano il 25% della popolazione generale del Centro e la provenienza più frequente è quella dei Paesi del Corno d’Africa (Eritrea, Etiopia e Somalia), mentre poco rappresentate sono le donne dell’area asiatica in cui la migrazione femminile è scarsissimamente rappresentata. La presenza delle donne nei vari servizi corrisponde alla loro proporzione nella popolazione generale dei migranti del SaMiFo con eccezione del servizio di psicologia dove rappresentano il 39% degli utenti a dimostrazione della loro frequente condizione di vittime di abusi e violenze nei Paesi di origine, durante il viaggio e purtroppo anche nel nostro Paese, soprattutto quando trovano accoglienza in contesti non protetti. La popolazione dei migranti forzati è prevalentemente composta da persone giovani o giovanissime, anche se il SaMiFo, sino ad oggi accoglie adulti e non ha servizi specifici per bambini o per i cosiddetti minori non accompagnati. Il fenomeno però che stiamo osservando in questo ultimo anno è un “invecchiamento” della popolazione assistita. Il 36% dei pazienti della medicina generale ha meno di 30 anni ed anche in questo caso le donne dimostrano un andamento specifico in quanto rappresentano un sottogruppo più giovane con un 46% di soggetti sotto i 30 anni. Il servizio di psicologia conferma la prevalenza di assistiti donna, infatti, è utilizzato anche da una popolazione più giovane con un 56% di soggetti sotto il trentesimo anno d’età. La crescita dell’età della popolazione assistita è determinata da una serie di fattori: 1) la fuga dalle zone di guerra non solo di giovani, ma anche di intere famiglie comprese gli anziani genitori (vedi l’Afghanistan), 2) la scelta di politica nazionale di non orientare più i nuovi arrivi a Roma, città con già un esubero di posti in grandi Centri di Accoglienza, ma di distribuirli in territori provinciali o di altre regioni, 3) l’incremento di rifugiati, anche in Italia da più anni, rispetto ai richiedenti asilo comporta un aumento dell’età delle persone presenti, 4) il ricongiungimento con i familiari che i rifugiati attivano sempre appena minimamente inseriti, non riguarda solo il coniuge e i figli, ma spesso anche i genitori, soprattutto se questi sono anziani e scarsamente autosufficienti.

Le osservazioni del servizio di medicina delle cure primarie, spesso il primo contatto sanitario che i rifugiati hanno all’arrivo al SaMiFo,

hanno evidenziato una serie di caratteristiche comuni, quali l'alta frequenza di sintomi mal definiti soprattutto in persone traumatizzate o vittime di tortura (insonnia, inappetenza, cefalee, mialgie, artralgie) ed inaspettatamente un'alta prevalenza di disturbi ipertensivi e malattie cardiovascolari, generalmente rare in popolazioni giovani. Ancora maggior sorpresa ha determinato la rilevazione di un'alta prevalenza di diabete che nel campione delle donne che afferiscono al Servizio è risultata del 4,9%. La riflessione su questi dati è in corso, coinvolgendo temi quali l'effetto dello stress e del trauma sui sistemi neuroendocrino immunitari, le caratteristiche genetiche e le componenti psicologiche e di conversione.

Un confronto tra i dati del primo semestre 2015 con quelli dello stesso periodo del 2016, già oggi possibile, ci permette alcune considerazioni, soprattutto tenendo conto che in questo scorcio finale d'anno e nel 2017, il SaMiFo sarà impegnato nella realizzazione di un progetto finanziato dal Ministero dell'Interno sui fondi FAMI 2016/2018 dal titolo "Formare Assistere Riabilitare Inserire" (FARI) che realizzerà un'importante svolta operativa: l'apertura di servizi per minori, l'attivazione di unità mobili per favorire l'emersione di condizioni di sofferenza, il potenziamento della presenza degli interventi del Centro su tutto l'ambito regionale. Quello che oggi possiamo osservare è un incremento generale del 7% delle prestazioni tra il primo semestre 2015 e il primo semestre 2016, tendenza che sinora il secondo semestre 2016 sembra confermare. Si conferma inoltre quel fenomeno dell'invecchiamento della popolazione assistita che abbiamo descritto nel paragrafo precedente, mentre gli eventi storici stanno modificando gli arrivi dei richiedenti protezione internazionale, da una prevalenza di popolazioni centro-africane e del Corno d'Africa, nel 2016 sono aumentati gli accessi di cittadini di lingua araba, in particolare siriani, iracheni, libici e sudanesi.

In un quaderno monografico sulla donna quale questo, è opportuno concludere questa appendice sui dati di attività con una tabella sulle prime visite di ostetricia e ginecologia effettuate nel 2015 nel Consultorio del SaMiFo. Qui troverete solo una sintetica presentazione mentre per un'esposizione più estensiva e per il commento ai dati si rimanda all'articolo in questo stesso quaderno.

