

MIGRAZIONE E ACCOGLIENZA: la necessità di un approccio di genere – Buone pratiche e nuove progettualità.



Lesbo, Grecia, 2016

All rights reserved©Marie Dorigny

Rosa Garofalo, marzo 2017

*Un Grazie di cuore alle Donne
operatrici, coordinatrici e psicologhe
dei Centri S.P.R.A.R ARCI di Roma – Colleferro
e S.P.R.A.R Associazione vol. San Martino
di Narni – Amelia
per la loro caparbia lotta al femminile
insieme alle donne rifugiate e richiedenti asilo*

INDICE

INTRODUZIONE	4
1. Migrazione al femminile o Femminilizzazione della Migrazione	
1.1. Contesto internazionale: approccio di genere per bisogni specifici	6
1.2. Contesto ITALIA	8
2. Buone pratiche per nuove progettualità	
2.1. Parlamento Europeo e politiche di integrazione “ <i>gender sensitive</i> ” per donne rifugiate e richiedenti asilo.	10
2.1.1. <i>Politiche di accoglienza e abitative</i>	12
2.1.2. <i>Formazione Professionale ed integrazione</i>	13
2.1.3. <i>Accesso al Mercato del Lavoro</i>	14
2.1.4. <i>Tutela della salute</i>	14
2.1.5. <i>Violenza di Genere</i>	15
2.2. Buone pratiche di progetti “ <i>gender sensitive</i> ” in Italia: la Cooperativa sociale Crinali per la Salute delle donne migranti.	16
CONCLUSIONI	21
BIBLIOGRAFIA	22

INTRODUZIONE

Il presente lavoro intende analizzare, all'interno delle migrazioni attuali, in quale modo e per quali ragioni la *questione di genere* ha delle conseguenze dirette e specifiche nel determinare la particolare vulnerabilità dei soggetti, sia durante il percorso migratorio che all'arrivo nei Paesi ospitanti. L'interesse per l'esperienza delle donne migranti nasce da un percorso di lungo periodo nella cooperazione internazionale con riferimento alla Salute delle donne e all'attuale impegno di volontariato in Servizi territoriali per la prevenzione della violenza di genere.

Il fenomeno migratorio è spesso raccontato o percepito al maschile anche in virtù dei numeri più significativi, tuttavia negli ultimi tempi si parla di "*femminilizzazione della migrazione*". Sempre più donne sole, in gravidanza o con figli, si mettono in viaggio alla ricerca di luoghi sicuri e con più opportunità, lasciando nei Paesi di origine i mariti e questo anche per effetto perverso delle norme sulla protezione internazionale, infatti, se riescono a raggiungere l'Europa hanno più possibilità di essere accolte.

Le donne in fuga da guerre o da contesti estremamente poveri spesso vivono già nei Paesi di origine uno stato di necessità dovuto proprio ad una discriminazione di genere, scarso reddito, mancato o scarso accesso all'istruzione e ai servizi sanitari, assenza di tutele giuridiche, esposizione a violenze e sfruttamento. Le crisi umanitarie peggiorano questo stato anche perchè distruggono l'eventuale rete di protezione familiare e sociale a cui le donne possono fare riferimento.

Diverse ricerche condotte sul campo dalle Agenzie internazionali evidenziano come nei campi di prima accoglienza la violenza di genere in ogni sua forma, domestica, sessuale, matrimoni forzati, prostituzione forzata e traffico di esseri umani, cresce esponenzialmente.

Le donne costrette ad emigrare subiscono, quindi, per il loro genere una oppressione multidimensionale: in quanto soggetti in fuga da un paese che le persegue o che ne mette a repentaglio l'esistenza, in quanto straniere in paesi di arrivo sempre più intolleranti verso la diversità, e in quanto donne in società, sia quelle di origine che di arrivo, nelle quali il principio della parità di genere e la lotta alla violenza sulle donne sono lontani dall'essere pienamente realizzati.

Per tutte queste ragioni è fondamentale che le politiche di aiuto umanitario, inclusa quindi l'accoglienza, abbiano un approccio di genere e che tutti gli attori coinvolti, Istituzioni ed organizzazioni del Terzo Settore, cooperino per assicurare alle donne protezione e sicurezza lungo il percorso migratorio, la prevenzione della violenza di genere nei contesti di crisi, l'accesso a servizi di Salute riproduttiva in chiave di prevenzione e gestione di infezioni sessualmente trasmesse e HIV e contraccezione d'urgenza per evitare gravidanze indesiderate, sostegno psicologico e mediazione linguistico culturale al femminile.

In Italia la combinazione della recente introduzione degli hotspot con la varia e complessa realtà dei CIE, gestiti da enti diversi e con standard di servizi differenti, costringe le donne a sperimentare la continuità delle violenze già subite, rimanendo esposte ancora a violenza e sopraffazione. Infatti la pre-identificazione introdotta con gli hotspot è di fatto un automatismo amministrativo svolto spesso con i migranti ancora in stato di shock e, a volte, senza mediatori, quindi non in grado di identificare e far emergere situazioni di estrema vulnerabilità, come potrebbero essere quelle femminili.

Lo stato di degrado ed abbandono in cui sono costretti a vivere i migranti in alcuni CIE, poi, così come fatto emergere da organi istituzionali e associazioni umanitarie in questi ultimi due anni, ha sulle donne ripercussioni ancora più gravi proprio in considerazione della loro storia personale e migratoria. Nei CIE le donne, spesso fuggite da forme di violenza strutturale, si ritrovano invischiate nell'arbitrarietà della violenza istituzionale, senza, a volte, accesso ai servizi sanitari

e ginecologici, lasciate al loro trauma esistenziale senza protezione alcuna, manca la capacità di cogliere i segni delle violenze o dei traumi vissuti dalle donne, anche per la completa assenza di luoghi e tempi che permettano di "narrare", co - costruire la violenza sofferta.

Sicuramente vi è la necessità di ripensare il nostro "modello di accoglienza" secondo un approccio di genere, partendo, come si sta facendo con il lavoro della Commissione di Inchiesta parlamentare sui CIE e sulla loro gestione, da ispezioni accurate dei centri allo scopo di definire criteri uniformi di relazione e presa in carico dei migranti e dei loro percorsi e, soprattutto, dei migranti più vulnerabili.

Quando si passa dalla prima accoglienza alla necessità di integrazione nei Paesi ospitanti, le donne rifugiate e richiedenti asilo presentano ancora, rispetto agli uomini, maggiore vulnerabilità ed isolamento anche per il ruolo culturale attribuito loro dalle comunità di origine e dagli uomini di riferimento (mariti, fratelli e padri) di custodi dell'identità culturale originaria nella cura dei figli, della casa, del cibo e della lingua, ruolo che ostacola, soprattutto per le ragazze, il loro processo di integrazione ed aumenta la dipendenza culturale ed economica.

I bisogni prioritari espressi dalle donne nei Paesi ospitanti si riferiscono a quattro macro aree: abitazione, formazione professionale ed integrazione linguistica, tutela della salute e accesso al mercato del lavoro. Le politiche e le progettualità dovrebbero fornire risposte al femminile di questi bisogni, come ad esempio nei casi di violenza domestica in cui un alloggio sicuro potrebbe essere rappresentato da una casa rifugio per donne maltrattate. Esistono diversi esempi, nella realtà europea e non, di buone pratiche in tal senso, di progetti "gender sensitive", a cui fare riferimento, ed, attraverso i risultati di una recente ricerca del Parlamento europeo, nel lavoro se ne menzionano alcune.

La declinazione al femminile delle politiche di accoglienza e di integrazione diventa poi fondamentale nella tutela della Salute riproduttiva e mentale delle donne migranti e nella prevenzione della violenza di genere, con particolare attenzione al traffico di esseri umani. Si dovrebbe cooperare, istituzioni e privato sociale, per lo sviluppo di servizi socio- sanitari destinati specificatamente alle donne e che tengano conto dei loro percorsi di vita, dei traumi subiti e della difficoltà che esprimono nel raccontare le loro esperienze a soggetti estranei, soprattutto se di genere maschile. In tal senso, un servizio di mediazione linguistico - culturale nell'accesso ai servizi sanitari risulta imprescindibile per permettere a queste donne di ricevere sostegno e assistenza senza l'intermediazione dei familiari.

Politiche di integrazione ed accoglienza "gender sensitive" consentirebbero alle donne migranti, ormai protagoniste del processo di stabilizzazione dei vari percorsi migratori, di passare da "recipient" di percorsi di assistenza a soggetti attivi in grado di mettere in campo capacità relazionali, progettuali e organizzative, competenze lavorative e conoscenze culturali utili alla crescita dei Paesi ospitanti.

"Chi stiamo diventando?" dicono coloro che hanno lasciato il loro nome, la loro famiglia, le loro radici molto lontano dietro di sé, che vengono chiamati "rifugiati", "clandestini", "sans-papier", "migranti" e che si chiamano fra loro, nobilmente, i "viaggiatori".

Essi vengono fatti viaggiare in modo brutale, "contenuti" in stive e camion, intrufolati alle frontiere, e non sanno dove e quando finirà questo viaggio pericoloso che li spinge di porto in costa e di porta in porta a misurare la miseria dell'ospitalità contemporanea. (...)

E noi, sistemati nei nostri paesi relativamente moderati, chi siamo noi? Loro simili? Loro testimoni?

