



Welens

EDUCATIONAL
PRACTICES THROUGH
A GENDER LENS

SEXUAL EXPLOITATION & VIOLENCE TOOLKIT

MODULO 3

Dipendenza, Salute e Cura



Cofinanziato
dall'Unione europea

Progetto numero 2023-1-FR01-KA220-ADU-000165625

INDICE

1. Introduzione	8
2. Funzioni cerebrali: una prospettiva neurologica.....	11
3. Trauma	19
4. Fattori di rischio	25
5. Fattori protettivi.....	34
6. Supporto alle vittime e alle figure professionali	37
7. Quadro giuridico.....	46

Nelle versioni inglese, spagnola, estone, russa e francese del presente Toolkit viene proposta una visione della prostituzione priva di agentività e dannosa in ogni sua forma, quella italiana e quella greca, invece, sono state sviluppate tenendo conto del dibattito in corso riguardo alla prostituzione, al sex work e allo sfruttamento sessuale e riflettono meglio la posizione del CESIE ETS e del gruppo di ricerca del Center for Security Studies, nonché quella proposta nel sistema legislativo greco.

Nello specifico, nei toolkit greco e italiano viene adoperata sempre l'espressione "sfruttamento sessuale nella prostituzione" per descrivere una forma di violenza sessuale che si verifica nel momento in cui un individuo sfrutta e approfitta, in maniera non consensuale e dannosa, del corpo di un altro soggetto a fini sessuali allo scopo di trarne un guadagno.

Entrambe le organizzazioni riconoscono l'importanza di operare una distinzione tra quanto descritto qui sopra e il lavoro sessuale o sex work inteso come uno scambio di servizi e prestazioni sessuali tra persone adulte consenzienti, in cambio di denaro, beni o un compenso. Tale scambio può assumere molte forme differenti e varia all'interno dei vari contesti culturali, ma non può prescindere dall'agentività dei soggetti coinvolti. Pertanto, la parola "prostituzione", benché riconosciuta e utilizzata in ambito giuridico, non sarà utilizzata, poiché di tratta di un termine ombrello che non tiene conto delle suddette sfumature.



GLOSSARIO

0. GLOSSARIO

Reazione di attacco o fuga

Reazione automatica di sopravvivenza innescata dal pericolo. Il corpo viene inondato di ormoni dello stress (ad esempio adrenalina, cortisolo), che accelerano la frequenza cardiaca, affinano la concentrazione e preparano i muscoli a combattere, correre o rimanere immobili.

Carico cognitivo

Quantità di memoria di lavoro utilizzata quando apprendiamo, pensiamo o risolviamo problemi. Un carico elevato (quando i compiti sono troppo complessi) può ridurre la capacità di elaborare le informazioni in modo efficace.

Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)

Condizione di salute mentale che può svilupparsi dopo l'esposizione a un evento traumatico. I sintomi includono flashback, incubi, evitamento di ricordi del trauma, ipervigilanza e cambiamenti di umore.

Trauma complesso

Trauma derivante da eventi ripetuti o prolungati, solitamente durante l'infanzia o nelle relazioni intime. Spesso porta a difficoltà di autoregolazione, identità e relazioni e può includere sintomi che vanno oltre il tipico PTSD.

Dissociazione

Processo mentale in cui una persona si disconnette dalla realtà o da sentimenti, ricordi, identità o consapevolezza. Può variare da una lieve tendenza a sognare ad occhi aperti a un grave distacco nei disturbi dissociativi legati al trauma.

Burnout

Stato di esaurimento emotivo e fisico legato al lavoro causato da stress prolungato. Comprende sentimenti di cinismo, riduzione dell'efficacia e affaticamento. Non è classificato come disturbo medico, ma come fenomeno occupazionale.

Meccanismi di coping

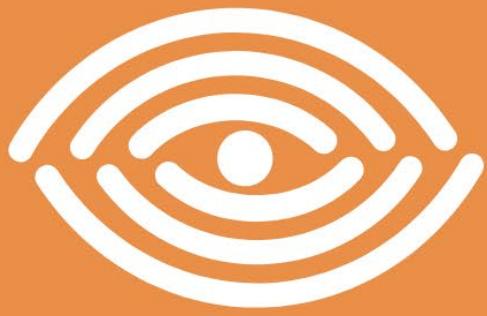
Metodi che le persone utilizzano, consciamente o inconsciamente, per gestire lo stress o i traumi. Possono essere positivi (come parlare o fare esercizio fisico) o negativi (come l'evitamento o l'uso di sostanze).

Assistenza informata sul trauma

Approccio nei servizi e nelle organizzazioni basato sulla domanda "Cosa ti è successo?" piuttosto che "Cosa c'è che non va in te?". Riconosce l'impatto del trauma e mira a evitare una nuova traumatizzazione.

Esperienze infantili avverse (ACE)

Eventi potenzialmente traumatici durante l'infanzia, come abusi, negligenza o disfunzioni familiari. Un numero elevato di ACE è collegato a una cattiva salute mentale e fisica per tutta la vita.



INTRODUZIONE

1. Introduzione

Dopo aver affrontato i temi della violenza di genere e lo sfruttamento sessuale nei moduli precedenti, il terzo modulo tratta un'area profondamente interconnessa: salute, assistenza e dipendenza. Le esperienze traumatiche, spesso radicate nella violenza sistematica e nell'emarginazione, lasciano segni indelebili sia nella mente che nel corpo, influenzando il percorso di vita e l'accesso ai servizi di assistenza.

Il modulo si apre con la presentazione di una prospettiva neurologica per spiegare i meccanismi cerebrali coinvolti nello stress, nella memoria e nella dipendenza e fornire una base scientifica per il lavoro di assistenza e sostegno. In seguito, viene esplorato il concetto di trauma e i suoi effetti sul cervello, sulle emozioni e sul comportamento, con particolare attenzione al legame tra trauma, violenza e uso di sostanze.

Particolare attenzione è riservata ai fattori di rischio e di protezione, analizzati a più livelli (individuale, familiare, comunitario e sistematico), insieme all'influenza dei media, alle dinamiche intersezionali e alle barriere che ostacolano l'accesso all'assistenza.

Una sezione centrale è dedicata agli strumenti e alle tecniche pratiche per sostenere le vittime di traumi, nonché al benessere delle e dei professionisti coinvolti. In particolare, il modulo affronta in modo chiaro e dettagliato i diversi rischi legati alla professione di operatrice/operatore sanitario, come l'eccessivo carico emotivo, il burnout e la necessità di prendersi cura di sé.

Il modulo si conclude con una panoramica dei quadri giuridici pertinenti, offrendo una guida sugli standard internazionali e regionali e delineando i percorsi legali per sostenere le donne vittime di violenza di genere che affrontano anche problemi di salute mentale e/o dipendenza.

L'obiettivo generale è quello di fornire conoscenze integrate e strumenti

pratici che favoriscano percorsi di cura efficaci, informati e comprensivi, che rispettino la complessità di vite segnate dalla sofferenza e dall'esclusione.



FUNZIONI CEREBRALI: UNA PROSPETTIVA NEUROLOGICA

2. Funzioni cerebrali: una prospettiva neurologica

2.1. *The Hand Model of the Brain: il cervello come una mano*

Per comprendere meglio il modo in cui il cervello risponde al trauma, allo stress e alla dipendenza, è utile introdurre il modello *The Hand Model of the Brain*, sviluppato dal dottor Daniel Siegel. Questo strumento visivo, semplice ma potente, aiuta a spiegare le funzioni delle principali regioni del cervello e il modo in cui queste interagiscono durante i momenti di regolazione o disregolazione emotiva.

Utilizzando la mano come metafora, il modello illustra il modo in cui il cervello elabora le esperienze stressanti o traumatiche e mostra cosa succede quando "perdiamo il controllo", ovvero quando le aree cerebrali responsabili del pensiero e dell'autoregolazione si disconnettano temporaneamente di fronte a una minaccia o a un trauma.

2.2. Mappa cerebrale

Facciamo un gioco: indossa un guanto sulla mano non dominante e usalo come mappa simbolica del cervello.

Al centro del palmo, scrivi: "**cervello rettiliano**".



Questa zona si trova alla base del cranio, proprio dove il cervello si collega al midollo spinale. È responsabile delle funzioni automatiche di sopravvivenza, tra cui frequenza cardiaca, respirazione e temperatura corporea, senso dell'equilibrio e orientamento nello spazio, regolazione dei bisogni biologici fondamentali, come la fame, il desiderio sessuale, il sonno e la veglia.

Piega il pollice sul palmo della mano e scrivi: "**area limbica**".



Pensa all'area limbica come a una sorta di "quartier generale emotivo", che comprende:

- L'**amigdala**, che analizza rapidamente l'ambiente circostante alla ricerca di pericoli o sicurezza, chiedendosi: "*È una cosa positiva o negativa?*".
- L'**ippocampo**, che aiuta a codificare e recuperare i **ricordi**, in particolare quelli legati a eventi emotivamente significativi.

Questo sistema ci permette di avvicinarci a ciò che ci fa sentire bene o al sicuro e ad allontanarci da ciò che ci sembra minaccioso o doloroso. Quando una situazione viene percepita come pericolosa o opprimente, l'amigdala attiva la risposta allo stress del corpo, una reazione a catena che può portare a comportamenti di lotta, fuga o paralisi.