**Totale 120 pazienti con prima visita
periodo 01/01/2015 - 31/12/2015²**

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Età | Fino 30 anni | Tra 30 e 40 | Oltre 40 | |
| | 52 - 43% | 47 - 39% | 21 - 18% | |
| Provenienza | C. Africa | Nigeria | Senegal | Altri P. |
| | 43 - 36% | 16 - 13% | 13 - 11% | 48 - 40% |
| Motivo Visita | Ginecologica | Ostetrica | | |
| | 90 - 75% | 30 - 25% | | |
| M.G.F. | Sì | No | N.R. | |
| | 31 - 26% | 72 - 60% | 17 - 14% | |
| I.V.G. | Sì | No | | |
| | 30 - 25% | 90 - 75% | | |
| Contracez. | Sì | No | | |
| | 13 - 11% | 107 - 89% | | |
| Gravidanze | Sì | No | | |
| | 84 - 70% | 36 - 30% | | |
| Violenze | Sì | No | N.R. | |
| | 15 - 13% | 9 - 7% | 96 - 80% | |
| Trattamenti psy. | Sì | No | | |
| | 29 - 24% | 91 - 76% | | |

² Legenda: MGF mutilazioni genitali femminile, NR dato assente non rilevabile, IVG interruzione volontaria di gravidanza, PSY si intendono sia trattamenti psichiatrici che psicologici e psicoterapie. Importante il numero di donne in trattamento psicologico/psichiatrico a documentazione di una particolare esposizione ad eventi traumatici e stressanti.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia tutto il personale che lavora o collabora con il SAMIFO per la grande professionalità e umanità dimostrata in tutti questi anni, in particolare: Carlo Bracci, Maria Guerra, Emilio Vercillo, Nicoletta Campanini, Antonio Spina, Loredana Madonia, Simone Pelle, Maria Clara Pentella, Silvana Patricelli, Luciana D'Agostino, Marinella Lombri, Angela Di Prima, Anna Maria Simeone, Simon Tekeste Zeggai, Nayyareh Nagash Nemayandeh, Giorgia Rocca, Pietro Benedetti, Abdoulaye Diarra, Jessica Gonzales, Marjan Shalchian, Birikti Mehreteab, Martina Pentimalli, Linda Haouli, Rama Haouli, Eleonora Del Baglivo, Angela Casarella, Safia Moalin Mohamed, Latif Al Saadi, Omid Miakhel.

Si ringrazia il personale del poliambulatorio Luzzatti, del DSM e degli altri servizi della ASL in particolare Filippo Gnolfo, Maria Feola, Giovanna Carta, Antonella Bedotti, Renza Manini,

Annarita Plastino, Stefania Tallei, Lauretta Tribuzi, Mila Capoccia, Federico Russo, Maria Rosa Scalise, Lucia Simonelli, Dario Natali.

Si ringrazia inoltre:

- il Prof. Giovanni Maria Flick per l'attenta e profonda riflessione, nell'introduzione al quaderno.
- L'Associazione Centro Astalli, in particolare il Presidente Padre Camillo Ripamonti, per il continuo sostegno al Centro SAMIFO.
- La ASL Roma 1, in particolare il Commissario Straordinario Dr. Angelo Tanesse, che nel nuovo modello organizzativo istituzionalizza il SAMIFO come struttura territoriale autonoma della ASL Roma 1, a valenza interdirezionale.
- Roma Capitale che da anni sostiene le attività del SAMIFO finanziando parte del servizio di mediazione linguistico-culturale.
- La Regione Lazio che con Determinazione Regionale N° G09086 del 22.7.2015 individua il SAMIFO come *"Struttura Sanitaria a valenza regionale della (ex) ASL Roma A per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale"*.
- Tutti gli enti di tutela - locali, nazionali e internazionali - dei diritti dei richiedenti/titolari di protezione internazionale con i quali il SAMIFO lavora in rete da sempre.
- il Comitato Scientifico del SAMIFO, in particolare il Presidente Maurizio Bagalupi e i membri esterni Maurizio Marceca, Andrea Gaddini e Salvatore Geraci.

Il ringraziamento più importante va a tutte le donne assistite in questi anni, per averci mostrato come si può vivere un profondo dolore con grande dignità. A loro auguro di poter ricostruire una nuova vita, di ricongiungersi con i propri cari, di vivere in pace, senza mai più dover subire violenze o discriminazioni.



Associazione Centro Astalli

Via degli Astalli, 14/a - 00186 Roma

Tel 06.69700306 - Fax 06.6796783

astalli@jsr.net

www.centroastalli.it