Loro nemici? Loro amici? Antichi viaggiatori che hanno dimenticato? O persone che il viaggio attende alla prossima curva?¹

1. MIGRAZIONE AL FEMMINILE

1.1. Contesto Internazionale: approccio di genere per bisogni specifici

In questo momento ci sono più persone costrette a fuggire da un'emergenza di quante ne abbia viste il mondo dopo il cataclisma del secondo conflitto mondiale: si calcola che i rifugiati siano 59,5 milioni e che 100 milioni di persone, di cui 25 milioni di donne e ragazze tra i 15 e i 49 anni, necessitano di assistenza umanitaria. Le catastrofi naturali riguardano ormai 200 milioni di persone ogni anno. Per alcuni la crisi è temporanea. Per altri può durare tutta la vita. I rifugiati trascorrono in media 20 anni lontani da casa. I fattori di rischio che aumentano la fragilità di queste persone sono: la povertà, oltre un miliardo di persone vive ancora oggi in condizioni di povertà estrema; i cambiamenti climatici causa di catastrofi naturali con gravi conseguenze per i più poveri che spesso vivono in insediamenti informali, in costruzioni instabili e in aree pericolose, come le pendici di alture tendenti a frane e smottamenti; discriminazione e disuguaglianza di genere, le donne e le ragazze partono già da situazioni disagiate nei Paesi di origine, scarso reddito, mancato o scarso accesso all'educazione e ai servizi sanitari, assenza di tutele giuridiche. Molte società sono caratterizzate da disuguaglianze e discriminazioni di genere particolarmente radicate: in famiglia e nella società, donne e ragazze esercitano molto meno potere e prestigio di uomini e ragazzi. Questo significa una minore possibilità di accedere all'istruzione, alle risorse economiche e politiche, alle reti di solidarietà sociale e rischia addirittura di essere fatale quando i genitori, a fronte di una grave scarsità di cibo, riservano quasi tutto ai bambini maschi. Rispetto ai coetanei, le adolescenti hanno di solito meno possibilità di accedere alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, ai rapporti con gruppi di pari e a quelle opportunità e risorse grazie a cui potrebbero sviluppare abilità e capacità essenziali per la loro vita presente e futura². La disuguaglianza di genere incrementa il rischio e la vulnerabilità, limitando la capacità di sopravvivere in sicurezza in un ambiente colpito da una crisi³. Diverse Agenzie ed Organizzazioni internazionali hanno rilevato, attraverso ricerche ed interviste nei campi rifugiati e nei centri di accoglienza, che la violenza di genere, sessuale e domestica, i matrimoni forzati e precoci, la prostituzione e la tratta di esseri umani crescono in modo esponenziale durante le crisi umanitarie. In ambienti molto diversi tra loro, come Myanmar, Somalia e Siria, la violenza sessuale è descritta come "diffusa", "prevalente", "un tratto dominante" e, una "minaccia significativa da cui fuggire"⁴. Le rifugiate e le sfollate sono particolarmente a rischio anche nei campi appositi, in quelli temporanei e nei centri di evacuazione. Nei conflitti armati, donne e ragazze diventano spesso parte di sistematiche campagne di dominio, intimidazione e terrore portate avanti dai gruppi armati e, la distruzione

¹ *Le dernier caravan sérrail (Odyssees)*, creazione collettiva del Théâtre du soleil, www.theatredusoleil.fr

² Women's Refugee Commission, 2014

³ Women's Refugee Commission, 2014; Plan International, 2013

⁴ United Nations Security Council, 2015

delle reti di protezione e solidarietà familiare, espone maggiormente le donne a questi rischi. Inoltre l'impatto dei conflitti armati e delle catastrofi naturali può portare a un aumento dei matrimoni precoci nei luoghi colpiti dall'emergenza, come nei campi allestiti dopo lo sfollamento. A volte la paura delle violenze sessuali o della fame è *"una delle cause principali dei matrimoni precoci"* nei contesti di fragilità⁵. Tra le ragazze il matrimonio precoce comporta gravi rischi e limitazioni per i loro diritti riproduttivi, il loro benessere, la loro salute e quella dei figli. Per via dell'età e del genere, le ragazze sposate non godono di quasi nessun potere o possibilità di influire sulle decisioni che riguardano il proprio corpo. Non hanno quasi mai la possibilità di decidere in merito all'uso della contraccezione, alla frequenza dei rapporti sessuali, all'intervallo tra le gravidanze o al numero dei figli⁶. Le ripercussioni di questa mancanza di potere sono significative e a volte fatali: le espongono al rischio di contrarre infezioni per via sessuale e di andare incontro a morbilità e mortalità materne.

Anche la stessa violenza domestica, nei casi di emergenza umanitaria, aumenta considerevolmente⁷. In alcuni ambienti interessati da un conflitto, la violenza inflitta dal partner, compreso lo stupro e la violenza sessuale perpetrata da altri membri della famiglia, sono più frequenti degli stupri commessi dai combattenti⁸. Nel corso di un monitoraggio effettuato nel 2013 nel campo profughi di Za'atari, in Giordania, i membri della comunità e gli operatori dei servizi hanno identificato la violenza domestica come *"la tipologia di violenza più diffusa"* che va *"emergendo come un problema rilevante"* tra i rifugiati siriani, le ragazze tra i 12 e i 18 anni sono la fascia più colpita⁹. Un incremento degli atti di violenza perpetrati dal partner è stato osservato spesso dopo un disastro naturale.

A quanto detto si aggiunga: la diffusione della prostituzione come strategia di sopravvivenza e di adattamento, donne e ragazze di fronte a difficoltà economiche gravi e all'incertezza del cibo, senza accesso a fonti di reddito, vendono il proprio corpo in cambio di beni essenziali come cibo, medicine o prodotti per la salute, regali o accesso ai canali di distribuzione¹⁰ e per aiutare le persone che dipendono economicamente da loro, come i figli o i parenti¹¹; l'aumento del rischio di traffico e sfruttamento, la **International Organization for Migration** nel 2015 descrive i campi per i rifugiati e i senzatetto come un *"brodo di coltura di nuove vittime per i trafficanti"* e gli insediamenti informali e le comunità ospitate come *"situazioni particolarmente a rischio"*, donne e ragazze sono i bersagli favoriti dei trafficanti, che spesso le costringono a prostituirsi nei bordelli, le riducono in condizioni di schiavitù sessuale o le obbligano a lavori forzati¹².

In sintesi, dunque, le donne costrette a migrare, flusso in aumento soprattutto se sole o in gravidanza per effetto perverso delle norme sulla protezione internazionale, sono esposte a **rischi e violenze** frutto di un'oppressione multidimensionale: in quanto soggetti in fuga da un paese che le persegue o che ne mette a repentaglio l'esistenza, in quanto straniere in paesi di arrivo sempre più intolleranti verso la diversità, e in quanto donne in società, sia quelle di origine che di arrivo, nelle quali il principio della parità di genere e la lotta alla violenza sulle donne sono lontani dall'essere pienamente realizzati. Per tutte queste ragioni è fondamentale che le politiche di aiuto umanitario, inclusa quindi l'accoglienza, abbiano un approccio di genere.

Nel 2015 esperti dell'**UNHCR – UN Refugee Agency, UNFPA – UN Population Fund e WCR-Women's Refugee Commission** hanno elaborato una serie di raccomandazioni per i Governi, l'Unione Europea e le organizzazioni della Società Civile coinvolti nella quotidiana emergenza

⁵ World Vision UK, 2013

⁶ CARE, 2015

⁷ International Rescue Committee, 2015

⁸ Wood, 2015; Human Security Report Project, 2012

⁹ UNHCR, *Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan*, 2013

¹⁰ Klasing, 2011; UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees, 2011

¹¹ UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees 2011

¹² IOM, *Rapporto sulle vittime di tratta nell'ambito dei flussi migratori misti in arrivo via mare aprile 2014 - ottobre 2015*, 2015

migranti. E' interessante ricordarle anche allo scopo di verificarne l'attuazione o la mancanza di considerazione all'interno dei nostri centri di accoglienza emergenziali (da i CARA ai CIE, fino ai CAS e agli attuali Hotspot).

Nello specifico i Governi e l'UE dovrebbero nelle politiche e nei piani di accoglienza:

- Garantire la sicurezza di tutti i rifugiati e migranti da ogni forma di sfruttamento e abuso e riconoscere concretamente il diritto di chiedere asilo e protezione internazionale.
- Rafforzare il coordinamento tra Governi e attori umanitari per mitigare i rischi a cui sono esposte donne e ragazze nei contesti di crisi.
- Stabilire criteri condivisi per la registrazione dei migranti e rifugiati in modo da disporre di dati disaggregati per sesso ed età che permettano di monitorare i flussi ed i bisogni dei più vulnerabili (ragazze adolescenti, donne che viaggiano sole o solo con figli, donne in gravidanza, disabili, malati cronici ed anziani).
- Inserire in tutti i piani nazionali di risposta a questa emergenza il tema del genere.
- Disporre, nei luoghi di destinazione o lungo le rotte dei migranti, di persone, o delle agenzie governative o delle organizzazioni della società civile, formate nella prevenzione o risposta alla violenza di genere e, nello specifico, alla violenza sessuale.

Inoltre le raccomandazioni si spingono nel sollecitare la collaborazione tra Governi ed Organizzazioni della Società Civile nel;

- L'organizzare o supervisionare l'organizzazione di tutti i luoghi di transito o permanenza dei migranti in modo da assicurare spazi sicuri e riservati alle donne (anche per interviste o colloqui confidenziali), servizi di pronta risposta nei casi di stupri (un'assistenza medica di qualità che comprenda la profilassi post-esposizione - entro 72 ore - per ridurre al minimo le possibilità di un contagio da HIV, la contraccezione d'emergenza, farmaci antibiotici per la prevenzione delle MST - malattie trasmesse sessualmente, sostegno per la salute mentale e psico-sociale, aiuto legale) e adeguato accesso ai beni di prima necessità e di igiene personale.
- L'agevolare nei luoghi di più lunga permanenza delle donne migranti, nei casi di violenze di genere subite, il collegamento con i servizi sanitari e sociali territoriali e l'adeguata presenza di donne mediatrici linguistiche e culturali
- Garantire l'accesso ai servizi di Salute riproduttiva, collegati ai sistemi sanitari locali e nazionali, allo scopo di prevenire la mortalità materna ed infantile, di prevenire e trattare le MST e HIV, di fronteggiare gravidanze con complicazioni e di accedere alla contraccezione per evitare gravidanze indesiderate o successivi aborti clandestini.
- Predisporre canali e materiali, nelle diverse lingue, per informare e sensibilizzare le donne sui temi della gravidanza ed eventuali complicazioni, sulla violenza di genere e le conseguenze psico-fisiche e sui relativi servizi disponibili.