È importante sottolineare che la connessione tra il tronco cerebrale (cervello rettiliano) e il sistema limbico fa sì che le esperienze emotive possano innescare rapidamente risposte istintive di sopravvivenza, anche prima che il cervello pensante abbia il tempo di elaborarle.

Ora, piega le quattro dita sul pollice per formare un pugno delicato. Sul dorso delle dita, scrivi: "**corteccia**".



Quest'area ci permette di riconoscere la nostra esperienza fisica, generare le percezioni del mondo esterno attraverso i cinque sensi e tenere traccia della posizione e del movimento del nostro corpo attraverso il tatto e la percezione del movimento. Dalla neocorteccia pianifichiamo anche le azioni motorie e controlliamo i muscoli volontari.

Per completare il modello, soffermati sulle punte delle **dita**, in particolare quelle del **medio e dell'indice**. Queste rappresentano la **corteccia prefrontale**, spesso abbreviata in **PFC**. Per contrassegnare quest'area, puoi scrivere "PFC" all'altezza delle unghie.



La **corteccia prefrontale** è una delle parti del cervello che si è evoluta più di recente ed è considerata **esclusivamente umana** nel suo livello di sviluppo. Svolge un ruolo cruciale nella capacità di fissare obiettivi, concentrare l'attenzione, gestire gli impulsi e prendere decisioni ponderate. Questa regione riceve informazioni da molte altre parti del cervello, le elabora e aiuta ad adattare il proprio comportamento alle situazioni mutevoli.

La PFC è responsabile di un'ampia gamma di **funzioni esecutive**, tra cui: mantenere la concentrazione e la motivazione, anticipare le conseguenze e pianificare di conseguenza, esercitare il controllo degli impulsi, gestire le reazioni emotive, adattare il comportamento in base alle condizioni mutevoli e, soprattutto, fare una pausa prima di agire, per lasciare spazio all'intuizione, all'empatia e alla scelta consapevole.

Prenditi un momento per osservare quanto segue: quando la tua mano è chiusa a pugno, le punte delle dita centrali (PFC) poggianno direttamente sul pollice (sistema limbico) e toccano il palmo (tronco cerebrale), pur essendo parte della corteccia più ampia. Questo contatto fisico è più che simbolico: la corteccia prefrontale è una struttura profondamente integrativa che riunisce segnali provenienti da:

- **Cervello rettiliano** (risposte automatiche di sopravvivenza).
- **Sistema limbico** (valutazione emotiva e memoria).
- **Corteccia** (elaborazione sensoriale e azioni volontarie).

2.3. Cervello e stress

Cosa succede quando ci troviamo in uno stato di stress?



Se ci troviamo in uno stato di stress, significa che abbiamo percepito un suono, un'immagine o una sensazione corporea come una minaccia alla nostra identità (fisica, professionale, personale o culturale) e il nostro cervello ha attivato la risposta allo stress del corpo per prepararci a combattere, fuggire o immobilizzarci. La corteccia prefrontale si spegne e

non è più in sintonia con il resto del cervello. Solleva le quattro dita e allungale verso l'alto; tieni il pollice piegato sul palmo della mano. Questo movimento fisico rappresenta un potente cambiamento neurale: non hai più accesso a tutte le competenze più elevate.

Possiamo definire queste reazioni fisiologiche come un "**ribaltamento**": il cervello rettiliano e l'area limbica prendono il sopravvento sul pensiero analitico ed empatico.

ATTENZIONE!

In quel momento, non sei in condizioni fisiologiche tali da poter prendere qualsiasi tipo di decisione o entrare in contatto con un'altra persona, quindi è opportuno evitare di dire o fare qualcosa di cui potresti pentirti. Concentrati invece sul calmare il sistema nervoso e ritrovare il tuo equilibrio. Utilizza tecniche come la respirazione lenta, la consapevolezza sensoriale o il contatto con una persona di fiducia. L'obiettivo è riportare in funzione la **corteccia frontale** (per usare la metafora della mano, devi ripiegare delicatamente le dita sul pollice per ripristinare l'intero sistema). Solo allora potrai tornare a pensare con chiarezza, provare profonda empatia e rispondere con saggezza.

2.4. Cervello e ricordi

La memoria non è un'entità singola, ma un insieme dinamico di sistemi che lavorano insieme per permetterci di conservare informazioni, fare scelte, provare emozioni, immaginare e persino sapere chi siamo.

Utilizzando il **modello della mano**, possiamo comprendere come questi sistemi sono distribuiti nel cervello:

- **Cervello rettiliano** (il palmo della mano): **memoria procedurale** e riflessi corporei. È qui che risiedono la memoria motoria, procedurale e corporea. È la memoria del corpo (come andare in bicicletta, prendere una palla, mantenere l'equilibrio). Questi ricordi non sono consci, ma automatizzati, profondamente radicati e resistenti

all'oblio. Questa memoria non passa attraverso il linguaggio, ma attraverso l'azione.

- **Cervello emotivo** (il pollice si piega verso il palmo): **memoria emotiva**. Questo è il nucleo emotivo della memoria, dove l'amigdala valuta se qualcosa è pericoloso o piacevole. L'ippocampo registra i ricordi con un timbro temporale: *dove? Quando? Con chi?* Queste strutture creano potenti ricordi emotivi: l'odore del mare in una giornata estiva durante l'infanzia, la paura provata in un incidente o la gioia di una festa di compleanno a sorpresa.
- **Corteccia** (quattro dita piegate sul palmo): **memoria dichiarativa (esplicita)**. Questa è la memoria che possiamo verbalizzare. Si divide in due categorie principali:
 - Memoria episodica: registra **eventi vissuti personalmente** (ad esempio, *"Ricordo il mio primo giorno di scuola"*).
 - Memoria semantica: contiene **conoscenze generali**, come fatti, concetti e vocabolario (*"Parigi è la capitale della Francia"*).

Questi due tipi di memoria interagiscono costantemente e possono arricchirsi a vicenda.

- **Corteccia frontale (PFC)** (unghie): qui troviamo la **memoria di lavoro**, spesso paragonata a una lavagna temporanea. Ci permette di conservare le informazioni nella mente per un breve periodo di tempo e di manipolarle (ad esempio, fare calcoli mentali). Senza di essa, non saremmo in grado di seguire una conversazione, fare una lista della spesa o pensare ad alta voce. Questa memoria è **molto fragile**: lo stress, la stanchezza o le distrazioni sono sufficienti a sovraccaricarla.

2.5. Cervello e circuito di compensazione

Per comprendere meglio i meccanismi della motivazione e della dipendenza, è essenziale esaminare il sistema di ricompensa del cervello,

in particolare il circuito di ricompensa della **dopamina**, spesso definita la "molecola del piacere". È collegata all'anticipazione, alla motivazione, alla ricerca di ricompense e al desiderio di ripetere un'azione che ci ha stimolato. In altre parole, è la voce interiore del cervello che dice: "Oh sì, *fallo di nuovo, è importante!*".

Al centro del cervello, una piccola area chiamata area tegmentale ventrale (VTA) rilascia dopamina ogni volta che uno stimolo viene percepito come piacevole o promettente (mangiare cioccolato, guardare un video, ricevere una notifica, vincere qualcosa, portare a termine un compito). Questo sistema è un motore di sopravvivenza: ci spinge a ripetere ciò che abbiamo trovato buono, utile o rassicurante. Tuttavia, c'è un inconveniente: quando questo circuito è sovraccarico di dopamina, a causa di stimoli frequenti o intensi (sostanze, schermi, social media, iperprestazioni, pornografia, ecc.), il cervello si adatta.

In questo modo, entra in modalità risparmio energetico: "*Troppa dopamina. Riduciamo la sensibilità dei recettori per evitare la saturazione*". Questo meccanismo è noto come "circuito di compensazione". Il risultato: il piacere diventa meno intenso, richiede più stimoli per ottenere lo stesso effetto, le cose semplici diventano noiose e il bisogno o il desiderio compulsivo aumenta. Questo può portare a una spirale di dipendenza.



TRAUMA

3. Trauma

Un trauma psicologico si verifica quando un individuo è esposto a un evento, o a una serie di eventi, che travolge la sua capacità di affrontare e integrare l'esperienza. Judith Herman (1992) definisce il trauma come "una rottura nelle relazioni fondamentali tra il sé e il mondo", che può derivare da violenza fisica, sessuale o emotiva, ma anche da esperienze croniche e strutturali di oppressione. Il trauma può essere:

- Acuto: correlato a un singolo evento.
- Cronico: prolungato e ripetuto nel tempo.
- Complesso: spesso legato alle relazioni interpersonali e ad ambienti violenti o abusivi, come quelli familiari o istituzionali.

Anche se i sintomi di un'esperienza traumatica possono variare, spesso includono:

- Sintomi intrusivi: flashback, incubi, pensieri intrusivi.
- Evitamento: rifiuto di parlare dell'evento o evitamento di luoghi e persone ad esso associati.
- Alterazioni cognitive e dell'umore: senso di colpa, vergogna, insensibilità emotiva, anedonia.
- Iperattivazione: ipervigilanza, irritabilità, disturbi del sonno, reazioni di sorpresa esagerate (American Psychiatric Association, 2013).