1.2. Contesto ITALIA

Nel 2016 sono sbarcati in Italia più di 181.000 persone, il 29% erano donne e ragazze, **provenienti essenzialmente da paesi africani**, Nigeria (21%), Eritrea (12%), Guinea, Gambia e Costa d'Avorio (7%), Senegal (6%), Sudan e Mali (5%).

Il contesto normativo che ha accolto queste persone è fortemente basato sulla visione dello straniero come un pericolo, una presenza ostile ex art. 10-bis1 del decreto legislativo n. 286/1998 (cosiddetto "*Testo unico immigrazione*"), che sanziona penalmente una particolare condizione personale e sociale, quella cioè di chi versa nella situazione di "*clandestino*" per non essere in possesso di un valido titolo di soggiorno (il **Comitato Diritti Umani dell'ONU** il 28 marzo 2017 nelle sue osservazioni all'Italia ha evidenziato la necessità di abolire il reato e di

limitare l'uso della detenzione dei migranti, da intendersi solo come *extrema ratio*)¹³. L'immigrato, per fare un altro esempio, viene visto come fonte di allarme sociale nel decreto legge n. 92/2008 ("*Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica*"), che garantisce "priorità assoluta" ai processi per immigrazione clandestina, al pari dei procedimenti per reati di mafia e di terrorismo. La stessa detenzione amministrativa dello straniero non si discosta molto dalla detenzione carceraria. Ai cosiddetti "centri di accoglienza", variamente denominati (Cie, Cpsa, Cpt, Cpta, Cara, ecc.), si fa ordinariamente ricorso non considerando il vissuto di chi entra nel territorio nazionale e, quindi, non operando una valutazione individuale delle persone, come previsto in primo luogo dalle direttive europee¹⁴. Presunte ragioni burocratiche o di ordine pratico (si veda, ad esempio, l'assenza di un vettore per il rimpatrio) spingono dietro il filo spinato di queste prigioni a cielo aperto migliaia di uomini e donne. Gli stranieri entrano in un limbo, di cui hanno contezza dell'inizio, ma quasi mai della fine. Da qui le fughe, le proteste, gli atti di autolesionismo degli "ospiti" dei centri dislocati su tutto il territorio nazionale. La situazione non è migliorata negli hotspot, i famigerati centri la cui istituzione è stata chiesta dalla Commissione europea all'Italia e alla Grecia, in cambio di un alleggerimento della pressione migratoria sui rispettivi territori nazionali, attraverso il meccanismo della *relocation*. Peccato che il ricollocamento dei profughi negli altri paesi membri si sia rivelato ben presto fallimentare. Il tempo di permanenza dei migranti in questi non-luoghi si è così protratto ben oltre le 24/48 ore, il tempo originariamente previsto per eseguire le operazioni di screening sanitario, pre-identificazione, registrazione e foto-segnalamento per ingresso illegale. Il recente **Rapporto della Commissione Straordinaria del Senato per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani**, recatasi in visita presso gli hotspot di Lampedusa e Taranto, evidenzia come la procedura di pre-identificazione avvenga spesso in tempi di poco successivi allo sbarco e senza la presenza di mediatori linguistici e culturali, vanificando quindi la tutela del migrante a ricevere tutte le adeguate informazioni sul proprio diritto di richiedere la protezione internazionale. Si applicano degli automatismi amministrativi senza considerare le storie delle singole persone, fondamentali per identificare specifiche condizioni di vulnerabilità, il Rapporto summenzionato fa esplicito riferimento a testimonianze di donne presenti a Taranto che riferivano di essere state vittime di stupri anche collettivi. Le conseguenze sono persone che si ritrovano nei CIE o con un decreto di rimpatrio differito e l'obbligo di lasciare l'Italia entro 7 giorni senza aver compreso nulla di ciò che è accaduto loro e senza sapere di poter presentare un ricorso giurisdizionale contro lo stesso (*ex art.10 TU Immigrazione*).

Purtroppo lo stesso Rapporto non fa emergere segnali di miglioramento nemmeno per i CIE, dove, nonostante l'approvazione del **Regolamento del Ministero dell'Interno** (20 ottobre 2014) sui criteri per l'organizzazione e la gestione dei CIE finalizzato a definire criteri uniformi di gestione nell'interesse ed a tutela delle persone ospitate (diritto ad essere adeguatamente informati nella fase di accesso, assistenza linguistico-culturale, tutela della salute, libertà di corrispondenza e diritto di ricevere visite), la realtà è ben diversa a seconda dei diversi enti gestori, assegnatari di appalti al massimo ribasso. I CIE presentano alta promiscuità ed eterogeneità di persone, da ex detenuti a persone il cui permesso di lavoro è scaduto, difficili condizioni igienico sanitarie, scarsa accessibilità ai servizi sanitari (i protocolli operativi che gli enti gestori avrebbero potuto firmare con le aziende sanitarie locali per la salute delle persone ospitate non sono mai stati definiti), sono luoghi di forte tensione.

Questo è lo stato attuale dei centri di accoglienza in Italia, questi sono i primi luoghi in cui arrivano le donne provenienti dalle rotte internazionali di migrazione, e qui sperimentano la

¹³ Repubblica, *Migranti, Manconi e Tocci: "No alla fiducia sul dl Minniti-Orlando"*, 28 marzo 2017, http://www.repubblica.it/politica/2017/03/28/news/migranti_manconi_tocci_pd_no_fiducia_decreto-161649893/

¹⁴ Senato della Repubblica, Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani, *Rapporto sui Centri di Identificazione ed Espulsione*, gennaio 2017

continuità delle violenze subite, rimanendo, nell'eventuale percorso per la protezione internazionale¹⁵, esposte a situazioni di vulnerabilità e sopraffazione¹⁶.

E' interessante, in questo contesto, il lavoro di **ricerca etnografica sulle donne rifugiate** arrivate in Italia dalla Libia svolto da **Barbara Pinelli dal 2008 al 2016**. Obiettivo della ricerca era far emergere l'interazione tra la memoria traumatica della fuga e le diverse forme di violenza e sopraffazione cui esse erano esposte nelle società dette di protezione e accoglienza.

La ricerca ha attraversato tutti i luoghi del territorio nazionale, fino a quelli di approdo in Sicilia, in cui vi erano donne rifugiate disponibili a raccontare i loro progetti migratori e l'attesa e la sospensione imposte dall'apparato burocratico italiano per la protezione internazionale. Fino al 2014 le forme di controllo e di sopraffazione sulle donne nei campi governativi si concentravano sull'immaginario della vittima da salvare ed andavano oltre, dall'imposizione di una rigida disciplina per ogni aspetto della vita quotidiana (controllo della posta, permessi per uscire) ad un controllo pervasivo e minuzioso sulle pratiche di cura di sé e di *maternage*, esercitato a scopo educativo. Le donne rifugiate andavano "emancipate" verso modelli culturali e di *maternage* più evoluti. Dopo *Mare Nostrum* i luoghi dell'accoglienza si moltiplicarono in modo improvvisato ed emergenziale e si costituì un binario parallelo a quello governativo nella gestione di spazi di confinamento dei rifugiati ai limiti della dignità. Da questo momento si passa dal controllo pervasivo al completo abbandono istituzionale dei rifugiati, ma soprattutto delle donne, a situazioni di estrema vulnerabilità. Donne in gravidanza lasciate in precarie condizioni igieniche e senza controlli sanitari, sospese per mesi prima di poter presentare la richiesta di asilo.

Nel 2015 **Medu – Medici per i Diritti Umani** – denuncia la presenza al Cara di Mineo di 3.000 persone costrette a vivere ai limiti della sopravvivenza¹⁷, situazioni di povertà estrema, prostituzione anche minorile, mancanza di cure mediche e psichiche per le donne.

Nel 2016 la **campagna LasciateCIEentrare** pubblica un rapporto di monitoraggio sui CIE¹⁸ e riporta condizioni per le donne preoccupanti e degradanti: promiscuità, assenza di informazioni e orientamento legale, assenza o insufficienza di assistenza medica e di servizi ginecologici.

Nei CIE le donne, spesso fuggite da forme di violenza strutturale, si ritrovano invischiata nell'arbitrarietà della violenza istituzionale, o "indirizzate a modelli culturali più evoluti" o lasciate al loro trauma esistenziale senza protezione alcuna. Inoltre, spesso nei CIE non vi è la capacità di cogliere i segni delle violenze o dei traumi vissuti dalle donne, anche per la completa assenza di luoghi e tempi che permettano di "narrare", co – costruire la violenza sofferta. In questi casi solo la relazione di aiuto operatrice/donna migrante può ricreare in tempi più lunghi la fiducia indispensabile per "nominare" la violenza.

2. BUONE PRATICHE PER NUOVE PROGETTUALITA'

2.1. Parlamento Europeo e politiche di integrazione "gender sensitive" per donne rifugiate e richiedenti asilo.

I bisogni e le condizioni delle donne richiedenti asilo e rifugiate entrano a pieno titolo nel dibattito politico europeo di questi anni sulla "crisi dei rifugiati", cioè sull'insieme delle politiche che dovrebbero conciliare tre diverse esigenze: protezione dei confini, blocco degli ingressi irregolari nell'area Schengen di libera circolazione europea, accoglienza e protezione

¹⁵ Nel 2015 le domande d'asilo delle donne sono state 9.720 su un totale di 84.085.

¹⁶ www.ingener.it, *Cosa accade dopo l'approdo sulle coste italiane e greche quando a chiedere asilo sono le donne*, B.Pinelli, 5 luglio 2016

¹⁷ Medu – Medici per i Diritti Umani, *Rapporto sulle condizioni di accoglienza Cara di Mineo*, 2015

¹⁸ *Accogliere: la vera emergenza. Rapporto di monitoraggio su accoglienza, detenzione amministrativa e rimpatri forzati*, Yasmine Accardo e Gabriella Guido (2016)

delle persone che fuggono da guerre o persecuzioni, con particolare riguardo per le categorie più vulnerabili.

Come evidenziato nel contesto internazionale "il genere" e la sua declinazione nelle politiche a favore dei rifugiati diventa fondamentale per rendere le donne richiedenti asilo e rifugiate consapevoli delle loro potenzialità e del contributo che potrebbero dare ai Paesi ospitanti.

La "vulnerabilità" e l'isolamento nei Paesi ospitanti delle donne rispetto agli uomini rifugiati deriva da vari fattori: l'esposizione costante nei paesi di origine e sulla rotta migratoria alla violenza di genere in ogni sua forma (violenza esacerbata dalla difficoltà di ingresso nei paesi in cui richiedere protezione a causa delle politiche di controllo dei confini dai migranti irregolari); la difficoltà, più degli uomini, di fornire prove a supporto della propria richiesta di asilo, soprattutto se vittime di violenze o persecuzioni di genere e, quindi, riluttanti a "narrare" la propria storia¹⁹; il ruolo culturale attribuito loro dalle comunità di origine e dagli uomini di riferimento (mariti, fratelli e padri) di custodi dell'identità originaria, delle tradizioni nella cura dei figli, della casa, del cibo e della lingua, ruolo che ostacola, soprattutto per le ragazze, il loro processo di integrazione ed aumenta la dipendenza culturale ed economica.

Questa situazione, a cui si devono aggiungere percezione ed esperienze di quotidiana discriminazione o rifiuto vissute negli stessi Paesi ospitanti, rendono ancora più difficile l'accesso per le donne ai servizi, al mercato del lavoro e alla formazione nei Paesi ospitanti.

Uno studio presentato nel 2016 dal **Parlamento Europeo, Dipartimento Diritti dei cittadini e Affari costituzionali, in materia di uguaglianza di genere**, "*Female refugees and asylum seekers: the issue of integration*", ha specificamente analizzato i bisogni specifici e prioritari di cui sono portatrici le donne rifugiate e richiedenti asilo in tema di: accesso all'abitazione, formazione ed integrazione linguistica, integrazione lavorativa, tutela della salute.

Per ognuna delle aree individuate, inoltre, si sono evidenziate: le **principali sfide** da affrontare, tra cui *in primis* il coinvolgimento diretto, come strumento di primo empowerment, delle donne rifugiate e richiedenti asilo in tutte le fasi delle nuove progettazioni, programmazione, realizzazione e monitoraggio; le **buone pratiche attuate** anche in contesti extraeuropei; le **raccomandazioni** per Istituzioni ed Organizzazioni del Terzo Settore, unitamente a **riferimenti normativi e a programmi di finanziamento europei**, per progetti e misure "*gender sensitive*" in grado di rendere le donne protagoniste della loro inclusione sociale (soggetti resilienti ed attivi) e non più "*recipient*" di assistenza.

Prima di approfondire per ambito le buone pratiche è bene affermare che l'Unione Europea non ha né normativa specifica né programmi di finanziamento dedicati per l'integrazione.

Il quadro normativo di riferimento deriva da alcune fonti europee in materia di: protezione internazionale; contrasto alla discriminazione per genere e razza; misure per l'uguaglianza di genere in termini di contrasto alla violenza di genere, alla pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili e alla Tratta e Sfruttamento di esseri umani. Tra queste fonti meritano particolare menzione: la recente **Agenda Europea per la Migrazione**, in cui si rafforzano le misure di contrasto al Traffico; **le conclusioni del Consiglio europeo del 2015** sul "*Piano operativo di Genere*" nelle **Relazioni Esterne della UE**, in cui si evidenzia la necessità di proteggere uomini e donne esposti alla violenza di genere in situazioni di crisi assicurando loro assistenza sanitaria e supporto psicologico; il **Rapporto del Parlamento europeo nel 2015 sullo stato delle donne rifugiate e richiedenti asilo** in cui si richiama l'urgenza di definire linee guida "*gender sensitive*" all'interno della più vasta riforma del sistema europeo su Migrazione e Asilo.

¹⁹ EP – Directorate General for Internal Policies - Policy Department "Citizens' Rights and Constitutional Affairs" – Gender Equality Study, *Reception of female refugees and asylum seekers in the EU. Case study Germany*, A. Bonewit – R. Shreeves, 2016

Anche per i Programmi di finanziamento europeo per l'integrazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo è necessario, in assenza di un programma specifico, utilizzare al meglio ed in modo sinergico programmi trasversali, come ad esempio:

- **Fondo di Sviluppo Regionale** per azioni di promozione dell'inclusione sociale, di riduzione della povertà e di lotta alla discriminazione, con particolare riguardo ai gruppi più vulnerabili.
- **Fondo Sociale Europeo per promuovere l'uguaglianza di genere** tra uomini e donne, soprattutto per l'accesso al mercato del lavoro.
- **Programma Diritti, Uguaglianza, Cittadinanza 2014-2020** per contribuire all'ulteriore sviluppo dell'uguaglianza e dei diritti delle persone. Gli obiettivi specifici, tra gli altri, riguardano: interventi contro la discriminazione, il razzismo, la xenofobia, l'omofobia e tutte le altre forme di intolleranza, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne, prevenzione della violenza contro bambini, giovani, donne ed altri gruppi a rischio.
- **Strumento di finanziamento per la Cooperazione allo Sviluppo 2014 – 2020** che ha tra le priorità la promozione dell'uguaglianza di genere e l'*empowerment* delle donne.
- **Fondo di Aiuto Europeo per i più bisognosi**, previsto per aiutare gli Stati Membri a fornire assistenza materiale ai più poveri anche attraverso misure che rafforzino l'uguaglianza di genere.
- **Fondo Asilo, Migrazione, Integrazione** per rispondere ai bisogni dei gruppi più vulnerabili come le donne e incoraggiare politiche di genere.

Approfondiamo ora, in base a ciascun bisogno espresso dalle donne rifugiate e richiedenti asilo, le situazioni di contesto, gli indirizzi da seguire e le buone pratiche individuate.

2.1.1. Politiche di accoglienza e abitative.

Abbiamo già avuto modo di esaminare la specificità di cui sono portatrici le donne richiedenti protezione internazionale o rifugiate nei campi di accoglienza, nei paesi di partenza e di arrivo, dove le situazioni di sovraffollamento e l'assenza di spazi protetti le espongono al rischio di violenze, di sfruttamento a fini sessuali e, infine, non garantiscono un'adeguata protezione della salute, anche riproduttiva. Tali criticità si ripropongono anche nella fase successiva dell'accoglienza, soprattutto nei contesti in cui le autorità pubbliche non predispongono piani adeguati per l'accoglienza abitativa: la riluttanza frequente dei privati ad affittare gli immobili ai non cittadini costringe le donne ad abitare in contesti di sovraffollamento, spesso con molti uomini non necessariamente loro familiari, esponendole nuovamente al rischio di violenza e sfruttamento. Inoltre, spesso le donne, se sole con bambini, non dispongono di adeguati mezzi economici per sostenere l'affitto in un luogo dignitoso e finiscono per essere relegate in aree periferiche, con scarsi servizi di trasporto e lontananza da scuole e servizi socio sanitari di base. Questa "segregazione" ostacola considerevolmente qualsiasi processo di integrazione.

Gli indirizzi sono: promuovere da parte delle Istituzioni e della associazioni proposte abitative adeguate e rispondenti alle esigenze delle singole donne; promuovere campagne o eventi per informare e stimolare relazioni comunitarie di vicinato positive oltre il razzismo: assicurare un servizio di mediazione per agevolare la ricerca di casa con consigli legali sui contratti ed i rapporti che ne derivano; creare case rifugio dove prestare supporto a quelle donne che hanno subito e si sono liberate da situazioni di violenza domestica.

In tal senso, il rapporto evidenzia, tra le buone pratiche rivolte esclusivamente a donne rifugiate e richiedenti asilo:

- (USA) la Casa Rifugio per richiedenti protezione internazionale e rifugiate vittime di violenza di genere residenti a Seattle gestita dalla ONG *ReWa - Refugee Women's*

- Alliance*²⁰. L'associazione garantisce alle donne un'assistenza completa che include non solo soluzioni abitative sicure e adeguate ma anche supporto legale e psicologico.
- (FRANCIA) Associazione *SINGA*²¹ – progetto *Comme à la Maison (CALM)* facilita l'incontro, attraverso la compilazione di form specifici on line, tra i bisogni di alloggio e di integrazione delle donne richiedenti asilo e rifugiate che vivono nell'area Île-de-France e la volontà di volontari locali di ospitarle in famiglia da due settimane fino a sei mesi. Le donne sono costantemente assistite dal personale SINGA per la formazione, i corsi in lingua, e tutte le questioni legali o di salute.
 - (AUSTRIA) Associazione *Integrationshaus*²² dal 1995 garantisce a 110 donne rifugiate e richiedenti asilo che vivono a Vienna un alloggio sicuro in 38 unità residenziali con servizi in comune per massimo 2 anni. In questo periodo gli operatori dell'associazione svolgono attività di mediazione per facilitare la coabitazione, accompagnano le donne nel processo di integrazione e di alloggio nel lungo periodo, le supportano per fronteggiare problemi psico-sociali, legali e di lavoro. L'associazione gestisce anche una scuola dell'Infanzia multilingue e doposcuola per consentire alle donne di seguire un percorso formativo e di ricerca lavoro. La comunità di vicinato è spesso coinvolta nelle attività e negli eventi organizzati dall'associazione allo scopo di creare buone relazioni.

2.1.2 Formazione professionale e integrazione linguistica

Il rapporto evidenzia come la formazione linguistica e professionale rappresenti uno strumento imprescindibile per assicurare alle donne richiedenti protezione internazionale e rifugiate indipendenza e un adeguato coinvolgimento nel tessuto sociale del paese di accoglienza. Spesso, infatti, le donne straniere godono di un accesso ridotto alle opportunità formative a causa del lavoro di cura di cui spesso sono le uniche responsabili. Tuttavia, un'opportuna formazione linguistica e professionale permette di comprendere in maniera autonoma il funzionamento della società in cui si trovano a vivere, di essere indipendenti dai familiari e soprattutto dai figli che vengono spesso utilizzati come interpreti nella comunicazione con i soggetti autoctoni con cui le donne trovano a confrontarsi, di aspirare a una collocazione soddisfacente sul mercato del lavoro e, conseguentemente, all'indipendenza economica dai familiari.