Queste manifestazioni sono direttamente collegate al funzionamento neurobiologico del corpo in risposta alla minaccia.

3.1. La risposta del cervello allo stress e al trauma: la finestra di tolleranza

La finestra di tolleranza, un concetto sviluppato da Daniel Siegel (1999), è un quadro di riferimento fondamentale per comprendere come le persone reagiscono al trauma. Si riferisce al range ottimale di eccitazione in cui una persona può provare, elaborare e regolare le emozioni senza sentirsi sopraffatta. All'interno di questa finestra, una persona può rimanere presente, riflettere e mantenere la regolazione emotiva. Quando qualcuno subisce un trauma, specialmente cronico o interpersonale, la finestra si restringe: il corpo inizia a percepire come minacciosi anche gli stimoli ordinari, innescando risposte di sopravvivenza automatiche e irrazionali.

Le reazioni al trauma possono essere:

- Iperattivazione (al di sopra della finestra): la persona entra in uno stato di allerta costante (ad esempio, ansia, panico, rabbia esplosiva), dominato dal sistema nervoso simpatico. È come avere una "nebbia nera" nella mente in cui ogni stimolo è percepito come pericoloso.
- Ipoattivazione (al di sotto della finestra): il sistema parasimpatico prende il sopravvento, portando a sintomi quali paralisi, intorpidimento, dissociazione, sensazione di vuoto, depressione o disconnessione dal corpo.

Esempi pratici:

- Una vittima di violenza domestica può avere un attacco di panico semplicemente sentendo il rumore di una porta che sbatte: iperattivazione.
- Una vittima di violenza sessuale potrebbe "chiudersi" emotivamente durante una visita medica di routine o un contatto fisico non sessuale: ipoattivazione.

Queste reazioni non sono "esagerate" o "irrazionali"; sono risposte di sopravvivenza apprese biologicamente. Purtroppo, in contesti sociali e istituzionali, tali comportamenti sono spesso fraintesi e puniti: gli individui vengono etichettati come aggressivi, instabili o apatici, invece di essere riconosciuti come "esistenti" al di fuori della loro finestra di tolleranza. Per ampliare e stabilizzare la finestra, è necessaria un'assistenza informata sul trauma, che si concentri sulla sicurezza, sulla regolazione emotiva e sull'autonomia personale.

3.2. Impatto del trauma e vulnerabilità

Il trauma non colpisce tutte le persone allo stesso modo; la sua incidenza e il suo impatto sono amplificati da fattori sociali, culturali, economici e politici. Gli individui che già vivono in condizioni di emarginazione (ad esempio, donne, persone LGBTQIA+, migranti, persone con disabilità, comunità razzializzate e persone che vivono in povertà) sono più esposti a traumi ripetuti e spesso non hanno accesso a sistemi di sostegno efficaci.

In questo senso, il trauma è intersezionale (Crenshaw, 1991): non è solo generato da eventi individuali, ma è anche radicato nei sistemi di potere e discriminazione. Lo studio Adverse Childhood Experiences (ACE) (Felitti et al., 1998) ha riscontrato una forte correlazione tra esperienze traumatiche precoci, come abusi, abbandono, violenza domestica e povertà, e una vasta gamma di problemi di salute negli adulti, tra cui depressione, disturbi d'ansia, dipendenze, problemi cardiovascolari, obesità e comportamenti a rischio.

Lo studio ha anche mostrato un effetto "dose-risposta": più esperienze traumatiche ha una persona, maggiore è il rischio di malattia e disagio psicologico. Il trauma, quindi, ha un impatto sistematico e duraturo, che può essere trasmesso di generazione in generazione e richiede approcci di cura integrati, sensibili alle differenze culturali e non patologizzanti.

3.3. Traumi, violenza e dipendenza

Il legame tra trauma e dipendenza è profondo, circolare e spesso trascurato. Le persone sopravvissute a traumi complessi, in particolare a violenze ripetute e relazionali, possono sviluppare strategie di sopravvivenza che comportano l'uso di sostanze o comportamenti compulsivi (ad esempio, alcol, droghe, autolesionismo, cibo, gioco d'azzardo e sesso). Queste strategie non dovrebbero essere viste come "scelte sbagliate", ma piuttosto come tentativi di autogestire il dolore fisico e psicologico (Najavits, 2002).

Esempi:

- Una donna che ha subito abusi sessuali durante l'infanzia può sviluppare una dipendenza dall'alcol per silenziare i flashback o intorpidire emozioni insopportabili.
- Una persona LGBTQIA+ che ha subito il rifiuto della famiglia, la discriminazione e la violenza può ricorrere all'uso di sostanze come unico modo per sentirsi "al sicuro" o "in contatto" in determinati ambienti sociali.

Queste esperienze sono spesso aggravate dallo stigma e dall'isolamento sociale, in particolare quando l'individuo appartiene a comunità già emarginate (ad esempio, persone migranti, vittime di razzismo o senzatetto). Purtroppo, i servizi sanitari e sociali spesso trattano la dipendenza come un problema individuale, senza affrontare le sue radici traumatiche e strutturali.

Inoltre, molte persone sopravvissute alla violenza evitano di accedere ai servizi di sostegno per paura di essere giudicate, punite o di perdere la custodia delle e dei propri figli, soprattutto in contesti in cui la dipendenza è criminalizzata. Ciò tocca in particolare le donne: spesso i servizi non hanno gli strumenti per adottare un approccio sensibile al genere e informato sulla violenza.

L'approccio informato sul trauma, in particolare nel modello Seeking Safety sviluppato da Lisa Najavits, propone di affrontare contemporaneamente il trauma e la dipendenza costruendo sicurezza, stabilità emotiva e alleanze terapeutiche radicate nel rispetto e nell'autodeterminazione. Non si tratta solo di "trattamento", ma di ricostruire la fiducia, l'empowerment e la connessione nel pieno riconoscimento delle esperienze vissute.



FATTORI DI RISCHIO

4. Fattori di rischio

Negli ultimi decenni, la violenza di genere è stata sempre più riconosciuta come un problema sociale e di salute pubblica significativo (Mercera et al., 2024; Franchino-Olsen, 2019), ed è associato a una serie di gravi conseguenze per la salute mentale e fisica. Per affrontare questo fenomeno, è fondamentale tenere conto sia dei fattori di rischio che di quelli protettivi nella sua esposizione. I primi sono gli elementi che potrebbero aumentare l'esposizione a esperienze negative, mentre i secondi sono le condizioni o le esperienze che riducono la probabilità di esiti dannosi e pericolosi. In questa sezione verranno presentati entrambi.

Questi fattori possono aumentare la probabilità che un individuo sia esposto allo sfruttamento sessuale nella prostituzione. Si tratta di caratteristiche a livello biologico, psicologico, familiare, comunitario o culturale associate a un aumento del rischio di esiti negativi (SAMHSA, n.d.).

4.1. Livello individuale

A livello individuale, le esperienze personali e psicologiche, soprattutto nella prima infanzia, giocano un ruolo fondamentale. Le esperienze infantili avverse (ACE) possono influenzare profondamente lo sviluppo emotivo e il benessere a lungo termine (Mercera et al., 2024). I fattori di rischio a livello individuale includono:

- Negligenza fisica ed emotiva (Franchino-Olsen, 2019; Mercera et al., 2024; Project Starfish, n.d.): Le esperienze di abbandono possono portare a una diminuzione dell'autostima e a un bisogno insoddisfatto di affetto, contribuendo potenzialmente al desiderio di lasciare la casa e cercare connessioni o rifugio in contesti non sicuri, come le reti

criminali o il coinvolgimento in bande (Mercera et al., 2024; Project Starfish, n.d.).

- Precedenti esperienze di abuso sessuale o iniziazione sessuale precoce: il trauma derivante dall'abuso può compromettere la capacità di sviluppare relazioni sane con la sessualità e il consenso (Mercera et al., 2024). L'iniziazione sessuale precoce può anche aumentare la vulnerabilità a ulteriori sfruttamenti (Franchino-Olsen, 2019).
- Uso di sostanze (Benavente et al., 2021; Mercera et al., 2024; Project Starfish, n.d.): Il ciclo di dipendenza, necessità finanziaria e astinenza può portare gli individui ad adottare strategie di sopravvivenza, tra cui lo sfruttamento sessuale (Mercera et al., 2024).

4.2. Livello familiare

Le dinamiche familiari hanno una forte influenza sullo sviluppo. Ambienti disfunzionali o violenti possono aumentare il rischio di coinvolgimento nello sfruttamento sessuale (Mercera et al., 2024). I principali fattori di rischio familiari includono:

- Disfunzioni familiari e genitorialità compromessa (Franchino-Olsen, 2019; Mercera et al., 2024). Ciò può includere l'esposizione alla violenza domestica, la normalizzazione di comportamenti sessuali transazionali o di sfruttamento all'interno della famiglia o una storia familiare di sfruttamento (Benavente et al., 2021).
- Allontanamento dalla famiglia (Benavente et al., 2021): la mancanza di un sostegno familiare stabile può spingere individui di tutte le età a cercare sicurezza o appartenenza altrove, a volte in ambienti non sicuri o di sfruttamento.