La formazione linguistica e professionale, inoltre, rappresenta un ottimo strumento per veicolare le informazioni essenziali rispetto ai diritti e ai servizi di cui le donne richiedenti protezione internazionale e rifugiate potrebbero godere nel paese di accoglienza e di cui spesso non si avvalgono per mancanza di conoscenza. Anche per quanto riguarda tale ambito, il rapporto evidenzia alcune buone pratiche significative:

- (UK) *Refugee Women's Association*²³ fornisce alle donne richiedenti asilo e rifugiate le informazioni necessarie per destreggiarsi nella società britannica e accedere ai servizi a cui hanno diritto: corsi di lingua, percorsi di riqualificazione professionale, orientamento lavorativo, ecc.
- (SVIZZERA) *RECIF - Rencontres Echanges Centre Interculturel Femmes*²⁴-ha lanciato la campagna "*La Suisse...et moi!*", un corso su due semestri finalizzato a far conoscere alle donne straniere residenti nella zona di Neuchâtel e Chaux-de-Fonds gli elementi essenziali della cultura e dell'ordinamento giuridico svizzero, fornendo, inoltre, servizi di consulenza lavorativa e percorsi di riqualificazione professionale.
- (ITALIA) *S.P.R.A.R Torino - 'Centro Interculturale della Città di Torino' - SFEP (Scuola Formazione Educazione Permanente)*²⁵, hanno organizzato 36 moduli di formazione sulla cultura, la società e la lingua italiana, alla fine del corso le beneficiarie hanno conseguito la licenza media inferiore.

²⁰ <http://www.rewa.org/services/domesticviolence/>

²¹ <http://singa.fr/la-communaute/calmcomme-a-la-maison/>

²² <http://www.integrationshaus.at/de/ih/index.shtml>

²³ <http://www.refugeewomen.org.uk/edu/edum.htm>

²⁴ <http://recifne.ch/coursformation/>

²⁵ <http://www.comune.torino.it/sfep/sfep/documentazione/progetti/hopeland.shtml>

2.1.3 Accesso al Mercato del Lavoro

L'integrazione lavorativa è uno degli ambiti in cui maggiormente si concretizza la doppia discriminazione vissuta dalle donne richiedenti protezione internazionale e rifugiate. Queste, infatti, come avviene per gli stranieri in generale, subiscono un processo di dequalificazione lavorativa dovuta, da un lato, al mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle esperienze professionali pregresse all'arrivo nel paese di accoglienza a cui, spesso, si aggiunge una scarsa conoscenza della lingua e del funzionamento del mercato del lavoro; dall'altro, all'atteggiamento discriminatorio di molti datori di lavoro alla ricerca di manodopera a basso costo e vulnerabile da poter sfruttare.

Le donne richiedenti protezione internazionale e rifugiate, tuttavia, incontrano difficoltà ulteriori nel processo di integrazione nel mercato del lavoro dovute all'isolamento in cui spesso vivono, allo scarso accesso ai servizi di orientamento professionale e linguistico e alla segregazione di genere del mercato del lavoro: queste donne, infatti, vengono prevalentemente impiegate in lavori precari afferenti al settore della cura domestica e della persona e si trovano, quindi, a farsi carico del benessere non solo della propria famiglia ma anche di quella dei propri datori di lavoro. L'esempio di buona pratica riguarda una formazione professionale specifica:

- (Regno Unito) *Refugee Council*– “Just Bread Project”²⁶ formazione professionale di qualità a donne straniere residenti a Londra: alle partecipanti vengono trasmesse le conoscenze fondamentali nel campo della panetteria e della produzione locale in tale settore con visite aziendali, oltre che servizi continui di orientamento professionale e di valorizzazione delle loro esperienze lavorative pregresse.

2.1.4 Tutela della salute

E' questo l'ambito riconosciuto in cui è più urgente intervenire con misure che rendano effettiva l'integrazione delle donne rifugiate e richiedenti asilo nei sistemi dei Paesi ospitanti.

Infatti le condizioni di salute delle donne rifugiate sono spesso molto critiche sia per ragioni connesse alla specificità del target di riferimento sia per ragioni comuni alla popolazione migrante in quanto tale. Le prime derivano direttamente dall'esperienza di vita delle donne che provengono da paesi in guerra, estremamente poveri, caratterizzati da instabilità politica e mutamenti climatici: la malnutrizione, l'assenza o carenza di strutture sanitarie, le pratiche di controllo delle donne come le Mutilazioni Genitali Femminili, i traumi fisici e psichici riportati nel paese d'origine o lungo la rotta migrante hanno conseguenze gravissime sul benessere psico-fisico delle stesse. Le seconde ragioni, invece, sono comuni a tutta la popolazione migrante e riguardano: la difficoltà di accesso al sistema sanitario del Paese ospitante per difficoltà di comunicazione dovute a barriere linguistiche e culturali e a carenza di conoscenza su regole e funzionamento; l'assenza di formazione specifica degli operatori sanitari sui rifugiati, sui loro specifici bisogni e sulle loro aspettative di cura; la mancanza di fiducia da parte dei rifugiati in un sistema che non conoscono e non appartiene loro.

Le esigenze di assistenza e cura nelle donne rifugiate si concentrano prioritariamente in due aree: Salute riproduttiva, vale a dire pianificazione familiare, aborto ed assistenza post aborto, assistenza alla nascita e nel post nascita, prevenzione e gestione delle MST e dell'HIV, prevenzione e gestione della violenza di genere; Salute mentale e supporto psicologico per tutti gli eventi subiti nel percorso migratorio (disturbi post traumatici da stress).

Le donne rifugiate provengono da contesti in cui spesso non hanno accesso ad adeguati servizi di Salute riproduttiva per scarsa informazione e consapevolezza sulla propria sessualità, per la

²⁶ <http://justbreadlondon.com/>

prevalenza di comportamenti sessuali ad alto rischio, per limitato potere di decidere sulla propria vita sessuale. Tutti questi limiti subiscono un peggioramento nei casi di migrazioni forzate, la mancanza di servizi di emergenza ostetrica, lo stress, le epidemie, il maggiore rischio di violenze di genere e stupri e la mancanza di accesso alla pianificazione familiare finiscono per compromettere seriamente la Salute riproduttiva di queste donne. Per questo motivo i servizi di Salute riproduttiva devono fortemente lavorare sulla prevenzione allo scopo di potenziare la conoscenza complessiva della salute sessuale e la consapevolezza dei rischi di violenza sessuale e dei fattori di prevenzione.

Sul versante della Salute mentale e dell'assistenza psicologica per le donne rifugiate è fondamentale promuovere campagne di sensibilizzazione sull'esistenza di questi specifici problemi di salute e sull'importanza di rivolgersi a servizi di supporto specialistico. Spesso, infatti, le donne per retaggio culturale, vergogna o mancanza di informazioni sottovalutano o non sanno "nominare" diversi disturbi psicologici e, quindi, non attivano i percorsi corretti di fuoriuscita dal disagio o disturbo. Inoltre, sarebbe indicato prevedere un *counselling* dedicato alle donne dal momento dell'arrivo nel Paese ospitante e lungo tutto il processo di integrazione, in modo da poterle sostenere nei due momenti di più grande sofferenza del percorso: "il periodo della solitudine" (cioè lo spazio di tempo che va dal distacco dal proprio paese a quello dell'acquisizione di una nuova consapevolezza sulla necessità di modificare la propria visione del mondo) ed il "periodo della rielaborazione personale" in cui si razionalizza e si orienta la propria esperienza.

È necessario, dunque, considerare che l'assistenza e le politiche di integrazione rivolte a tali soggetti devono fare dell'assistenza sanitaria, specie in Salute riproduttiva e Salute mentale, un asse centrale dell'azione, tramite lo sviluppo di servizi destinati specificatamente alle donne e che tengano conto dei loro percorsi di vita, dei traumi subiti e della difficoltà che esprimono nel raccontare le loro esperienze a soggetti estranei, soprattutto se di genere maschile. In tal senso, un servizio di mediazione linguistico - culturale nell'accesso ai servizi sanitari risulta imprescindibile per permettere a queste donne di ricevere sostegno e assistenza senza l'intermediazione dei familiari.

Anche qui ritroviamo la menzione di una buona pratica:

- (Spagna) ONG ACCEM²⁷ che offre servizi di sostegno alle donne che hanno subito violenze di genere, garantendo non solo l'adeguata assistenza medica ma anche supporto psicologico e legale. Vale la pena sottolineare che l'associazione spagnola ha scelto di focalizzare il suo intervento rivolgendosi alle vittime di tratta e sfruttamento sessuale, organizzando anche campagne di sensibilizzazione su questo delicato tema destinate agli abitanti della regione in cui si colloca l'intervento, ovvero la regione Castiglia-La Mancha.

2.1.5 Violenza di genere

L'esperienza di vita delle donne rifugiate riporta spesso l'urgenza di prendersi cura delle violenze, abusi sessuali, stupri o sfruttamenti subiti. Il fenomeno non è né quantificato né qualificato a dovere perché non si dispone di dati certi su queste violenze e, spesso, le vittime sono reticenti per vergogna, paura di rappresaglie o rischio/paura di rivittimizzazione sia da parte della comunità di origine e della famiglia, sia da parte degli uffici di immigrazione che potrebbero negare lo status di rifugiato o il visto per valutazioni morali.

Si è rilevato che le donne rifugiate sono più soggette a violenze di genere di qualsiasi altra popolazione femminile nel mondo. Questa è la ragione fondamentale per cui è necessario predisporre, nelle politiche di integrazione, servizi psicologici specializzati nella gestione di questo genere di situazioni traumatiche. Nei Paesi ospitanti in cui arrivano le donne rifugiate con un progetto di permanenza di lungo periodo le Istituzioni e le organizzazioni del Terzo Settore sono tenute ad approntare servizi multisettoriali (prevenzione degli abusi, gestione delle conseguenze psico-fisiche della violenza, necessità da parte della vittima di un alloggio

²⁷ <http://www.accem.es/es/diagnosticodeteccion-atencion-e-integracionsocial-de-mujeres-victimas-de-tratayo-explotacion-sexual-en-el-p370>

sicuro, vulnerabilità economica della vittima nel lungo termine) di risposta e prevenzione della violenza di genere. In particolare prevedere: la formazione degli operatori che lavorano a stretto contatto con le donne sul tema e sulle potenziali differenze culturali di percezione dell'evento; l'utilizzazione di mediatori linguistico – culturali di sesso femminile; l'informazione alle donne e agli uomini sulla legislazione vigente nel Paese ospitante riguardo la violenza di genere, soprattutto in merito alla Salute riproduttiva; l'informazione alle donne sulle tutele e i percorsi da attivare in caso di violenza domestica.

Nel quadro della violenza di genere si colloca il più ampio e grave tema del **traffico di esseri umani** che, seppure coinvolge in numero minoritario soggetti maschili, rimane un fenomeno basato sul genere, espressione di una disuguaglianza strutturale di genere unita a una grave violazione dei diritti umani. Le condizioni di estrema vulnerabilità delle donne nei paesi di origine (estrema povertà, necessità di sostenere altri membri della famiglia, assenza di reddito e di opportunità lavorative), che le portano a divenire vittime del traffico, sono paradossalmente simili alle condizioni ritrovate nei Paesi ospitanti per effetto delle politiche migratorie restrittive (scarso accesso a lavori qualificati, stato di vulnerabilità economica con conseguente difficoltà ad ottenere un permesso di soggiorno di lungo periodo). E' prioritario in chiave di contrasto al traffico: formare gli operatori sociali e sanitari, i giudici, gli insegnanti ed altri professionisti sui criteri "gender sensitive" di identificazione delle vittime del traffico; adottare programmi per esaminare la popolazione migrante vulnerabile (incluse rifugiate e richiedenti asilo) secondo questi stessi criteri.

Un esempio di approccio multisetoriale sulla violenza di genere:

- (Belgio) *Service de Santé Mentale Ulysse*²⁸, assistenza sanitaria e supporto psicologico alle donne rifugiate e richiedenti asilo vittime di violenza di genere. Le donne seguono un percorso terapeutico di gruppo e ricevono assistenza socio – psicologica individuale.

2.2. Buone pratiche di progetti "gender sensitive" in Italia: la Cooperativa sociale Crinali per la Salute delle donne migranti.

La realtà italiana presenta su tutto il territorio nazionale esperienze associative e cooperative davvero interessanti per approcci, percorsi e modalità femminili di vivere la relazione d'aiuto con le donne rifugiate e richiedenti asilo (sostegno nei casi di violenza di genere, inclusa tratta e violenza domestica, percorsi di assistenza specifici per la Salute delle donne, progetti di formazione e alloggio per le donne migranti che si trovano al di fuori del circuito ufficiale dell'accoglienza per mancanza di requisiti formali). Storie di vicinanza e partecipazione che recentemente sono state valorizzate all'interno del nuovo movimento internazionale femminista "**Non Una di Meno**" ed è stato loro riconosciuto la giusta dimensione "politica" con la costituzione di un Tavolo di approfondimento su "*Femminismi e Migrazioni*", all'interno delle Assemblee pubbliche nazionali del movimento.

Si è ritrovato in alcune di queste associazioni una matrice comune: il loro essere aggregazioni di sole donne provenienti da tutto il mondo (interculturalità o multiculturalismo, come si preferisce), donne native e migranti che, nel rispetto delle differenze, agiscono insieme per l'applicazione dei diritti di tutte e per l'affermazione dell'autonomia e dell'autodeterminazione di tutte le donne.

E questo conferma quanto affermato precedentemente: le donne migranti, protagoniste dell'ideazione e realizzazione delle politiche di integrazione "al femminile" e non *recipient*, si ritrovano in questi luoghi di socializzazione e solidarietà e compiono il primo passo fuori dall'isolamento. Le donne che migrano, singolarmente e in gruppo, mostrano un protagonismo sociale significativo che sa mantenere legami con le radici e, allo stesso tempo, sa intrecciare

²⁸ http://fedasil.be/sites/5042.fedimbo.belgiu.m.be/files/explorer/Projets_soutenus_par_l_e_FER_en_2014.pdf

nuovi e originali relazioni nel contesto socio-culturale di vita, contribuendo a creare senso e significato all'esperienza migratoria. Le donne migranti, infatti, stanno divenendo sempre più le protagoniste del processo di stabilizzazione dei vari percorsi migratori; sono soggetti attivi, che mettono in campo capacità relazionali, progettuali e organizzative, competenze lavorative e conoscenze culturali. Esse *"inventano"* percorsi di vita, attuando di volta in volta plurali strategie di adattamento alle diverse situazioni che si trovano ad affrontare.

Si è deciso, anche per la natura di questo documento, di operare una scelta tra le diverse progettualità, riportando un solo esempio di percorso di buone pratiche: il lavoro della **Cooperativa Sociale multiculturale CRINALI** con sede a Milano. Questa realtà è apparsa *"emblematica"* per le seguenti ragioni:

- È costituita da donne professioniste native e migranti.
- Ha un'esperienza più che decennale nella costruzione e messa in rete di servizi nel campo della salute materno-infantile, in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale.
- Lavora con un metodo interdisciplinare e con team composti da professioniste diverse (ginecologhe, ostetriche, psicologhe e psicoterapeute, formatrici, mediatrici linguistico culturali) allo scopo di sollecitare le Istituzioni pubbliche a rinnovare il loro modo di assistere i nuovi utenti costituiti dalle donne immigrate e dalle loro famiglie, tenendo conto della dimensione culturale insita nei processi diagnostici e di cura.
- Riconosce come basi del proprio operare nei servizi pubblici: ***l'attenzione alla differenza culturale*** e a ***quella di genere***, viste come risorsa nella relazione terapeutica.
- Utilizza come riferimento comune per leggere e considerare le differenze culturali nel campo dell'assistenza e della cura ***l'etnopsichiatria***, con particolare attenzione al lavoro di M. Rose Moro e della sua équipe²⁹.

CRINALI a Milano è attiva dal 1999 ed in questi anni, accogliendo le richieste delle donne migranti che arrivavano ai Consultori con una domanda di presa in carico globale (non solo salute, ma anche problemi sociali e di inserimento e difficoltà dei figli minori) e le richieste degli operatori sanitari e sociali che, spesso, non avevano gli strumenti comunicativi per rispondere in modo efficace alla nuova utenza, ha realizzato diversi interventi:

- Formazione di mediatrici linguistico culturali (MLC) da inserire nei consultori familiari e nei reparti di ostetricia e ginecologia;
- Inserimento di mediatrici linguistico culturali nei consultori familiari di Milano (12 su 19) e in alcuni della provincia (ASL2) in collaborazione con l'ASL;
- Apertura di **Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini** negli ospedali milanesi San Paolo e San Carlo Borromeo con una équipe multiprofessionale (ginecologa, ostetrica, pediatra, messe a disposizione dalle aziende ospedaliere, assistente sociale, psicologa, e un gruppo di mediatrici linguistico culturali di diversa provenienza e di diverse lingue, messi a disposizione dalla Cooperativa Crinali);
- dal 2003 apertura di un **Servizio sperimentale di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie**;
- dal 2006 sperimentazione di nuove modalità di assessment con presenza fissa di mediatrici linguistico culturali in alcune UONPIA (Unità di neuropsichiatria dell'infanzia e

²⁹ Membro Associato della Società Psicoanalitica di Parigi (S.P.P.). Medico di formazione filosofica e antropologica, è psichiatra e psicoanalista di bambini e adolescenti, Professore delle Università di Parigi 13. Dirige il Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente all'Ospedale Avicenne a Bobigny (Parigi), dove è succeduta a Serge Lebovici. È consulente di Médecins sans Frontières (MSF) dal 1989, dove organizza missioni psicologiche in zone di crisi e di guerra. Dal 1987 ha sviluppato presso l'Ospedale Avicenne il Servizio di Consultazione di Psichiatria Transculturale, fondato da Lebovici, rivolto a bambini, adulti, famiglie, dove sono accolti e curati immigrati e i loro figli da ovunque provengano, in consultazioni che tengono conto delle lingue e delle rappresentazioni dei pazienti. Ha pubblicato numerosi articoli scientifici e libri.

dell'adolescenza) e CPBA (Centri di psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza) di Milano allo scopo di tenere in conto le differenze culturali e linguistiche per evitare il rischio di utilizzare come strumenti universalmente validi gli strumenti di valutazione e di diagnosi che abitualmente vengono usati nei nostri servizi per i bambini e gli adolescenti.

E' interessante approfondire l'organizzazione e l'efficacia dei **Centri di Salute e Ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini**³⁰, creati per migliorare l'accessibilità delle donne straniere, regolari e non, alle strutture pubbliche durante il loro percorso riproduttivo e per mettere gli operatori italiani in condizione di accogliere/capire con i giusti tempi e strumenti, diagnosticare e curare meglio queste pazienti.

Il Centro prevede un'équipe di operatrici con competenze diverse, che lavorano però in modo integrato; è stata fatta una scelta specifica di genere, tutte le operatrici sono donne, in quanto in molte culture altre, le donne preferiscono affidarsi per i problemi riguardanti la maternità e il corpo femminile a personale sanitario femminile. I servizi offerti: accoglienza volta all'ascolto globale incentrato sulla persona ed individuazione della domanda; servizio di mediazione linguistico culturale; visite ostetriche in gravidanza e in puerperio; ecografie di primo livello; visite ginecologiche; consulenze preconcezionali; visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194); visite pediatriche; colloqui sociali; colloqui psicologici individuali o di coppia; gruppi di preparazione alla nascita; gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili - diritto di famiglia); invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi di secondo e terzo livello dell'Ospedale e a strutture territoriali (Consultori Familiari); traduzione di moduli e fogli informativi in alcune lingue straniere.