4.3. Livello sociale/comunitario

Gli ambienti sociali e comunitari influenzano in modo significativo il percorso delle persone che hanno subito traumi, dipendenze e sfruttamento. Le condizioni a livello comunitario spesso fungono da ponte tra le disuguaglianze strutturali e le vulnerabilità individuali, mitigando o amplificando il danno. Quando la coesione sociale si rompe, le reti di sostegno si indeboliscono. I servizi diventano inaccessibili o poco accoglienti, aumenta il rischio di emarginazione, abuso e sfruttamento, soprattutto per le donne che fanno uso di droghe, le persone sopravvissute alla violenza, le persone migranti prive di documenti o le persone sfollate interne e coloro che vivono in alloggi o hanno un lavoro precario (EMCDDA, 2022; Mercera et al., 2024).

La coesione della comunità, definita come il grado di fiducia, sostegno reciproco e valori condivisi tra i membri di un'area locale, è un fattore protettivo fondamentale. Comprende l'accesso a strutture di sostegno sia formali che informali, come vicine/i di casa, gruppi culturali o religiosi e associazioni locali. In assenza di questa coesione, gli individui sono più esposti all'isolamento, alla mancanza di protezione e a un accesso ridotto ai servizi. Gli individui emarginati, comprese le persone migranti e che soffrono di dipendenza da sostanze, rimangono spesso scollegati da questi sistemi di protezione, il che aumenta la loro vulnerabilità allo sfruttamento e a traumi ripetuti (Franchino-Olsen, 2019; Buller et al., 2020).

L'esclusione può essere aggravata da diversi fattori di rischio a livello comunitario: l'instabilità residenziale, come la mancanza di una dimora fissa o lo sfollamento; gli ostacoli all'istruzione, in particolare nelle zone rurali o svantaggiate; le difficoltà economiche, tra cui la disoccupazione, l'indebitamento o la privazione materiale, che aumentano l'esposizione alla violenza sessuale e di genere (Mercera et al., 2024; Franchino-Olsen, 2019). Anche la normalizzazione della violenza all'interno di alcune narrazioni mediatiche e ambienti culturali contribuisce alla desensibilizzazione e all'incomprensione, in quanto rafforza stereotipi dannosi sulla dipendenza e la salute mentale ed erode l'empatia a livello comunitario (Brown, 2019).

Inoltre, lo stigma rimane una potente forza di esclusione. Le persone che lottano contro la dipendenza o i problemi di salute mentale sono spesso percepiti attraverso una lente moralizzatrice o individualista, piuttosto che essere riconosciute come individui che affrontano traumi e avversità strutturali. Le donne che fanno uso di droghe e hanno subito violenze sono particolarmente stigmatizzate, e spesso incontrano incredulità o rifiuto quando denunciano gli abusi (Jiménez et al., 2014). Lo stigma di genere non è radicato nell'uso di sostanze in sé, ma nelle più ampie aspettative sociali e nella discriminazione nei confronti delle donne che si discostano dai ruoli tradizionali.

Le narrazioni culturali che enfatizzano la responsabilità individuale, come l'idea che la guarigione dalla dipendenza o dal trauma dipenda esclusivamente dalla forza personale, tendono a oscurare cause sistemiche come la povertà, la violenza di genere e l'esclusione. Come hanno osservato pensatrici femministe come bell hooks, tali inquadramenti depoliticizzano la sofferenza e spostano la responsabilità collettiva, incoraggiando le comunità a concentrarsi sulla resilienza piuttosto che sulla giustizia.

Tuttavia, le comunità hanno anche il potenziale per fungere da spazi di resistenza e guarigione. Le risposte dal basso, le iniziative di mutuo aiuto e gli sforzi di sensibilizzazione informati sul trauma spesso forniscono cure essenziali e solidarietà laddove i sistemi formali sono carenti. L'adozione di una prospettiva intersezionale e informata sul trauma consente alle operatrici e agli operatori di riconoscere non solo i rischi, ma anche le risorse e le forme di resilienza che emergono all'interno delle comunità, anche di fronte alle avversità.

4.4. Violenza sistemica

La violenza sistemica si riferisce all'insieme di pratiche, norme e accordi istituzionali che riproducono le disuguaglianze strutturali e negano di fatto i diritti fondamentali a interi gruppi sociali. Per le donne che soffrono di

dipendenza e problemi di salute mentale, la violenza sistemica si manifesta spesso sotto forma di stigmatizzazione, esclusione sociale e ostacoli all'accesso ai servizi. Le donne sono spesso soggette a giudizi morali, vittimizzazione secondaria o mancanza di credibilità, sia all'interno dei sistemi sanitari che del sistema giudiziario (Bartlett et al., 2022).

La violenza sistemica va oltre i singoli atti; è radicata negli stessi sistemi che dovrebbero proteggere gli individui più vulnerabili. Ad esempio, molte strutture di trattamento delle dipendenze e dei disturbi mentali non sono progettate per tenere conto delle esigenze specifiche di genere o delle storie di traumi. Ciò può costituire una forma di violenza istituzionale che scoraggia le donne dal cercare aiuto e le espone a un ulteriore controllo o medicalizzazione (Covington, 2008). Inoltre, le politiche assistenziali condizionate, quelle che subordinano l'accesso a un alloggio o a un reddito e alla partecipazione a determinati programmi o alla dimostrazione di un "comportamento appropriato", possono avere un effetto punitivo sulle donne che si trovano ad affrontare situazioni di vita complesse, e contribuire alla cronicità dell'emarginazione (Pittaway et al., 2009).

Diversi studi hanno evidenziato la correlazione tra l'esposizione alla violenza sistemica e l'aumento del rischio di sviluppare disturbi da uso di sostanze o condizioni di salute mentale, nonché la difficoltà di accedere a percorsi per uscire dalla violenza interpersonale (Mills et al., 2020). Ciò deriva dal fatto che le risposte istituzionali, spesso frammentate e scarsamente coordinate tra i servizi giudiziari, sanitari, sociali e di violenza di genere, tendono a ignorare le interconnessioni tra trauma, dipendenza e salute mentale, perpetuando così l'esclusione o la ritraumatizzazione.

Riconoscere la violenza sistemica come fattore di rischio richiede un cambiamento di prospettiva dalla patologia individuale alla responsabilità istituzionale e collettiva. Ciò significa considerare l'uso di sostanze non come un fallimento personale, ma come una strategia di sopravvivenza sviluppata in risposta ad ambienti che non sono riusciti a offrire protezione, sicurezza e autodeterminazione.

4.5. Influenza dei media e normalizzazione del trauma

Il ruolo dei media è fondamentale nel plasmare il modo in cui la società percepisce questioni come lo sfruttamento sessuale e la violenza di genere. Una delle tendenze più preoccupanti è il modo in cui la violenza e gli stereotipi dannosi sono spesso romanticizzati o normalizzati attraverso film, programmi televisivi e piattaforme online. L'esposizione ripetuta a rappresentazioni delle donne come sottomesse o degradate può portare a una desensibilizzazione, diminuendo l'urgenza con cui la società risponde a questi crimini (Coy & Bragg, 2020). Inoltre, la copertura mediatica sensazionalistica può talvolta rafforzare la colpa delle vittime, perpetuando narrazioni dannose che rendono le persone sopravvissute riluttanti a cercare aiuto o giustizia (Loney-Howes, 2021). A tal fine, l'uso diffuso di immagini ipersessualizzate e la glorificazione delle relazioni abusive nei contenuti mediatici contribuiscono alla pericolosa idea che la violenza sia una parte accettabile o normale delle relazioni, il che può aumentare il rischio di sfruttamento (García-Moreno et al., 2015).

Tuttavia, i media hanno anche il potenziale per essere un potente strumento di cambiamento positivo quando vengono utilizzati con attenzione. Campagne, documentari e storie raccontate dalle vittime hanno dimostrato che approcci mediatici strategici possono gradualmente cambiare gli atteggiamenti della società e promuovere la difesa dei diritti. Quando le piattaforme si concentrano su rappresentazioni oneste e compassionevoli delle persone colpite dalla violenza di genere, aiutano a rompere il silenzio e lo stigma, incoraggiando le vittime a farsi avanti e a cercare sostegno (Kitzinger, 2004). L'ascesa dei movimenti sui social media, come #MeToo, ha creato una piattaforma globale per le persone sopravvissute per condividere le loro esperienze, costruire solidarietà e fare pressione sui governi e sulle istituzioni affinché attuino riforme significative (Fileborn & Loney-Howes, 2019).

Per contrastare la normalizzazione del trauma nei media, l'integrazione dell'educazione all'alfabetizzazione mediatica nelle scuole può fornire alle

studentesse e agli studenti le competenze critiche necessarie per riconoscere e contestare le rappresentazioni dannose (Brown, 2018). Anche le normative che ritengono i media responsabili della diffusione di stereotipi e sensazionalismo possono contribuire a frenare il ciclo di disinformazione e danni. Promuovere una narrazione incentrata sulle vittime e pratiche giornalistiche informate sul trauma può garantire che le storie siano rispettose e validate, piuttosto che sfruttate per ottenere un impatto sensazionale (Stanko, 2017). In definitiva, rimodellando il panorama mediatico in uno strumento educativo e di advocacy, le società possono rompere i cicli di sfruttamento e sostenere il percorso di guarigione delle vittime.