I punti innovativi del progetto sono: l'approccio interculturale; il lavoro interdisciplinare in équipe (evento unico nella realtà ospedaliera iper - specializzata e fondata sulla relazione a due medico/paziente); la disponibilità del servizio di mediazione linguistico - culturale; la continuità dell'assistenza della donna prima e dopo il parto (essere in rete con i Consultori); la presa in carico della richiesta di assistenza globale della donna grazie alla collaborazione con la rete dei servizi territoriali. Le criticità riscontrate sono state nella difficoltà da parte degli operatori sanitari e sociali di acquisire un atteggiamento diverso, interculturale o transculturale: in questo senso ha avuto sicuramente valore la parte formativa specifica sulla clinica transculturale.

La centralità del progetto è l'**accoglienza** come aspetto fondamentale della cultura professionale dell'équipe, tutta di donne. Accoglienza nella relazione donna - operatrice significa ascolto attivo e rispetto per i punti di vista e la volontà della donna, segnati dalla sua cultura di origine. Per stabilire una relazione così connotata con una donna straniera occorre che l'operatrice sia formata ad assumere un atteggiamento di **decentramento culturale**³¹. Il decentramento è la capacità, che ogni terapeuta dovrebbe avere, di cogliere la logica intrinseca del racconto fatto dall'altro, proveniente da un paese diverso, e quindi portatore di universi simbolici e culturali differenti da quello del professionista; ciò significa partire dal presupposto che sempre l'altro ha un suo sapere, proprie rappresentazioni circa se stesso e il suo stato di salute o malattia che non solo hanno dignità e valore tanto quanto quelle del medico, ma influiscono in ogni caso sulla relazione terapeutica. Spesso, per forza di cose, il professionista non ha le conoscenze sufficienti a decodificare il significato dell'atteggiamento o delle rappresentazioni del/della propria paziente; se assume però un atteggiamento di decentramento sa che il comportamento e la parola dell'altro hanno un senso, anche se esso non è immediatamente percepibile per lui/lei, è un significato che può essere costruito insieme, nella relazione. Assumere un **atteggiamento di decentramento non significa dunque per il medico rinunciare al proprio sapere o agli atti medici che ritiene necessari, significa piuttosto accettare di negoziare la cura e le**

³⁰G.Sacchetti – M.L.Cattaneo, *Accoglienza, ascolto ed assistenza nel percorso riproduttivo delle donne straniere in ospedale - Esperienza del Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini*, "Atlante della mediazione linguistico culturale" a cura di Lorenzo Luatti, Edizioni Franco Angeli, 2006.

³¹ Nathan 1993, Moro 1998

modalità di assistenza con il/la propria paziente. Accogliere l'altro significa in questa prospettiva immergersi in un processo di **mediazione culturale per costruire relazioni terapeutiche** in cui la cultura di entrambe i partner, medico e paziente, venga rispettata. Anche il medico infatti possiede una cultura, che nei rapporti con i/le pazienti italiane rimane sullo sfondo del suo operare in quanto è condivisa. Nella relazione con pazienti immigrati invece il sentimento di inquietudine che spesso il curante prova è legato all'emergere di quadri di riferimento culturali diversi dal proprio, per esempio rispetto alla gravidanza, al parto, al concetto di salute e di malattia, questa diversità mette in discussione la neutralità del sapere medico e fa vacillare sicurezze che sembravano incrollabili, come per esempio la fiducia nella "bontà" universale dei protocolli di assistenza della gravidanza, piuttosto che in quelli di diagnosi prenatale. Per far fronte all'inquietudine che l'incontro con l'alterità provoca, una reazione possibile da parte del medico è quella di negare la diversità, di dire che tutte le pazienti per lui/per lei sono uguali, che la scientificità del sapere medico non può in nessun modo essere messa in discussione da approcci culturali diversi, ridotti spesso a superstizione, arretratezza, ignoranza. È una reazione molto diffusa fra il personale sanitario, che è speculare all'atteggiamento di rifiuto di alcuni migranti rispetto alla cultura della società di accoglienza. Quando ciascuno si arrocca sulle proprie rappresentazioni culturali, l'efficacia dell'assistenza sanitaria viene compromessa.

A partire da queste considerazioni il **Centro di Salute e Ascolto per le donne immigrate e i loro bambini** è nato, dunque, come luogo in cui **praticare in una dimensione collettiva, di équipe, un approccio di accoglienza, di decentramento culturale, di co-costruzione dell'assistenza, nella convinzione che esso sia condizione necessaria per garantirne l'efficacia.** Ciò significa per tutte le professioniste dell'équipe immergersi in un processo di formazione permanente, mirato ad acquisire le capacità necessarie a gestire la complessità e la ricchezza che caratterizza la relazione con le donne e le famiglie che provengono da altri mondi.

In ultima analisi è da sottolineare ancora una volta come in questi Centri operino solo professioniste donne, si tratta di una specifica scelta di contaminazione fertile tra la filosofia dei movimenti delle donne di questi ultimi trent'anni in Italia e nel mondo, che leggono la medicalizzazione della gravidanza e del parto come appropriazione da parte degli uomini di un terreno tradizionalmente proprio delle donne, con una svalutazione di saperi e figure femminili (per es. l'ostetrica) e l'approccio proprio delle culture tradizionali che fanno della gravidanza e del parto un terreno di appannaggio esclusivo delle donne.

Ed ecco ritornare il **concetto culturale di gender** che, è la seconda direttrice base degli interventi della cooperativa, profondamente connessa alla storia di militanza femminista e politica delle socie fondatrici. La differenza di genere, al pari di ogni altra dimensione culturale (o sociale) della malattia, ha difficoltà di ingresso nella biomedicina, e questo vale per le donne native così come per le migranti. Il quadro è poi complicato dal fatto che la diversità di genere è universalmente considerata "naturale" e non come una costruzione culturale caratterizzata nella quasi totalità delle culture da una forte dissimetria, all'interno della quale le differenze delle donne sono considerate inferiorità. E' storia di questi ultimi cinquant'anni la progressiva presa di parola delle donne di tutto il mondo sulla propria condizione, è in atto nel mondo un processo di ridefinizione dei rapporti fra i sessi e delle identità di genere maschile e femminile. Le donne che intraprendono, per svariati motivi, un'avventura di migrazione nel nostro Paese sono donne coraggiose, a volte disperate. Provengono da Paesi in cui la necessità di cambiare i rapporti di potere uomo-donna è sicuramente stata posta pubblicamente in qualche modo. **Tutte le donne immigrate incontrate dalle operatrici di CRINALI aspiravano, con modalità diversissime e assolutamente individuali, esplicitamente o implicitamente, attraverso le parole e/o i sintomi, a uno statuto di essere umano dotato di diritti e libertà; tale desiderio, nella maggior parte dei casi, è in contraddizione con i modelli tradizionali della loro cultura d'origine. La migrazione però rende più complesso, a volte drammatico, questo conflitto e più difficile la sua elaborazione.** Da un lato, infatti, il Paese ospitante propone alle donne modelli d'identificazione più consoni alle loro aspirazioni di

uguaglianza e libertà; d'altra parte mettere in discussione in terra straniera la propria cultura in modo così profondo, su questioni così importanti, che costituiscono le fondamenta occultate delle organizzazioni sociali, come il rapporto di potere tra uomini e donne, la propria identità di madre e donna, il modello di famiglia, può prendere il sapore del tradimento in favore della cultura del Paese d'accoglienza, e suscitare sensi di colpa e ansietà, soprattutto in momenti di così grande vulnerabilità per tutte le donne come quelle legate ai processi riproduttivi. La critica ai principi della tradizione può tradursi in opportunità nuove, ma può comportare molta sofferenza a livello della propria organizzazione psichica.

Occorre tener conto della **specificità dell'esperienza delle donne migranti nella presa in carico terapeutica** rispettando la pluralità delle scelte di ciascuna, aiutando le donne a scampare all'alternativa mortifera fra l'essere fedeli alla propria cultura e subalterne, o emancipate ma occidentalizzate e traditrici.

CONCLUSIONI

Il lavoro di ricerca ha evidenziato come il *genere e la sua discriminazione* sia la chiave di lettura da utilizzare per poter *riconoscere* le esperienze di dolore di una delle parti più vulnerabili della popolazione rifugiata.

Comprendere ed assumere consapevolezza di questo porta ad agire attraverso azioni di advocacy sulle Istituzioni e i diversi attori internazionali e nazionali per la definizione ed attuazione di politiche di accoglienza e integrazione al femminile, in risposta alla specificità dei bisogni espressi dalle donne rifugiate e richiedenti asilo.

Alcune realtà del Terzo Settore hanno agito in questi anni, anche in Italia, con questa consapevolezza, proponendo percorsi e modalità femminili di vivere la relazione d'aiuto con le donne rifugiate e richiedenti asilo nel sostegno nei casi di violenza di genere, inclusa tratta e violenza domestica, così come nei percorsi di assistenza specifici per la Salute delle donne. Spesso questa consapevolezza è derivata da una specifica storia politica di attivismo e movimenti femministi, altre volte è nata grazie all'interculturalità di alcune associazioni: aggregazioni di sole donne provenienti da tutto il mondo, donne native e migranti che, nel rispetto delle differenze, agiscono insieme per l'applicazione dei diritti di tutte e per l'affermazione dell'autonomia e dell'autodeterminazione di tutte le donne.

Il caso emblematico che è riportato a chiusura del lavoro, **l'esperienza di CRINALI**, cooperativa sociale multiculturale a Milano, **per la Salute delle donne migranti** testimonia come l'efficacia dei servizi socio sanitari per le donne migranti è fortemente connessa **all'attenzione riconosciuta alla differenza culturale e a quella di genere** (intesa come costruzione culturale caratterizzata nella quasi totalità delle culture da una forte dissimetria, all'interno della quale le differenze delle donne sono considerate inferiorità.).

Il ruolo centrale nella metodologia e nei processi attivati dalle professioniste di CRINALI è svolto dall'accoglienza e, specificamente, dall'accoglienza tra pari. Si ascolta in modo attivo la donna migrante e la si riconosce con rispetto portatrice di universi simbolici e culturali differenti circa se stessa e il proprio stato di salute o malattia, rappresentazioni che non solo hanno dignità e valore tanto quanto quelle di chi ascolta, ma influiscono in ogni caso sulla relazione terapeutica.

L'assistenza richiesta dalla donna migrante viene, quindi, co – costruita con la professionista che ascolta ed accetta **di negoziare la cura e le modalità di assistenza con il/la propria paziente**. Accogliere l'altro significa in questa prospettiva immergersi in un processo di **mediazione culturale per costruire relazioni terapeutiche** in cui la cultura di entrambi i partner, medico e paziente, venga rispettata. Ciò significa per tutte le professioniste dell'équipe interdisciplinare della cooperativa immergersi in un processo di formazione permanente, mirato ad acquisire le capacità necessarie a gestire la complessità e la ricchezza che caratterizza la relazione con le donne che provengono da altri mondi.

Accoglienza attraverso il decentramento culturale potrebbe essere lo strumento utile per realizzare Piani sanitari efficaci per la Salute delle donne migranti, incluse campagne di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili o di riduzione dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza.

BIBLIOGRAFIA

Internazionale, *Welcome to Italy*, reportage di S. Liberti, maggio 2016, www.internazionale.it/storia/welcome-to-italy

Quaderni del SaMIFo/1, *Donne migranti*, Associazione Centro Astalli, 2016

UNFPA, lo Stato della popolazione nel mondo 2015, *AL RIPARO DALLA TEMPESTA - Un'agenda innovativa per donne e ragazze, in un mondo in continua emergenza*, 2015

UNHCR – UNFPA – WCR, *INITIAL ASSESSMENT REPORT: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis. Greece and the former Yugoslav Republic of Macedonia*, novembre 2015

CARITAS e MIGRANTES, *XXV Rapporto Immigrazione 2015 – La Cultura dell'Incontro*, TAU Editrice Srl, giugno 2016

European Parliament – Directorate-General for Internal Policies – Policy Department "Citizens' Rights and Constitutional Affairs" – Gender Equality Study "*Female Refugees and Asylum seekers: the issue of integration*", Silvia Sansonetti, 2016

N.Bonora, *Donne migranti, protagoniste attive nei processi di trasformazione*, Ricerche di Pedagogia e Didattica (2011), 6, 1 – Pedagogia di Genere

Lunaria, *Accoglienza. La propaganda e le proteste del rifiuto, le scelte istituzionali sbagliate*, Focus n.1/2017, marzo 2017

Caritas Italiana, *Vasi Comunicanti - Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia (e alle porte dell'Europa)*, 2016

Centro Studi e Ricerche IDOS, *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, Ed. Idos, 2016

EuropAsilo – Rete nazionale per il diritto d'asilo, *L'ACCOGLIENZA CHE FA COMUNITÀ - Sistemi di accoglienza e di welfare – Riflessioni e sperimentazioni a confronto in Italia e in Europa*, Seminario residenziale - Brescia 8-10 settembre 2016

Garante Nazionale dei Diritti delle Persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2017*, Marchesi Grafiche Editoriali S.p.A

Senato della Repubblica – Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani, *Rapporto sui Centri di Identificazione ed Espulsione in Italia*, gennaio 2017

Camera dei Deputati, Atti parlamentari, Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Sistema di Accoglienza e di Identificazione ed Espulsione, nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate, *Relazione Commissione*, maggio 2016

Caritas Italiana, *ALGERIA|PURGATORIO DIMENTICATO Fra i drammi e i sogni dei migranti che fuggono*, Dossier n. 23, febbraio 2017

M.G. Peron, *Migrazioni, Genere, Accoglienza - Mentor di comunità e buone pratiche contro la violenza*, Ed. CLEUP, aprile 2013

Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, *Violenza sessuale e di genere nei confronti di rifugiati, rimpatriati e sfollati interni – Linee Guida per la Prevenzione e la Risposta*, Maggio 2003

P. Degani e C. Pividori, *TEMVI – Trafficked and exploited minors between vulnerability and illegality, forced criminal activities as a new form of exploitation in human trafficking: knowledgde and human rights based practices through pilot research anf multi-agency and prototype-procedures*, Rapporto finale ITALIA, 2013

OIM- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, *Rapporto sulle vittime di tratta nell'ambito dei flussi migratori misti in arrivo via mare aprile 2014 - ottobre 2015*, 2016

Save The Children Italia Onlus, *Piccoli schiavi invisibili – Le giovani vittime di Tratta e sfruttamento*, 2015

Consiglio dei Ministri, *Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento 2016-2018*, 26 febbraio 2016

Consiglio Europeo, G R E T A Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings, *Report on Italy under Rule 7 of the Rules of Procedure for evaluating implementation of the Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings*, 30 gennaio 2017

Caritas Francia, *IL TRAFFICO DI ESSERI UMANI IN CONTESTI BELLICI E POST BELLICI I moderni schiavi della guerra*, 2016

Cooperativa sociale Be Free, *Inter/Rotte: storie di tratta, percorsi di resistenze*, maggio 2016

M.L.Cattaneo, *Una rete di servizi sperimentali per le donne migranti e loro famiglie ispirati alla clinica transculturale*, Crinali, <http://www.crinali.org/articoli/>

I. Finzi, *L'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne straniere come sintomo di un disagio migratorio: una modalità di accompagnamento transculturale*, Crinali, <http://www.crinali.org/articoli/>

V.Bianchi – I.Finzi – C. Pallavicini, *Gruppi di donne in ospedale dopo l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza: un'esperienza transculturale*, Crinali, <http://www.crinali.org/articoli/>

S. dal Verme – C. Perez, *Gruppi transculturali di accompagnamento alla nascita*, Crinali, <http://www.crinali.org/articoli/>

Women's Refugee Commission, *Annual Report 2014*, <https://www.womensrefugeecommission.org/about/annual-reports/1239-2014-annual-report>

Plan International, *The state of the world's girls 2013: Adolescent girls and disasters*, 2013 <https://plan-international.org/publications/state-worlds-girls-2013-adolescent-girls-and-disasters>,

World Vision UK, *Every Child Free from Fear, Annual Report 2013*, http://cdn.worldvision.org.uk/files/3813/9334/2017/Annual_Report_2013.pdf

IRC - International Rescue Committee, *Annual report 2015*, <http://feature.rescue.org/annual-report-2015/>

Human Security Report Project, *Report 2012*, <http://www.hsrgroup.org/human-security-reports/2012/overview.aspx>

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees; *Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group*, Jordan, 2014

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees, *A Year of crisis – Global Trends*, 2011

La Repubblica, *Migranti, Manconi e Tocci: "No alla fiducia sul dl Minniti-Orlando"*, 28 marzo 2017, http://www.repubblica.it/politica/2017/03/28/news/migranti_manconi_tocci_pd_no_fiducia_de_creto-161649893/

- Medu – Medici per i Diritti Umani, *Rapporto sulle condizioni di accoglienza Cara di Mineo*, 2015
- Accogliere: la vera emergenza. Rapporto di monitoraggio su accoglienza, detenzione amministrativa e rimpatri forzati*, Yasmine Accardo e Gabriella Guido (2016)
- EP – Directorate General for Internal Policies - Policy Department "Citizens' Rights and Constitutional Affairs" – Gender Equality Study, *Reception of female refugees and asylum seekers in the EU. Case study Germany*, A. Bonewit – R. Shreeves, 2016
- ReWa – Refugee Women's Alliance, <http://www.rewa.org/services/domesticviolence/>
- Associazione SINGA, <http://singa.fr/la-communaute/calmcomme-a-la-maison/>
- Associazione Integrationshaus, <http://www.integrationshaus.at/de/ih/index.shtml>
- Refugee Women's Association, <http://www.refugeewomen.org.uk/edu/edum.htm>
- RECIF – Rencontres Echanges Centre Interculturel Femmes, <http://recifne.ch/coursformation/>
- S.P.R.A.R. Torino <http://www.comune.torino.it/sfep/sfep/documentazione/progetti/hopeland.shtml>
- Service de Santé Mentale Ulysse, http://fedasil.be/sites/5042.fedimbo.belgium.be/files/explorer/Projets_soutenus_par_le_FER_en_2014.pdf
- Refugee Council – "Just Bread Project", <http://justbreadlondon.com/>
- ONG ACCEM, <http://www.accem.es/es/diagnosticodeteccion-atencion-e-integracionsocial-de-mujeres-victimas-de-tratayo-explotacion-sexual-en-el-p37>
- G.Sacchetti – M.L.Cattaneo, *Accoglienza, ascolto ed assistenza nel percorso riproduttivo delle donne straniere in ospedale - Esperienza del Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini*, "Atlante della mediazione linguistico culturale" a cura di Lorenzo Luatti, Edizioni Franco Angeli, 2006.
- Non Una Di Meno – Assemblea Nazionale Bologna, *Report del Tavolo Femminismi e Migrazioni*, febbraio 2017, <https://nonunadimeno.wordpress.com/2017/02/15/report-del-tavolo-femminismi-e-migrazioni-assemblea-nazionale-4-5-febbraio-a-bologna/>
- G.Colotti su "il manifesto", *Donne migranti in prima linea contro la violenza patriarcale*, 8 marzo 2017, <https://ilmanifesto.it/donne-migranti-in-prima-linea-contro-la-violenza-patriarcale/>
- Associazione Diritti e Frontiere – ADIF, <http://www.a-dif.org/>
- Progetto Melting Pot Europa - Per la promozione dei diritti di cittadinanza, <http://www.meltingpot.org/>
- InGenere, Migrazioni in corso –Dossier, dicembre 2016, <http://www.ingenere.it/dossier/migrazioni-corso>
- Crinali – Cooperativa Sociale Onlus Milano , <http://www.crinali.org/>
- Be Free – Cooperativa Sociale Onlus Roma, <http://www.befreecooperativa.org/wordpress/>
- Trame di Terra – Associazione di Promozione Sociale Onlus Imola (BO), <http://www.tramaditerre.org/>