4.6. Intersezionalità e rischio composto

L'intersezionalità rivela come identità sovrapposte, quali razza, genere, classe sociale e disabilità, possano intensificare la vulnerabilità al trauma e allo svantaggio strutturale. Quando queste identità si intersecano, spesso amplificano il rischio e riducono l'accesso al sostegno. Riconoscere queste dinamiche è fondamentale per affrontare i danni composti e la disuguaglianza sistematica.

4.6.1. Il ruolo delle identità intersezionali (genere, razza, classe sociale, disabilità)

Le identità intersezionali (come genere, razza, classe sociale, disabilità, orientamento sessuale e status di immigrazione) influenzano in modo significativo la vulnerabilità di una persona al trauma, alla dipendenza e allo sfruttamento. Queste identità sociali sovrapposte modellano le esperienze di vita degli individui, l'accesso alle risorse e l'esposizione alle disuguaglianze sistemiche. Gli individui emarginati spesso subiscono tassi più elevati di trauma a causa dell'oppressione e della discriminazione sistemiche, e più una persona "accumula" identità emarginate, maggiore è il rischio. Ad esempio, una donna nera a basso reddito con una disabilità può trovarsi ad affrontare un rischio aggravato sia dalla violenza della comunità che dalla

negligenza medica. Le identità intersezionali amplificano i fattori di rischio perché interagiscono con gli squilibri di potere strutturali. L'approccio intersezionale, introdotto per la prima volta dalla giurista Kimberlé Crenshaw, aiuta a comprendere dove e come il potere e lo sfruttamento si scontrano, si intersecano e si intrecciano.

4.6.2. Come la sovrapposizione di fattori può aumentare l'esposizione al trauma o ridurre l'accesso alle cure

Gli individui emarginati spesso subiscono tassi più elevati di traumi a causa dell'oppressione e della discriminazione sistematiche. Ad esempio, in molte società le persone nere possono subire profilazione razziale e violenza da parte della polizia, oltre a subire traumi generazionali dovuti al colonialismo o alla storia della schiavitù. La discriminazione sistematica e la violenza contro le persone vittime di razzismo, LGBTQ+ e con disabilità aumentano l'esposizione al trauma. Queste persone spesso subiscono discriminazione sul posto di lavoro, crimini d'odio, aggressioni, negligenza o abusi familiari, tutte esperienze traumatizzanti. Altri gruppi più esposti al trauma includono gli individui a basso reddito, le donne e le persone non binarie, in particolare le donne immigrate, che affrontano barriere strutturali nell'accesso all'assistenza, come la mancanza di mezzi di trasporto o di assistenza all'infanzia. Le donne migranti potrebbero anche non avere accesso al sistema sanitario perché prive di documenti, oltre a dover affrontare barriere linguistiche e culturali nell'accesso all'assistenza. I servizi di salute mentale e di recupero dai traumi sono spesso sottofinanziati, hanno liste d'attesa o sono disponibili solo privatamente, escludendo quindi le persone senza risorse finanziarie. Le comunità rurali e i quartieri urbani emarginati spesso non dispongono di cliniche o cure specialistiche nelle vicinanze.



FATTORI PROTETTIVI

5. Fattori protettivi

Quando si verifica un trauma, che si tratti di un singolo evento o di una serie di esperienze croniche, il sistema nervoso è sottoposto a un forte stress. Reagisce, si difende e, talvolta, si blocca. Non tutte le persone, però, vivono le conseguenze del trauma allo stesso modo. Perché alcune sviluppano un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), mentre altre sembrano emergere con rinnovata forza, crescita e lucidità? La risposta spesso risiede in una rete di sicurezza invisibile ma potente: i fattori protettivi.

Si tratta delle risorse interne e delle connessioni esterne che consentono al cervello e al corpo di rimanere intatti nonostante le lesioni o di ricostruirsi in seguito.

Fattori protettivi personali (risorse interne)

I fattori protettivi personali sono a portata di mano: si tratta di risorse spesso silenziose, ma fondamentali. Possono essere innate o acquisite, consapevoli o implicite.

- Regolazione emotiva: la capacità di riconoscere, contenere ed esprimere le emozioni senza lasciarsi sopraffare. "*Sento che l'ansia sta aumentando, ma so come respirare per superarla*".
- Funzionamento esecutivo preservato: grazie a una corteccia prefrontale robusta (le dita), possiamo mantenere l'inibizione, la flessibilità cognitiva e la memoria di lavoro. "*Faccio un passo indietro, non reagisco immediatamente*".
- Autostima, senso di competenza e convinzione interiore: sapere di avere un valore e di potercela fare. "*Sono sopravvissuto ad altre tempeste; troverò un modo per andare avanti*".

- Senso di significato, spiritualità o visione del mondo: avere un quadro di riferimento, una convinzione, una pratica o una filosofia che ci aiuta ad andare avanti. *"Anche se non posso controllare tutto, posso seguire una linea"*.

Fattori protettivi relazionali (risorse interpersonali)

Questi fattori provengono dalle altre persone, ma sono altrettanto vitali. Attivano il sistema di attaccamento, regolano il sistema nervoso e ci permettono di tornare a noi stessi dopo il caos.

- Presenza di un adulto sicuro/attaccamento sicuro: uno sguardo che non giudica, una voce calma, un corpo rassicurante. *"Quando sono con te, il mio sistema nervoso si sente al sicuro"*.
- Rete sociale di sostegno: persone che ci ascoltano, ci danno valore e ci offrono una guida. *"Non sono solo nel mio percorso"*.
- Modelli positivi, figure di speranza: persone che ammiriamo, che ci ispirano, che ci dimostrano che tutto è possibile. *"Se loro ci riescono, forse posso farlo anch'io"*.

Questi fattori non eliminano il trauma, ma ne modulano l'impatto, ne riducono l'impronta tossica e, soprattutto, riattivano i circuiti di resilienza. Una volta attivati, la mano può chiudersi più rapidamente, ricreare connessioni e ripristinare l'integrazione.



**SUPPORTO ALLE VITTIME E
ALLE FIGURE PROFESSIONALI**

6. Supporto alle vittime e alle figure professionali

6.1. Supporto alle vittime: strumenti e tecniche pratiche per lavorare con le vittime di traumi

Esistono diverse tecniche semplici, basate sul corpo e informate sul trauma che ogni professionista può utilizzare per aiutare le persone ad affrontare un trauma e regolare il sistema nervoso, soprattutto quando le parole potrebbero non essere sufficienti. Questi strumenti possono essere utili in contesti clinici o comunitari e sono spesso basati su approcci somatici (basati sul corpo) e sulla teoria polivagale.

Note importanti per la/il professionista:

- Chiedi sempre il consenso prima di introdurre tecniche basate sul corpo.
- Lascia che la persona acconsenta e adatta qualsiasi tecnica alle sue esigenze.
- Offri possibilità di scelta e autonomia: aiuta a ripristinare il controllo, spesso assente nelle esperienze traumatiche.
- Sii consapevole del trauma: non forzare il contatto visivo, il silenzio o l'immobilità, poiché potrebbero essere percepiti come pericolosi.

Alcune tecniche possono essere utilizzate solo da psicologhe/i e operatrici/operatori sanitari:

- Uso della **CBT (terapia cognitivo-comportamentale)** informata sul trauma: si tratta di un approccio strutturato e basato su prove scientifiche utilizzato per aiutare le persone a riformulare modelli di pensiero dannosi, gestire le risposte emotive e ridurre i sintomi del disturbo da stress post-traumatico.
- **EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)**: è una tecnica psicoterapeutica specializzata utilizzata per aiutare le persone a elaborare e guarire dai ricordi traumatici. Prevede movimenti oculari guidati o altre forme di stimolazione bilaterale mentre si ricordano eventi dolorosi; contribuisce a ridurre l'intensità emotiva associata a tali ricordi. A causa della sua complessità e della possibilità di scatenare intense reazioni emotive, l'EMDR deve essere somministrata esclusivamente da professioniste/i della salute mentale in possesso di formazione e certificazioni.
- **Lo screening delle esperienze infantili avverse (ACE)** durante i controlli di routine può aiutare a identificare le persone a rischio di problemi di salute legati a traumi. Utilizzando strumenti standardizzati come il **questionario ACE**, le operatrici e gli operatori sanitari possono individuare i primi segni di trauma e fornire un sostegno tempestivo. Quando necessario, il personale medico dovrebbe offrire un adeguato rinvio ai servizi di salute mentale, garantendo l'accesso a cure specialistiche per la guarigione e il recupero.

Esistono poi altre tecniche, più facili da acquisire e insegnare, non invasive e basate sull'evidenza, che possono essere adottate da qualsiasi professionista che lavora con le donne.

Respirazione 4-7-8

- Inspira per 4 secondi.
- Trattieni il respiro per 7 secondi.
- Espira per 8 secondi.

Questo esercizio rallenta la frequenza cardiaca, calma il corpo e riduce l'ansia.

Respirazione quadrata

- Inspira per 4 secondi → trattieni il respiro per 4 secondi → espira per 4 secondi → trattieni il respiro per 4 secondi.

Questa tecnica aiuta a regolare le emozioni e a ritrovare l'equilibrio.

Respirazione con la mano sul cuore o sulla pancia

- Posiziona una mano sul cuore o sullo stomaco e respira lentamente.

Questa respirazione attiva il sistema parasimpatico (riposo e digestione).

Tapping (EFT – *Emotional Freedom Technique*)

- Consiste nel picchiettare su punti di agopressione specifici (ad esempio, fronte, sotto gli occhi, clavicola) mentre si pronunciano affermazioni calmanti o si riconosce il disagio.

Il *tapping* aiuta a liberare lo stress e a ridurre l'intensità emotiva, ed è facile sia da insegnare che da svolgere autonomamente.

Spinte al muro (*grounding* attraverso la resistenza)

- Mettiti di fronte a un muro e spingilo con forza con i palmi delle mani per 10-20 secondi.

Questo esercizio coinvolge grandi gruppi muscolari e reindirizza la consapevolezza verso il corpo. È efficace per le risposte di dissociazione o di congelamento.

Tecnica 5-4-3-2-1 (*grounding* visivo)

- Guarda lentamente lo spazio circostante e nomina 5 cose che vedi, 4 che puoi toccare, 3 che senti, 2 che puoi annusare, 1 di cui senti il sapore.

Questa tecnica riorienta la persona al momento presente ed è utile durante i flashback o il panico.

Tecniche di ripristino sensoriale

- Tieni in mano un oggetto freddo (cubetto di ghiaccio, bottiglia d'acqua fredda).
- Usa oggetti ruvidi (palline o giocattoli antistress, campioni di tessuto).

Stimola la consapevolezza sensoriale e porta l'attenzione al "qui e ora".

Spinta o presa sulla sedia

- Siediti e fai pressione sulla sedia, oppure fai presa sui braccioli o sulle gambe.

Questo esercizio aiuta a stabilizzarsi attraverso il contatto fisico e il rilascio della tensione. È utile per chi ha subito traumi legati a difficoltà motorie.

Abbraccio a farfalla (stimolazione bilaterale)

- Incrocia le braccia sul petto e picchietta leggermente le spalle, una dopo l'altra.

Coinvolge entrambi gli emisferi del cervello e favorisce sentimenti e pensieri calmanti. Viene utilizzato nell'EMDR e negli esercizi per auto-calmarsi

Piedi sul pavimento per “ancorare” il corpo

- Focalizzati sui piedi che toccano il pavimento, sulla distribuzione del peso e sulla stabilità.

È un esercizio semplice ma efficace per ritrovare il contatto con la terra e ripristinare la sicurezza.

Disegni e scarabocchi

- Utilizza carta e pastelli/pennarelli per scarabocchiare o disegnare le tue emozioni.

Offre una comunicazione non verbale e allevia lo stress, particolarmente utile per le bambine e i bambini o le persone con barriere linguistiche.

6.2. Supporto alle figure professionali

6.2.1. Gestire le emozioni

Incontrare una donna che ha subito violenza è un'esperienza delicata, intensa e profondamente umana. In questo spazio di cura, ogni professionista apporta non solo le proprie conoscenze e competenze tecniche (“fare”), ma anche le proprie qualità personali, la propria sensibilità e presenza emotiva (“essere”).

Il rapporto che si instaura con una donna che ha subito violenze non è mai neutro: è un intreccio complesso di emozioni e sentimenti che coinvolge entrambe le parti. Accanto al dolore della vittima, una/un professionista può trovarsi a provare forti reazioni emotive, come paura, rabbia e tristezza.

Le emozioni provate dalle persone che lavorano con donne che hanno subito violenza non vanno viste come ostacoli, ma sono in realtà parte integrante della relazione di aiuto. Tuttavia, data la loro intensità, richiedono consapevolezza e strumenti adeguati per essere riconosciute e gestite. Le emozioni più comuni includono:

- Paura: derivante dalla gravità delle situazioni descritte, dalla preoccupazione per la sicurezza della donna o anche dalla propria.
- Rabbia: verso l'autore della violenza e, a volte, verso un sistema percepito come lento o inadeguato.

- Tristezza: in risposta all'ascolto di storie che toccano nel profondo o risvegliano ferite personali o collettive.

Quando le emozioni diventano travolgenti, è naturale attivare difese psicologiche, spesso in modo inconscio. Alcune delle più frequenti includono:

- Senso di impotenza: sentirsi paralizzati, come se nulla di ciò che si fa sia sufficiente.
- Senso di onnipotenza: il bisogno di "salvare" l'altra persona a tutti i costi, rischiando il burnout emotivo.
- Identificazione: identificarsi eccessivamente con la vittima e confondere il confine tra sé e l'altra persona.
- Idealizzazione: percepire la vittima come completamente buona o il contesto come totalmente negativo.
- Proiezione: attribuire i propri sentimenti o supposizioni alle altre persone.

Trauma vicario e fatica da compassione

L'esposizione ripetuta a storie traumatiche e la costante vicinanza alla sofferenza altrui possono portare a un trauma vicario (McCann et al., 1990; Pearlman, 1995), ovvero un trauma secondario che si manifesta attraverso sintomi simili allo stress post-traumatico. Se prolungato, può svilupparsi in fatica da compassione (Figley, 1995), una condizione caratterizzata da esaurimento emotivo e fisico associato a un profondo coinvolgimento empatico.

La fatica da compassione può manifestarsi attraverso:

- Sensazioni di inefficacia e frustrazione.

- Ritiro emotivo o disimpegno dal lavoro.
- Disturbi del sonno, irritabilità, difficoltà di concentrazione.
- Isolamento relazionale o ritiro.

6.2.2. Prendersi cura di chi si prende cura

Come ha scritto Quino: "*Troppe volte l'urgente non lascia tempo per l'importante*". La cura di sé e del team è essenziale per sostenere la qualità dell'assistenza e il benessere di chi la fornisce.

Secondo Judith Herman, il team di lavoro è una risorsa protettiva fondamentale: nutre, sostiene e amplifica i punti di forza di ciascuno dei suoi membri. I fattori protettivi includono:

- Pensiero plurale: affrontare i casi collettivamente, costruire interpretazioni condivise.
- Condivisione delle risorse e del potere: mitigare l'isolamento nel processo decisionale.
- Imparare dall'esperienza: trasformare la pratica quotidiana in uno sviluppo professionale continuo.

Affinché i fattori protettivi rimangano attivi, devono essere coltivati intenzionalmente nel tempo attraverso:

- Spazi regolari di riflessione e dialogo.
- Sviluppo professionale continuo.
- Supervisione strutturata e coerente, sia clinica che emotiva.

La supervisione è uno degli strumenti più importanti a disposizione delle figure professionali per il sostegno e la crescita. Offre l'opportunità di fermarsi e riflettere, fornisce una prospettiva diversa sull'esperienza e

consente alle/ai professioniste/i di diventare più consapevoli del proprio "essere in azione". Il caso sottoposto alla supervisione diventa un *pretesto*: il vero "testo" è il processo narrativo attivato all'interno del gruppo. L'enfasi è posta sul *modo* in cui il caso viene affrontato, piuttosto che su *cosa fare o non fare*.



QUADRO GIURIDICO

7. Quadro giuridico

Percorso legale per la cura delle donne vittime di violenza di genere con problemi di salute mentale e/o dipendenza

Italia

Le donne che subiscono violenza di genere e che soffrono anche di disturbi mentali e/o problemi di abuso di sostanze spesso si trovano ai margini delle risposte istituzionali, intrappolate in un **sistema frammentato** che ostacola l'accesso a un sostegno integrato e adeguato. In Italia, il quadro giuridico principale è costituito dalla **Convenzione di Istanbul** (Legge n. 77/2013) e dal **"Codice Rosso"** (Legge n. 69/2019), che rafforzano le misure di protezione per le vittime di violenza. Tuttavia, **nessuna delle due leggi prevede interventi specifici o coordinati** per le donne con disturbi psichiatrici o quelle sottoposte a trattamento per dipendenza, con conseguenti significative lacune nella protezione.

Secondo l'ISTAT (2015), **il 31,5% delle donne** di età compresa tra i 16 e i 70 anni ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita. In quasi il **65% dei casi di violenza da parte del partner**, le vittime hanno segnalato **conseguenze psicologiche o fisiche**. Ulteriori dati (Relazione parlamentare 2022 sull'attuazione della legge 119/2013, Dipartimento per le pari opportunità - Presidenza del Consiglio dei ministri) indicano che un numero significativo di donne che accedono ai centri antiviolenza presenta anche **problematiche di salute mentale o abuso di sostanze**. Tuttavia, queste condizioni spesso **impediscono l'accesso o la continuazione dei percorsi di sostegno**.

Una delle questioni critiche principali è la **mancanza di una reale integrazione tra i servizi socio-sanitari e i servizi antiviolenza**. I centri antiviolenza, spesso gestiti da organizzazioni del terzo settore, non sempre dispongono delle competenze necessarie per affrontare i casi di **doppia**

diagnosi, né hanno una collaborazione strutturata con i **Dipartimenti di Salute Mentale** o i **Servizi per le Dipendenze (Ser.D)**. Allo stesso tempo, i servizi sanitari spesso non riconoscono la **violenza come un fattore clinico chiave** nel disagio psicologico e trattano i sintomi in modo isolato piuttosto che all'interno di un contesto relazionale e traumatico.

Le donne con disturbi psichiatrici o problemi di dipendenza devono inoltre affrontare un **forte stigma** in ambito legale e istituzionale, che influisce negativamente sulla loro **credibilità come testimoni** nei procedimenti giudiziari e sulla loro capacità di accedere a misure di protezione come ordini restrittivi o diritti di affidamento delle e dei figli. In alcuni casi documentati (D.i.Re, 2021), queste donne **scelgono di non denunciare la violenza** o di non intraprendere azioni legali per paura di essere considerate inaffidabili o inadatte come madri.

Infine, **l'assenza di protocolli condivisi** e la mancanza di un **approccio intersezionale e informato sul trauma** impediscono un'assistenza efficace e olistica. Le politiche pubbliche devono promuovere **percorsi di assistenza integrati e multidisciplinari**, in cui i centri antiviolenza, i servizi sanitari e il sistema giudiziario collaborino per riconoscere e affrontare la complessità delle esperienze delle donne, garantendo un accesso non discriminatorio all'assistenza e alla giustizia.

7.1. Quadri giuridici internazionali e regionali per la salute mentale e l'assistenza

Convenzioni e trattati delle Nazioni Unite

- Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), 2006

La CRPD riconosce il diritto delle persone con disabilità a un accesso equo all'assistenza sanitaria, compresi i servizi di salute mentale. Sottolinea la non discriminazione e la necessità di adeguamenti ragionevoli nelle strutture

sanitarie, richiedendo al contempo agli Stati parti di garantire che i servizi di salute mentale siano accessibili, economicamente sostenibili e culturalmente adeguati. Un punto chiave è che incoraggia il sostegno alla salute mentale basato sulla comunità piuttosto che l'istituzionalizzazione.

- Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione della donna (CEDAW), 1979

La CEDAW definisce la violenza di genere come una forma di discriminazione nei confronti delle donne. Impone agli Stati l'obbligo di proteggere le vittime attraverso misure legali, sociali e sanitarie. Sottolinea l'importanza di servizi di salute mentale specializzati per le vittime di violenza domestica, violenza sessuale e tratta di esseri umani e incoraggia la formazione del personale sanitario per riconoscere e rispondere ai traumi legati alla violenza di genere.

- Dichiarazione universale dei diritti umani (UDHR), 1948

La UDHR è un documento storico che stabilisce i diritti umani fondamentali per tutti gli individui, indipendentemente dalla loro nazionalità, razza, sesso o status sociale. Ha gettato le basi per i moderni trattati sui diritti umani, influenzando oltre settanta accordi internazionali. Sebbene non sia giuridicamente vincolante, i suoi principi sono stati incorporati nelle costituzioni nazionali e nei codici giuridici di tutto il mondo.

Alcuni dei principi fondamentali includono:

- Universalità: i diritti umani si applicano a tutte e tutti, in qualsiasi luogo.
- Indivisibilità: i diritti economici, sociali, culturali, civili e politici sono interconnessi.
- Non discriminazione: i diritti devono essere rispettati senza distinzioni basate su razza, sesso, religione o status.

I trenta articoli riguardano la libertà di espressione, l'uguaglianza, l'istruzione e la protezione dalla tortura. L'UDHR ha ispirato la creazione di strumenti regionali per i diritti umani, come la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). Ha anche portato allo sviluppo di trattati vincolanti, tra cui il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR) e il Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR).

- Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR), 1966

Il 16 dicembre 1966, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato l'ICESCR, entrato in vigore il 3 gennaio 1976. Il trattato è giuridicamente vincolante e obbliga gli Stati a proteggere e promuovere i diritti economici, sociali e culturali. A differenza della UDHR, l'ICESCR richiede ai governi di agire per realizzare progressivamente questi diritti.

I diritti fondamentali includono:

- Il diritto al lavoro: salari equi, condizioni di lavoro sicure e protezione contro la disoccupazione.
- Il diritto all'istruzione: istruzione primaria gratuita e pari accesso all'istruzione superiore.
- Il diritto alla salute: accesso all'assistenza medica, ai servizi igienico-sanitari e alla tutela della salute ambientale.
- Il diritto alla sicurezza sociale: tutela delle popolazioni vulnerabili, comprese le bambine e i bambini, le persone anziane e le persone con disabilità. Afferma il diritto alla salute, compresa l'assistenza sanitaria mentale, come diritto umano fondamentale. Inoltre, impone agli Stati parti di garantire un accesso equo ai servizi sanitari, compreso il sostegno psicologico per i gruppi vulnerabili. Ciò evidenzia il riconoscimento della salute mentale come componente

fondamentale del benessere generale.

- Linee guida dell'OMS sulla salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato diverse linee guida per migliorare le politiche, i servizi e gli interventi in materia di salute mentale in tutto il mondo. Queste linee guida sottolineano l'importanza dell'accessibilità, dell'accessibilità economica e dell'integrazione dell'assistenza sanitaria mentale nei sistemi sanitari primari. Il Piano d'azione per la salute mentale dell'OMS (2013-2020) mirava a rafforzare i sistemi di salute mentale a livello globale e ad aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria mentale. Esortava con forza i governi a dare priorità alla salute mentale nelle politiche sanitarie nazionali, sosteneva il finanziamento di programmi di salute mentale e promuoveva il potenziamento dei servizi di salute mentale nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base. Il Piano d'azione per la salute mentale è stato successivamente esteso al 2030 per allinearla agli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite.

- Linee guida dell'OMS sul sostegno alle vittime di violenza di genere (2021)

Le linee guida sul sostegno alle vittime di violenza di genere delineano le migliori pratiche per integrare i servizi di salute mentale nei quadri di risposta alla violenza di genere. Raccomandano un'assistenza informata sul trauma per le vittime di violenza domestica, violenza sessuale e tratta di esseri umani. Inoltre, sottolineano l'importanza della riservatezza e degli approcci incentrati sulle vittime negli interventi di salute mentale.

Quadri giuridici regionali

- Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU), 1950

Tra le altre linee guida fondamentali, la CEDU protegge le persone dalla discriminazione nell'assistenza sanitaria mentale e garantisce tutele legali alle persone con disturbi mentali.

- Convenzione di Istanbul (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica), 2011

La Convenzione di Istanbul riconosce la violenza di genere come una questione di salute pubblica e impone agli Stati l'obbligo di fornire sostegno psicologico alle vittime. Richiede alle istituzioni sanitarie di integrare l'assistenza psicologica nei meccanismi di risposta alla violenza di genere e stabilisce l'obbligo istituzionale per la polizia, gli ospedali e i servizi sociali di indirizzare le vittime di violenza di genere a professioniste/i della salute mentale. Inoltre, impone misure di protezione, tra cui ordini restrittivi, rifugi e programmi di protezione delle vittime.

- Strategie e quadri di riferimento dell'UE in materia di salute mentale

La Commissione europea (CE) ha elaborato un approccio globale alla salute mentale (2023), riconoscendone l'importanza al pari della salute fisica. In questo quadro, ha istituito il Piano d'azione dell'UE per la salute mentale, che introduce venti iniziative volte a migliorare i servizi di salute mentale, insieme a oltre un miliardo di euro di finanziamenti dedicati alla prevenzione, all'intervento precoce e al reinserimento nella società.

L'UE ha inoltre istituito protezioni legali e programmi per garantire che l'assistenza sanitaria mentale sia accessibile e non discriminatoria:

- Pilastro europeo dei diritti sociali (2017): il Pilastro riconosce la salute mentale come un diritto fondamentale e chiede pari accesso all'assistenza sanitaria per tutte e tutti i cittadini dell'UE.
- Programma EU4Health (2021): fornisce finanziamenti per la ricerca sulla salute mentale e gli strumenti digitali, oltre a sostenere la cooperazione transfrontaliera in materia di politiche di salute mentale.
- Protocollo di Maputo (2003)

In Africa, il Protocollo alla Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne, comunemente noto come Protocollo di Maputo, riconosce i diritti delle donne come diritti umani e chiede la parità di genere in tutti gli aspetti della vita. Esso copre i diritti economici, sociali, politici e riproduttivi, nonché la violenza di genere e le tutele legali; criminalizza tutte le forme di violenza contro le donne, compresa la violenza domestica, la violenza sessuale e le pratiche dannose, e chiede l'adozione di quadri giuridici per proteggere le sopravvissute e garantire l'accesso alla giustizia. È stato ratificato da 44 Paesi africani, ma la sua attuazione varia da una nazione all'altra.

- Convenzione di Belém do Pará (1994)

La Convenzione interamericana sulla prevenzione, la punizione e l'eliminazione della violenza contro le donne, nota come Convenzione di Belém do Pará, è stata adottata dall'Organizzazione degli Stati Americani (OSA). Anch'essa riconosce la violenza di genere come una violazione dei diritti umani e stabilisce l'obbligo degli Stati di prevenire, indagare e punire la violenza di genere, nonché di sostenere le vittime. Ratificata da trentadue Stati, anche la sua applicazione varia da un Paese all'altro.



BIBLIOGRAFIA

Riferimenti bibliografici

1 *Estonia's Draconian Drug Policy Violates The.* (n.d.). Docslib.

<https://docslib.org/doc/3012522/1-estonias-draconian-drug-policy-violates-the>

About the Protocol / Maputo Protocol. (2003).

<https://maputoprotocol.com/about-the-protocol>

Accueil - AUDe — CIDFF. (2024, September 19). Aude — CIDFF.

<https://www.cidff.fr/>

Accueil - France Victimes. (n.d.). <https://www.france-victimes.fr/>

Andmevara, A. (n.d.). *Victim Support Act—Riigi teataja.*

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/509012018004/consolide>

Baddeley, A. D., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2020). *Memory* (2nd ed.).

Psychology Press.

Belong. (2025a, March 7). Access to mental health services in Estonia:

challenges and solutions – Belong. *Belong – Elu terviklikkuse*

hüvanguks. <https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/>

Belong. (2025b, March 11). Mental health services in the Estonian Human Development Report 2023 – Belong. *Belong – Elu terviklikkuse hüvanguks*. <https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/>

Benavente, B., Brage, L. B., Solé, J. P., & Beltrán, N. P. (2021). Risk factors for commercial sexual exploitation of children and adolescents: results of an International Delphi panel. *Psicothema*, 3(33), 449–455.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.480>

Biarella, L. (2019, July 26). Codice Rosso: definizione, procedura, nuovi reati e aggravanti. *Altalex*.
<https://www.altalex.com/documents/news/2019/07/26/codice-rosso>

Biroli, F. (2018). Violence against Women and Reactions to Gender Equality in Politics. *Politics & Gender*, 14(4), 681–685.
<https://doi.org/10.1017/s1743923x18000600>

Bloom, S., & Farragher, B. (2013). Restoring Sanctuary: a new operating system for trauma-informed systems of care. *Oxford University Press*.

Brewer, J. (2017). *The Craving Mind*. Yale University Press.
<https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+%282017%29.+The+craving+mind:+From+cigarette>

s+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+
how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5s
u1k-9r&sig=I-

[Ab0ALjdgMBka3XZdRR9hT0klc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://www.yale.edu/yupress/sites/default/files/2018-06/9780300238555.pdf)

Brown, J. D. (2018). Media literacy and gender-based violence: Challenging harmful portrayals in digital spaces. *Journal of Media Ethics*, 33(2), 102–117.

Brown, K. (2019). Vulnerability and child sexual exploitation: Towards an approach grounded in life experiences. *Critical Social Policy*, 39(4), 622–642. <https://doi.org/10.1177/0261018318824480>

Buller, A. M., Pichon, M., McAlpine, A., Cislaghi, B., Heise, L., & Meiksin, R. (2020). Systematic review of social norms, attitudes, and factual beliefs linked to the sexual exploitation of children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104471.

<https://doi.org/10.1016/j.chabu.2020.104471>

Coy, M., & Bragg, J. (n.d.). Desensitization to gender-based violence in media: Implications for societal attitudes and intervention policies. *Feminist Media Studies*, 20(5), 712–730.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Customs Anti Narcotic Unit. (2024, July 3). *GUYANA DRUG/ NARCOTICS LAWS*

- *Customs Anti Narcotic Unit*. Customs Anti Narcotic Unit - Integrity

and Professionalism. <https://canu.gov.gy/guyana-drug-laws/>

Dégelih, F., Eustache, F., & Guillary-Girard, B. (2015). Le développement

cognitif et cérébral de la mémoire : de l'enfance à l'âge adulte.

Biologie Aujourd'hui, 209(3), 249–260.

Eesti inimarengu aruanne 2023. (2023, September 26). *Activities and*

services supporting mental health in Estonia: the current situation

and development needs – Estonian Human Development Report

2023. Estonian Human Development Report 2023 – Mental Health and

Well-Being. [https://inimareng.ee/en/activities-and-services-](https://inimareng.ee/en/activities-and-services-supporting-mental-health-in-estonia-the-current-situation-and-development-needs/)

[supporting-mental-health-in-estonia-the-current-situation-and-](#)

[development-needs/](#)

Essue, B. M., Chadambuka, C., Perez-Brumer, A., Arruda-Caycho, I., Tocallino,

D., Balasa, R., Namyalo, P. K., Ravanera, C., & Kaplan, S. (2025).

Women's experiences of gender-based violence supports through

an intersectional lens: a global scoping review. *BMJ Public Health*, 3(1), e001405. <https://doi.org/10.1136/bmjjph-2024-001405>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards,

V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse

and household dysfunction to many of the leading causes of death

in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fileborn, B., & Loney-Howes, R. (n.d.). Navigating digital spaces: The role of

social media activism in countering gender-based violence. *Social*

Movements & Media, 15(3), 215–234.

Franchino-Olsen, H. (2019). Vulnerabilities Relevant for Commercial Sexual

exploitation of Children/Domestic Minor Sex Trafficking: A Systematic

Review of Risk Factors. *Trauma Violence & Abuse*, 22(1), 99–111.

<https://doi.org/10.1177/1524838018821956>

García-Moreno, C., Stöckl, H., & Watts, C. (n.d.). The impact of media

narratives on the normalization of gender-based violence. *The Lancet Global Health*, 3(5), 254–259.

Gazzaniga, M. S., Ovry, R., & Mangun, G. R. (2019). *Cognitive neuroscience:*

The biology of the mind (5th ed.). W. W. Norton & Company.

Gill, R. (2007). Gender and the media: A critical analysis of power and representation. *Oxford University Press*.

Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2025). *Report submitted by Estonia pursuant to Article 68, paragraph 1 of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (First thematic evaluation round)*. <https://rm.coe.int/report-submitted-by-estonia-pursuant-to-article-68-paragraph-1-of-the-1680b5db9e>

HAS - professional. (n.d.). Haute Autorité De Santé. <https://www.has-sante.fr/>

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. *Basic Books*.

ISTAT. (2014). LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE DENTRO E FUORI LA FAMIGLIA. In *ISTAT*.

https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf

Jiménez, A. M., Molina, M. I. S., & García-Palma, M. B. (2014). Gender Bias in Addictions and their Treatment. An Overview from the Social

Perspective. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 132, 92–99.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.283>

Kitzinger, J. (2002). Framing gender violence in media discourse: Challenges and opportunities for advocacy. *Journal of Social Policy*, 28(4), 535–557.

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiology of addiction. Academic Press.
Le village des addictions – Addict Aide – Le village des addictions. (2025, July 30). Addict Aide – Le Village Des Addictions.

<https://www.addictaide.fr/>

Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.

Lolk, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Loney-Howes, R. (2021). Victim-blaming narratives in mass media: barriers to justice and survivor empowerment. *Violence Against Women*, 27(9), 1342–1362.

Mental health problems among Estonia's adult population. (n.d.).

INIMARENG. <https://inimareng.ee/en/1-4-mental-health-problems-among-estonias-adult-population/>

Mercera, G., Kooijmans, R., Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Van Amelsvoort, T. (2023). Risk and Protective Factors for Sexual exploitation in Male and Female Youth From a Cross-Cultural Perspective: A Systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 25(3), 1966–1984.
<https://doi.org/10.1177/15248380231201815>

Ministry of Health Guyana. (n.d.). National Mental Health Action Plan and National Suicide Prevention Plan for Guyana 2024–2030. In *Ministry of Health Guyana*. <https://health.gov.gy/wp-content/uploads/2024/04/Guyana-National-Mental-Health-and-Suicide-Plan-Final.pdf>

Ministry of Health, Guyana. (2003). *National Health Plan 2003–2007*.
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-Guyana_2003-2007.pdf

Ministry of Health of Guyana. (n.d.). *HEALTH VISION 2020 – A National Health Strategy for Guyana 2013 – 2020*.

Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. *Guilford Press*.

OHCHR. (2003). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Organization of American States. (1994). *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women (Convention of Belém do Pará.*

<https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf>

Parcours Victimes. (n.d.). *accueil*. <https://www.parcours-victimes.fr/>

Powell, A., & Henry, N. (2017). Sexual violence in digital culture: The role of media in shaping narratives. *Routledge*.

Salihu, J. (2025). EXPLORING THE INTERSECTIONALITY OF GENDER-BASED

VIOLENCE: UNDERSTANDING DIVERSE EXPERIENCES AND INFORMING

INCLUSIVE POLICIES. *ResearchGate*.

https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. *Guilford Press*.

Solidarité femmes. (2024, March 7). Solidarité Femmes.

<https://www.solidaritefemmes.org/>

Stanko, E. A. (2017). Trauma-informed journalism: Ethical reporting on gender-based violence and exploitation. *Journalism Studies*, 21(1), 85–102.

Ste_Ro. (n.d.). *Pubblicazioni*. D.i.Re – Donne in Rete Contro La Violenza.

<https://www.direcontrolaviolenza.it/pubblicazioni/>

Strid, S., & Verloo, M. (2019). Intersectional complexities in gender-based violence politics. In *Routledge eBooks* (pp. 83–100).

<https://doi.org/10.4324/9780429289859-6>

The Council of Europe. (2011). *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention)*.

<https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights* | United Nations. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it.>

Van Der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*.

<https://iris.who.int/handle/10665/175672>

World Health Organization: WHO. (2019, June 19). *Gender*.

https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1



**Cofinanziato
dall'Unione europea**

Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili.