



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

Andare incontro al trauma:
Outreach, Trauma-Informed Care e donne vittime di tratta

RELATORE: Prof. Luca Scacchi

STUDENTE:

Letizia Martino

Matricola 23 D03 543

Indice

Introduzione.....	1
1. La tratta a scopo di sfruttamento sessuale e le sue manifestazioni psicologiche	3
1.1 Il fenomeno migratorio e la tratta di donne a scopo di sfruttamento sessuale ...	3
1.2 Impatto psicologico della tratta: il trauma complesso nelle vittime	8
1.3 Il meccanismo del <i>traumatic bonding</i> e le dinamiche di controllo.....	12
2 La metodologia dell'outreach.....	14
2.1 Definizione di outreach	14
2.2 La gestione del setting non strutturato.....	18
2.3 Tecniche di aggancio a bassa soglia	20
2.4 Tecniche di riduzione del danno.....	22
2.5 L'integrazione tra supporto pratico e dimensione psicologica dell'intervento di outreach	23
3 L'approccio Trauma Informed-Care (TIC) e le donne vittime di tratta.....	26
3.1 I pilastri del Trauma-Informed Care	26
3.2 Il Trauma-Informed Care come valorizzazione dei principi dell'outreach	30
3.2.1 Il contatto	31
3.2.2 La relazione.....	32
3.2.3 Il linkage.....	33
3.3 Le specificità dell'intervento con le donne vittime di tratta.....	34
Conclusione.....	38
Riferimenti bibliografici	41

Introduzione

La tratta di donne a scopo di sfruttamento sessuale costituisce una grave violazione dei diritti e della dignità umana. Si tratta di un fenomeno complesso caratterizzato da dinamiche di coercizione, controllo e sfruttamento che limitano la libertà e l'autonomia delle donne coinvolte.

Nonostante la tratta rappresenti una realtà concreta rimane spesso difficilmente visibile, soprattutto quando lo sfruttamento avviene in contesti chiusi o attraverso modalità che rendono più complesso il contatto con i servizi. L'invisibilità delle donne vittime di tratta si intreccia con condizioni di vulnerabilità sociale, economica e psicologica. Le esperienze di violenza, minaccia, isolamento e controllo a cui sono esposte possono avere un impatto traumatico e ostacolare la richiesta di aiuto e l'accesso alle risorse disponibili. Di fronte a questa situazione, emerge la necessità di attivare interventi capaci di considerare la persona nella complessità della sua esperienza.

La scelta di affrontare questo tema nasce dal desiderio di comprendere come sia possibile costruire interventi di sostegno in grado di integrare la dimensione psicologica in contesti caratterizzati da profonda marginalità, vulnerabilità e difficoltà di accesso ai servizi, senza perdere di vista i bisogni concreti della persona, la sua sicurezza e i tempi necessari per costruire una relazione di fiducia. A questo desiderio si aggiunge anche la volontà di dedicare attenzione ad un gruppo le cui esperienze rischiano di rimanere ai margini dello sguardo sociale e istituzionale.

L'elaborato analizza la possibilità di integrare l'approccio *Trauma-Informed Care*, un intervento fondato sulla consapevolezza degli effetti del trauma, con la metodologia dell'*outreach* rivolta alle donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale. L'obiettivo della domanda di ricerca è comprendere se e in che modo il TIC possa favorire la costruzione di sicurezza, fiducia e accesso al sostegno.

Nel primo capitolo della tesi viene introdotto il fenomeno della tratta a scopo di sfruttamento sessuale, collocandolo all'interno di un contesto migratorio più ampio. In seguito, vengono approfondite le principali conseguenze psicologiche della tratta e il *traumatic bonding*.

Il secondo capitolo è dedicato alla metodologia dell'*outreach*. Dopo aver analizzato le sue caratteristiche principali, saranno approfonditi il setting non strutturato, le tecniche di aggancio a bassa soglia, gli interventi di riduzione del danno e l'integrazione tra il supporto pratico e la dimensione psicologica dell'intervento.

Il terzo capitolo approfondisce l'approccio *Trauma-Informed Care* e la sua possibile applicazione nel lavoro di *outreach* con donne vittime di tratta. In particolare, vengono presentati i principi del TIC e il modo in cui questi possono orientare il contatto, la relazione e il *linkage*. Infine, vengono esaminate le specificità che caratterizzano l'intervento con le donne vittime di tratta, considerando la natura cumulativa del trauma, la necessità di garantire sicurezza e l'importanza di porre attenzione alla prospettiva di genere e culturale.

1. La tratta a scopo di sfruttamento sessuale e le sue manifestazioni psicologiche

Nel contesto europeo, la migrazione rappresenta un fenomeno di grande importanza, caratterizzato da esperienze e percorsi diversi. All'interno di questi flussi migratori si inserisce la tratta di donne a scopo di sfruttamento sessuale che costituisce una realtà complessa, caratterizzata da una profonda vulnerabilità e da molteplici forme di violenza e controllo. In questo primo capitolo verrà esaminato il fenomeno della tratta di esseri umani, con particolare attenzione alle dinamiche dello sfruttamento sessuale. Saranno inoltre approfonditi l'impatto psicologico della tratta sulle vittime e i suoi meccanismi di potere e assoggettamento.

1.1 Il fenomeno migratorio e la tratta di donne a scopo di sfruttamento sessuale

Negli ultimi decenni l'Europa si è consolidata come un'importante destinazione dei flussi migratori a livello internazionale e, parallelamente, un'importante area di destinazione della tratta di esseri umani (Eurostat 2026; UNODC, 2024). Per comprendere correttamente il fenomeno della tratta di donne a scopo di sfruttamento sessuale è quindi necessario osservare il modo in cui le migrazioni internazionali sono diventate una componente strutturale della società europea e italiana.

Secondo i dati Eurostat, nel 2024 sono immigrate nell'Unione europea circa 4,2 milioni di persone provenienti da Paesi extra-UE (Eurostat, 2026). Nello stesso anno, gli Stati membri hanno rilasciato 3,5 milioni di permessi di soggiorno a cittadini di Paesi non appartenenti all'UE (Eurostat, 2025a), mentre 918.925 cittadini di Paesi terzi sono stati individuati come soggiornanti irregolari (Eurostat, 2025b).

Una parte significativa degli arrivi irregolari via mare e dei movimenti misti verso l'Europa si sviluppa lungo le principali rotte del Mediterraneo e lungo la rotta atlantica dell'Africa nord-occidentale (UNHCR, 2025). Le persone coinvolte presentano origini geografiche diversificate, tra cui Paesi dell'Africa, del Medio Oriente e dell'Asia (UNHCR, 2026).

Per quanto riguarda l'Italia, i dati Istat mostrano una crescita della presenza straniera che oggi conta circa 5.371.251 di residenti stranieri, pari al 9,1% della popolazione (Istat, 2025). La presenza irregolare resta una quota minoritaria. Secondo le stime ISMU, al 1° gennaio 2025 circa 339.000 persone erano in condizione di irregolarità, pari a circa 5,7% del totale (Fondazione ISMU, 2026).

In questo contesto, le politiche migratorie adottate dagli Stati europei sono diventate progressivamente più restrittive, riducendo le vie di ingresso regolari e sicure e spingendo molte

persone verso canali irregolari, con un conseguente aumento della loro vulnerabilità allo sfruttamento e alla tratta (Latham-Sprinkle et al. 2019).

Nel contesto delle migrazioni irregolari è fondamentale distinguere tra traffico illecito di migranti (*smuggling*) e tratta di esseri umani (*trafficking*). La differenza tra questi due fenomeni si articola principalmente attorno a quattro criteri fondamentali: il consenso del soggetto, la finalità, la natura del profitto e la dimensione transnazionale (Blandini, 2007).

Nello *smuggling*, il consenso consiste nell'accordo tra il migrante e il trafficante, ed ha come finalità l'ingresso illegale nel territorio di uno Stato straniero. In questo caso il profitto della rete criminale corrisponde al compenso versato dal migrante stesso. Nel *trafficking*, invece, i trafficanti esercitano il controllo sulla vittima attraverso mezzi di coercizione, inganno o abuso con cui possono anche ottenere un consenso iniziale. Riguardo il profitto invece, il guadagno non deriva dal trasporto in sé, ma dallo sfruttamento prolungato dell'individuo, che viene progressivamente privato della propria libertà personale. Inoltre, a differenza dello *smuggling*, il *trafficking* si può manifestare anche in assenza di attraversamento di un confine geografico, potendo avvenire anche all'interno dello stesso Stato, sebbene nella maggior parte dei casi si manifesti come un fenomeno transnazionale. Tuttavia, il confine tra i due fenomeni è spesso sfumato, complicando la risposta legislativa e la protezione delle persone coinvolte, le quali passano spesso da una condizione di migrante volontario a quella di vittima di tratta. Infatti, in molti casi un percorso migratorio iniziato volontariamente può evolvere in forme di sottomissione una volta giunti a destinazione (Blandini, 2007) .

Dal punto di vista giuridico, il fenomeno del *trafficking in persons* è stato definito a livello internazionale all'articolo 3 del Protocollo addizionale alla *Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale*, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 15 novembre 2000 e aperto alla firma a Palermo dal 12 al 15 dicembre dello stesso anno. L'articolo 3 definisce la "tratta di persone" come:

il reclutamento, trasporto, trasferimento, l'ospitare o accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di denaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l'asservimento o il prelievo di organi (lett. a).

Il documento specifica, inoltre, che il consenso della vittima allo sfruttamento è irrilevante qualora sia stato ottenuto attraverso uno dei mezzi coercitivi sopracitati (lett. b). Infine, il reclutamento e l'accoglienza di minori ai fini di sfruttamento sono configurati come «tratta di persone» a prescindere dall'utilizzo di mezzi coercitivi (lett. c).

Le azioni, i mezzi e l'obiettivo di sfruttamento sono quindi i tre elementi intorno ai quali si delinea la descrizione della tratta di persone. Quest'ultima viene oggi riconosciuta a tutti gli effetti come una grave violazione dei diritti e della dignità umana e un crimine da contrastare, partendo proprio dalla delineazione delle sue caratteristiche e dalla chiarificazione dei confini entro i quali si inseriscono le sue differenti sfaccettature (Mangiò, 2025).

Nei casi transnazionali, la tratta può essere analizzata come un processo composto da diverse fasi, che comprendono il reclutamento nello stato di origine, l'eventuale trasporto o trasferimento e lo sfruttamento delle vittime nello stato di destinazione (Blandini, 2007). Il percorso della tratta viene inoltre sostenuto da un solido sistema criminale strutturato su più livelli operativi: dalle organizzazioni etniche nel Paese d'origine che pianificano e gestiscono lo spostamento, alle strutture situate nelle aree di transito, fino ai soggetti presenti nei territori di destinazione che si occupano della gestione dello sfruttamento (Ministero dell'Interno, 2021). In alcuni casi di tratta di donne, il controllo delle vittime viene garantito da una combinazione di violenza fisica e psicologica. Tali modalità possono comprendere riti magici (Ministero dell'Interno, 2021) e la manipolazione affettiva (Lorenzini, 2022) come verrà illustrato nel paragrafo 1.3.

Inoltre, come è emerso dal Protocollo di Palermo, lo sfruttamento di persone può assumere diverse forme, tra cui lo sfruttamento sessuale, il lavoro o i servizi forzati, la schiavitù e il prelievo di organi (United Nations, 2000). Questa tesi si concentrerà in particolare sulla tratta delle donne a scopo di sfruttamento sessuale.

Secondo i dati del *Global Report on Trafficking in Persons 2024* dell'UNODC, tra le vittime di tratta identificate a livello globale si registra una maggioranza femminile pari al 61% nel 2022. Inoltre, donne e ragazze rappresentano il 90% dei casi di sfruttamento sessuale (UNODC, 2024). Anche in Italia i dati, tra il primo gennaio e il 31 dicembre 2024 (Numero Verde Antitratta, 2025), confermano una prevalenza femminile nell'ambito della tratta, con una percentuale di donne emerse del 51,1%.

La significativa presenza delle donne tra le vittime della tratta, documentata dai dati UNODC e S.I.R.I.T., impone una profonda riflessione di genere all'interno delle dinamiche migratorie. Tale prospettiva consente di cogliere l'eterogeneità del fenomeno e di osservare come esso

colpisca in modo differenziato la componente femminile (Rigo, 2020). Per esaminare adeguatamente questi percorsi, è quindi necessario adottare una prospettiva giusfemminista che interroghi criticamente il ruolo del diritto, delle politiche migratorie e delle strutture sociali nella creazione delle disuguaglianze di genere (Pezzini, 2012; Casadei, 2015). In questa prospettiva si inserisce il concetto di “femminilizzazione dello sguardo” proposto da Camille Schmoll (2022), che mira a ripensare l’interpretazione delle dinamiche migratorie e delle relative politiche, valorizzando le specificità delle esperienze femminili che spesso vengono oscurate da rappresentazioni basate principalmente su una prospettiva maschile. Questo approccio restituisce centralità alle donne migranti in quanto soggetti distinti con bisogni specifici, i cui percorsi possono essere segnati da forme specifiche di violenza di genere, sfruttamento, disuguaglianza e vulnerabilità (Schmoll, 2022).

Risulta particolarmente rilevante richiamare anche il concetto di intersezionalità, elaborato alla fine degli anni Ottanta da Crenshaw per superare le analisi basate sul “singolo asse”, che considerano le discriminazioni di genere e quelle razziali in modo separato. Crenshaw (1989) ha evidenziato come le donne di colore che subiscono entrambe le discriminazioni affrontano specifiche forme di oppressione che non possono essere comprese attraverso un’analisi isolata di queste categorie. Nel saggio del 1991, l’autrice amplia questa prospettiva mostrando come le esperienze di violenza e marginalizzazione delle donne di colore siano modellate dall’intreccio tra razzismo, sessismo e altre strutture di potere. Pertanto, l’intersezionalità considera le discriminazioni come fenomeni interconnessi, le cui conseguenze non devono essere ridotte a una semplice somma di svantaggi poiché queste dimensioni si influenzano reciprocamente (Crenshaw, 1989; Crenshaw, 1991). Nel contesto delle migrazioni, questa analisi consente di evidenziare come le condizioni di vulnerabilità vissute dalle donne migranti derivino dall’interazione tra il genere, lo status migratorio, l’origine etnica e altre dimensioni della loro identità (Cirillo & Nicodemi, 2022).

La condizione delle donne vittime di tratta si è ulteriormente aggravata con l’emergenza sanitaria Covid-19, colpendo ancora più intensamente questa categoria già profondamente vulnerabile (Lorenzini, 2022). Il cambiamento delle modalità di sfruttamento, dalla strada alle case chiuse o le piattaforme online ha reso le donne coinvolte meno visibili, complicando la possibilità di contatto da parte dei servizi e l’identificazione delle vittime (Lorenzini, 2022). Le conseguenze sul piano economico e sanitario sono un ulteriore fattore che peggiora la marginalità delle donne vittime di tratta, aumentando le possibilità di *re-trafficking* per coloro

che erano precedentemente uscite e accentuando l'isolamento e la loro sofferenza (Save the Children, 2021; UNODC, 2021).

Ad aggravare questo scenario, lo sfruttamento sessuale espone le donne al rischio di malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, traumi psicologici e fisici (Tinti et al., 2024). Parallelamente, la combinazione di vulnerabilità socioeconomica e irregolarità amministrativa può aggravare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ostacolare l'effettivo esercizio del diritto alla salute delle donne vittime di tratta (Geraci, 2014; Mangiò, 2025). Tale diritto è riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione italiana come diritto fondamentale dell'individuo. In particolare, la *Sentenza n. 252/2001* della Corte costituzionale ha affermato che *“lo straniero presente, anche irregolarmente, nello Stato ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili e urgenti”* (Corte costituzionale, 2001, sentenza n. 252; d.lgs. n. 286/1998, art. 35). La *Sentenza n. 299/2010* ha ulteriormente rafforzato tale posizione riconoscendo l'esistenza di *“un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto”*, la sentenza precisa inoltre che tale nucleo deve essere riconosciuto *“anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato”* (Corte costituzionale, 2010, sentenza n. 299).

Tuttavia, il diritto formale alla salute non coincide necessariamente con l'accesso effettivo ai servizi sanitari. La tutela della salute è infatti legata all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi, due concetti che devono essere distinti: mentre l'accessibilità è determinata dalla qualità e dalla completezza della normativa vigente, la fruibilità dei servizi dipende dai vari fattori che permettono alle persone di accedere concretamente alle cure. Nel caso delle donne vittime di tratta possono subentrare condizioni di natura culturale, socioeconomica, familiare e linguistica ad ostacolare l'accesso reale a tali risorse (Mellina, 2006; Balduzzi, 2016). Il sistema sanitario risulta fragile e non pronto ad accogliere e assistere i bisogni di questo gruppo di popolazione, per la quale devono ancora essere concretizzate politiche inclusive e non discriminatorie (Mangiò, 2025).

L'assistenza di cui necessitano le donne vittime di tratta non ricade solamente sul piano medico ma, come emerge dalla complessità delle fragilità a cui sono legate, i loro bisogni coinvolgono differenti ambiti. Richiamando il concetto di salute definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità”*; per riuscire ad intervenire concretamente sul

benessere di queste persone, diventa quindi necessario adottare un approccio multidisciplinare capace di integrare il piano sanitario con quello psicologico e sociale (Tinti et al., 2024; Mangiò, 2025).

1.2 Impatto psicologico della tratta: il trauma complesso nelle vittime

È stato osservato come sia necessario tenere in considerazione i differenti aspetti che colpiscono il percorso di vita delle donne vittime di tratta. Tra questi, l'impatto psicologico rappresenta una delle dimensioni più complesse da analizzare a causa delle numerose sfaccettature cliniche che può assumere e delle profonde radici traumatiche a cui è legato (Lorenzini, 2022).

Durante la tratta, le donne possono essere esposte a violenze fisiche e sessuali, coercizioni e minacce di danno rivolte a loro stesse o ai loro familiari (Hossain et al., 2010). Le violenze fisiche e sessuali e le minacce di grave danno possono costituire esposizioni traumatiche rilevanti per il criterio A del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) del DSM-5-TR che include “*l'esposizione a morte reale o minacciata, grave lesione o violenza sessuale*” (APA, 2022). Inoltre, le esperienze traumatiche vissute durante la tratta sono attuate da figure di controllo, come gli sfruttatori o le cosiddette *madame*, le quali si occupano della loro vigilanza e organizzano le modalità dello sfruttamento, limitandone la libertà (Ministero dell'Interno, 2021).

Giourou e colleghi (2018) descrivono il trauma complesso come un'esperienza caratterizzata dall'impossibilità di interrompere un insieme di eventi intimidatori e “intrappolanti” a causa di limitazioni di natura fisica, psicologica, sociale o ambientale, generalmente legati a una dimensione interpersonale. Alla luce di questo quadro teorico, le esperienze vissute dalle donne vittime di tratta possono presentare caratteristiche compatibili con il trauma complesso. Tale ipotesi è sostenuta da studi condotti su richiedenti asilo e vittime di tratta, nei quali sono state rilevate sintomatologie compatibili con il *Disturbo da Stress Post Traumatico Complesso* (Kissane et al., 2014; Jowett et al., 2021).

Judith Herman nel 1992 presentò il concetto di *complex PTSD*, o *sindrome post-traumatica complessa*, per descrivere le conseguenze psicologiche di traumi prolungati e ripetuti, generalmente vissuti in condizioni di cattività e controllo coercitivo (Herman, 1992). Rispetto al PTSD semplice, il cPTSD comprende tre aree di compromissione aggiuntive: una sintomatologia più complessa, cambiamenti caratteriali e della personalità e una maggiore vulnerabilità a subire ulteriori danni (Herman, 1992). In particolare, la sintomatologia può comprendere sintomi somatici, ad esempio dolori cronici o problemi gastrointestinali;

dissociativi e alterazioni affettive, tra cui gravi forme di depressione o rabbia interiorizzata. La seconda area riguarda i cambiamenti caratteriali e di personalità. Il controllo coercitivo può compromettere profondamente la percezione di sé e la capacità di costruire e mantenere relazioni. La terza area comprende invece la vulnerabilità delle persone che hanno subito traumi complessi a subire o a infliggersi ulteriori sofferenze.

Questa concettualizzazione viene confermata nel modello dell'ICD-11, che descrive il cPTSD come una condizione caratterizzata dalla presenza dei sintomi del PTSD e anche, da gravi difficoltà nella regolazione affettiva, da un concetto di sé persistentemente negativo e da difficoltà persistenti nel mantenere relazioni significative (World Health Organization, 2019).

Il cPTSD è quindi tipicamente associato a traumi cronici ripetuti (Cloitre et al., 2014). La violenza prolungata che caratterizza l'esperienza delle donne vittime di tratta e influenza profondamente la percezione che esse hanno di sé stesse, delle relazioni e del mondo (Cerniglia et al., 2012; Lorenzini, 2022), rende l'esperienza della tratta una condizione particolarmente esposta al rischio di sviluppare il cPTSD (Kissane et al., 2014; Jowett et al., 2021)

Di fronte a situazioni estreme e prolungate di coercizione, si attivano nel soggetto dei processi adattivi profondi che, a uno sguardo esterno, potrebbero apparire come modalità di accettazione o mancanza di volontà ma che per coloro che subiscono tali traumi possono rappresentare una strategia per la sopravvivenza (Bartholini e Piga, 2021). La normalizzazione della violenza rientra in questi processi adattivi. Quando la violenza si ripete quotidianamente può infatti smettere di essere percepita come un evento eccezionale, diventando una condizione di normalità che la vittima impara ad attendersi durante le sue giornate (Castelli, 2014). Ciò non significa che la violenza venga realmente accettata, ma che può diventare più difficile riconoscere la gravità dei soprusi, la loro natura coercitiva e il diritto a non subirli (Bartholini & Piga, 2021). Questa normalizzazione della violenza spinge la donna a interiorizzare la sottomissione verso lo sfruttatore, alimentando la convinzione che non esistano possibilità di modificare la propria condizione, che può essere così percepita come un destino naturale e inevitabile e non come il risultato di una costruzione storica e sociale (Bartholini e Piga, 2021).

Nelle vittime di tratta si osservano anche altre manifestazioni psicologiche oltre a quelle riportate nell'ICD-11 per il Disturbo da stress post-traumatico complesso. Alcuni studi hanno documentato un'elevata frequenza di sintomi ansiosi e depressivi nelle vittime di tratta. Gezie et al. (2018) hanno rilevato sintomi depressivi nel 58,3% dei partecipanti del loro studio e sintomi ansiosi nel 51,9%. Iglesias-Ríos et al. (2018) hanno riscontrato sintomi depressivi nel 64,3% delle donne e nel 57,3% degli uomini, oltre a sintomi ansiosi e post-traumatici. Anche

Abas et al. (2013), attraverso valutazioni diagnostiche condotte su donne sopravvissute alla tratta rientrate in Moldova, hanno rilevato che il 54,2% soddisfaceva i criteri per almeno un disturbo mentale. La revisione sistematica di Suwetty et al. (2019) conferma inoltre la presenza ricorrente di ansia, depressione e PTSD tra i principali problemi di salute associati alla tratta.

Indagando le conseguenze psicologiche della tratta a scopo di sfruttamento sessuale, Hernández-Flórez et al. (2023) descrivono queste manifestazioni come conseguenze di esperienze prolungate di coercizione, manipolazione e violenza. Tali esperienze possono riflettersi nella quotidianità attraverso sentimenti di colpa, problemi di autostima, difficoltà a fidarsi degli altri e tendenza a prendere le distanze dalle relazioni con l'altro, compromettendo la dimensione interpersonale e aumentando l'isolamento e le difficoltà di integrazione sociale. Il trauma complesso di queste donne può esprimersi anche attraverso il corpo. Hernández-Flórez et al. (2023) riportano, tra le possibili conseguenze, insonnia, disturbi alimentari, malattie sessualmente trasmissibili e uso di sostanze psicoattive, talvolta imposto dagli sfruttatori per favorire la sottomissione. Tali condizioni possono compromettere gravemente la salute fisica e il benessere complessivo.

Nel caso delle donne vittime di sfruttamento sessuale, Hossain et al. (2010) hanno rilevato livelli elevati di sintomi depressivi nel 54,9% del campione, di sintomi ansiosi nel 48% e di possibili sintomi di PTSD nel 77%. Inoltre, gli autori hanno osservato che le donne rimaste nella situazione di tratta per almeno sei mesi presentavano una doppia probabilità di riportare livelli elevati di depressione e ansia rispetto alle donne esposte per un periodo inferiore.

La presenza di sintomatologie così intense può tradursi in reazioni concrete. Lorenzini (2022) sottolinea che le difficoltà nella regolazione delle emozioni possono condurre, nei casi più gravi, a ideazione suicidaria e autolesionismo. Possono inoltre comparire disorientamento e deficit dell'attenzione, manifestazioni meno intense ma comunque in grado di ostacolare la gestione della quotidianità.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda il rapporto tra trauma, memoria e costruzione del racconto. Soffermarsi sulla memoria traumatica è importante per comprendere perché i racconti delle sopravvissute possano presentare alcune contraddizioni e dimenticanze, evitando di attribuire poca validità alle loro narrazioni solo perché vi si riscontrano delle incongruenze. Lonsway et al. (2022) sottolineano infatti che la mancata rievocazione o il ricordo impreciso di alcuni dettagli periferici non consentono da soli di evidenziare una scarsa credibilità, poiché tali informazioni potrebbero non essere state adeguatamente codificate o conservate.

Lo stress psicologico che caratterizza l'evento traumatico, attiva l'amigdala e i circuiti sottocorticali coinvolti nelle risposte di difesa, aumentando il rilascio di catecolamine tra cui noradrenalina e dopamina. L'eccesso di questi neurotrasmettitori riduce temporaneamente l'efficienza della corteccia prefrontale, compromettendo funzioni come la memoria di lavoro, la pianificazione, il controllo delle risposte e la regolazione dell'attenzione. Di conseguenza, il controllo prefrontale tende a spostarsi verso modalità di risposta più rapide, automatiche ed emotive (Arnsten, 2009; Diamond et al., 2007; Arnsten 2015).

In queste situazioni, il soggetto sperimenta un'attenzione prevalentemente “*bottom-up*”, in quanto essa viene catturata automaticamente da ciò che è essenziale per la sopravvivenza immediata (Gagnon & Wagner, 2016; Lonsway et al., 2022).

Questa distribuzione dell'attenzione può influenzare il modo in cui vengono codificati i diversi elementi dell'esperienza. I dettagli centrali di un evento emotivamente intenso tendono ad essere ricordati meglio, mentre dettagli periferici, come alcune informazioni contestuali e la sequenza temporale degli eventi possono essere codificati in modo peggiore e risultare più difficili da recuperare in seguito (Levine & Edelstein, 2009; Mather & Sutherland, 2011; Lonsway et al., 2022).

Un ulteriore modello, proposto da Diamond et al. (2007), riguarda il ruolo dell'ippocampo nella dinamica temporale della memoria emotiva. L'ippocampo, una struttura cerebrale coinvolta nella formazione delle memorie episodiche, può essere rapidamente attivato da un'esperienza emotivamente intensa. In questa fase iniziale, l'attivazione della plasticità ippocampale può favorire la codifica degli elementi presenti all'inizio dell'evento. Successivamente, l'ippocampo può entrare in una seconda fase, caratterizzata da un aumento della soglia necessaria per l'induzione di nuova plasticità e da una minore efficienza nella codifica di nuove informazioni contestuali e spazio-temporali.

La diversa codifica dei dettagli centrali e periferici, insieme alla difficoltà di conservare informazioni contestuali e temporali, può contribuire alla formazione di “memorie frammentate”. Di conseguenza, il racconto della vittima può non seguire un ordine cronologico lineare e può essere caratterizzato da dettagli centrali, emotivi e sensoriali, vividi e coerenti e lacune nei dettagli periferici e nelle sequenze temporali (Lonsway et al., 2022; Diamond et al., 2007).

Anche la dissociazione può rientrare tra le possibili risposte automatiche a una situazione traumatica (Lonsway et al., 2022). Essa viene definita come uno stato nel quale la consapevolezza può risultare scollegata dalle emozioni e dalle sensazioni corporee. Durante la

dissociazione, la persona può agire in modalità “pilota automatico” o con estrema passività, arrivando a compiere atti sessuali senza averlo scelto consapevolmente. La dissociazione può essere preceduta da una risposta iniziale di *freezing*, durante la quale il movimento si arresta temporaneamente mentre il cervello valuta rapidamente la minaccia e le possibili modalità di fuga o di difesa (Lonsway et al., 2022).

1.3 Il meccanismo del *traumatic bonding* e le dinamiche di controllo

Uno dei costrutti centrali per comprendere la permanenza e la sottomissione della vittima all'interno della tratta a scopo di sfruttamento sessuale è il *traumatic bonding* (Casassa et al., 2021). Questo termine si riferisce allo sviluppo e alla persistenza di forti legami emotivi tra due persone, in cui una delle due esercita sull'altra forme intermittenti di molestia, minaccia, abuso o intimidazione (Dutton & Painter, 1981).

Nel modello di Dutton & Painter (1981) lo squilibrio del potere (*Power Imbalance*) e l'intermittenza dell'abuso (*Periodicity of abuse*) sono le due caratteristiche centrali che contribuiscono alla formazione del legame traumatico. Questa impostazione è stata ripresa da studi successivi, tra cui quello di Simonič e Osewska (2020). Lo squilibrio di potere si manifesta quando la vittima assume una posizione subordinata e diventa progressivamente più dipendente dalla figura dominante, sviluppando anche rappresentazioni distorte della relazione (Dutton & Painter, 1981; Simonič & Osewska, 2020). Nella tratta tale squilibrio viene accentuato attraverso modalità di controllo e assoggettamento che rendono la relazione molto asimmetrica. Le vittime possono essere infatti sottoposte a minacce, torture, sottrazione dei documenti e, in alcuni contesti specifici come nella tratta nigeriana, a riti magico-religiosi (Ministero dell'Interno, 2021). L'uso di rituali come il *voodoo* o il *juju* agisce come condizionamento psicologico, vincolando le ragazze a un giuramento in cui si impegnano a restituire enormi debiti, rafforzando l'assoggettamento e il controllo esercitato dallo sfruttatore. (Ministero dell'Interno, 2021).

Questa asimmetria può compromettere l'autostima della donna, portandola a sviluppare una dipendenza paradossale verso colui che la assoggetta. In tale contesto, la vittima può sperimentare uno stato di “impotenza appresa” (*learned helplessness*) (Seligman, 1972). Il concetto di impotenza appresa è stato sviluppato da Seligman (1972) per descrivere la condizione che può manifestarsi quando una persona è ripetutamente esposta a eventi percepiti come incontrollabili. Questa percezione porta la persona a imparare che le proprie azioni sono inefficaci, generando passività.

Questo processo può attivare, inoltre, l'identificazione con l'aggressore, meccanismo attraverso il quale la vittima interiorizza la prospettiva dell'abusante (Lorenzini, 2022). Tale dinamica può contribuire a comprendere perché alcune donne vittime di tratta, dopo aver riscattato il proprio debito, rimangono nell'organizzazione e assumono il ruolo di *madame*, partecipando al reclutamento, alla gestione, all'assoggettamento e alla sorveglianza di nuove vittime (Ministero dell'Interno, 2021; Lorenzini, 2022).

La seconda componente che contraddistingue e rafforza il *traumatic bonding* è l'intermittenza dell'abuso (*Periodicity of abuse*). La violenza nei legami traumatici non è costante, ma può alternarsi a periodi di relativa calma (Dutton & Painter, 1981; Simonič & Osewska, 2020) o a promesse manipolatorie, come nel caso del cosiddetto “fidanzato” descritto nella tratta dell'Est Europa (Lorenzini, 2022). L'alternanza imprevedibile tra violenza e momenti di sollievo può agire come un meccanismo di rinforzo intermittente, contribuendo a mantenere il legame e rendendo più difficile per la vittima interrompere la relazione (Dutton & Painter, 1981).

Tale processo è approfondito nel “modello ciclico” della violenza di Walker (1979), nel quale le fasi di violenza possono essere seguite da momenti di tregua, pentimento e apparente riavvicinamento affettivo che rafforzano la speranza della vittima che la relazione cambi. La ripetizione di questo ciclo può condurre a una normalizzazione della violenza “attesa”, nella quale la donna perde consapevolezza del proprio diritto a non subire tali maltrattamenti, arrivando a considerarli come un destino inevitabile o una risorsa per la sopravvivenza (Castelli, 2014; Lorenzini, 2022).

Le dinamiche relazionali vissute durante tutto il percorso di tratta possono compromettere la fiducia, producendo sentimenti di impotenza e una perdita di controllo sulla propria condizione (Hernández-Flórez et al., 2023). Le donne vittime di sfruttamento sessuale tendono inoltre a percepire gli altri come pericolosi, inaffidabili e imprevedibili e il mondo esterno come ingiusto, caotico e ingestibile (Conway, 2005).

Questa rappresentazione del mondo può rendere più complessa la costruzione di relazioni di fiducia con le figure professionali che intendono fornire sostegno. Lorvinsky et al. (2023) evidenziano una fragile fiducia da parte delle donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale nei confronti degli operatori che può essere rafforzata da approcci non giudicanti o compromessa da atteggiamenti stigmatizzanti.

2 La metodologia dell'outreach

La profonda frattura nella dimensione fiduciaria delle donne vittime di tratta e le condizioni di vulnerabilità a cui sono sottoposte limitano la loro capacità di uscire dalle situazioni abusive. Da questo dato di fatto, nasce la difficoltà di ricercare aiuto e supporto da sistemi di sostegno che per loro rappresentano una potenziale minaccia. Di fronte a tale realtà, emersa nel primo capitolo, diventa necessario modificare il tipico approccio di sostegno psicologico. Un esempio di queste modalità alternative è l'*outreach*, che consiste nella strutturazione di interventi che non attendono la vittima all'interno di organizzazioni cliniche tradizionali, ma che al contrario vengono effettuati direttamente nei luoghi che queste persone abitano. Pertanto, in questo secondo capitolo verrà analizzata la metodologia *outreach* e gli elementi che la costituiscono e che la rendono un approccio necessario in tali situazioni. In particolare, verrà approfondita la gestione del setting non strutturato, le tecniche di aggancio a bassa soglia e di riduzione del danno e infine l'integrazione tra supporto pratico e dimensione psicologica.

2.1 Definizione di outreach

Dal punto di vista etimologico, il termine inglese *outreach* richiama direttamente l'idea di "andare fuori" e "raggiungere" le persone. Questa interpretazione del termine costituisce sicuramente un'introduzione al concetto, ma non ne esaurisce il significato metodologico.

L'*outreach* è una metodologia che si inserisce nella lunga tradizione del lavoro sociale (Andersson, 2013). Infatti, il lavoro sociale si è sviluppato fin da subito con il contatto diretto con le persone direttamente nei luoghi in cui vivevano e che attraversavano quotidianamente, piuttosto che rimanere confinato esclusivamente all'interno degli uffici dei servizi. Tuttavia, per rientrare nella definizione metodologica di *outreach*, il lavoro sociale non può però limitarsi a una semplice presenza informale sul territorio, ma deve prevedere un intervento intenzionale e strutturato in modo da facilitare la connessione delle persone con i sistemi di supporto (Andersson, 2013). Pertanto, l'*outreach* si configura come un modello proattivo, orientato a raggiungere gli individui nei loro contesti di vita (Rhodes & Holland, 1992).

La molteplicità dei contesti in cui l'*outreach* viene applicato rende difficile formulare una definizione unica e valida in generale; la letteratura, infatti, non concorda completamente riguardo alla definizione, agli obiettivi e alle modalità di valutazione dell'*outreach* (Jiao et al., 2022).

In questa molteplicità di letture, Andersson (2010, p.68) lo definisce come "*un'attività sociale di contatto e mediazione delle risorse, svolta in ambienti e situazioni che l'operatore non*

controlla né organizza e rivolta a individui e gruppi difficili da raggiungere [hard to reach], i quali necessitano di un accesso facilitato ai sistemi di supporto” (traduzione mia).

Qui vengono messi in evidenza alcuni elementi centrali della metodologia dell'*outreach*. Tra questi emergono il contatto con persone *hard-to-reach*, la fornitura o il collegamento a servizi accessibili e lo svolgimento dell'intervento in contesti di cui l'operatore non ha un controllo diretto.

Per quanto riguarda le persone *hard-to-reach*, ovvero i soggetti intercettati nell'ambito del lavoro di prossimità, esse rientrano nella categoria delle popolazioni “nascoste”, che i servizi sanitari e sociali tradizionali faticano a raggiungere (Rhodes & Holland, 1992). L'*outreach* può infatti essere rivolto a popolazioni diverse, accomunate dalla difficoltà di accedere ai servizi tradizionali o dalla sfiducia nei loro confronti (Jiao et al., 2022). Alcuni esempi di questi gruppi di persone sono i senza fissa dimora, i soggetti con problematiche di salute mentale, le persone coinvolte nel *sex work*, i lavoratori migranti, le persone che fanno uso di sostanze e i giovani in condizioni di rischio (Lhussier et al., 2016; Olivet et al., 2010). Le ragioni della difficoltà di accedere ai servizi possono variare e comprendono stigma sociale, discriminazioni e precedenti esperienze negative con i servizi (Jiao et al., 2022; Clement et al., 2015; Varcoe et al., 2022). Per alcune popolazioni, tali difficoltà possono intrecciarsi con esperienze traumatiche (Jiao et al., 2022). Di conseguenza, gli operatori del lavoro di prossimità si muovono verso gli spazi di vita delle persone e cercano di instaurare con loro una relazione di fiducia (Jost et al., 2011)

Rhodes & Holland (1992) individuano due obiettivi complementari dell'intervento dell'*outreach*. Da un lato vi è il modello di *referral* (invio) che consiste nel direzionare le persone verso i servizi sanitari già esistenti; dall'altro vi è il modello *in situ* il quale attua interventi direttamente nei contesti di vita delle persone. Gli autori evidenziano una tensione tra questi due approcci, ma sottolineano anche la loro possibile integrazione. Il modello di *referral* considera il collegamento ai servizi come uno dei principali obiettivi dell'*outreach*. L'operatore che entra in contatto con la persona la indirizza verso le risorse già esistenti. Tuttavia, quando i servizi risultano poco accessibili, rigidi o percepiti come minacciosi, l'efficacia di questo approccio diminuisce. Il modello *in situ* invece, si basa sull'idea che la strada abbia diritto ad essere riconosciuta come luogo in cui i servizi devono poter arrivare. L'obiettivo di questo modello diventa quindi quello di offrire assistenza e cure direttamente nel contesto di appartenenza delle persone, partendo dal presupposto che debbano essere i servizi ad adattarsi ai bisogni reali delle persone e non viceversa.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda la dimensione relazionale (Andersson, 2013). Infatti, l'incontro tra l'operatore e la persona avviene in un contesto non strutturato riducendo così le difficoltà di accesso, pratiche e mentali per raggiungere le strutture tradizionali dei servizi, come cliniche o centri di ascolto (Andersson, 2013; Billquist, 1999). In questo modo è l'operatore stesso che deve essere in grado di rendere comprensibile il proprio ruolo nel contesto di incontro senza che vi sia un ruolo già assegnato dal contesto sociale e dagli spazi fisici dell'istituzione. Questo può favorire la creazione di una relazione rispettosa e non coercitiva tra le due parti, ma nel contempo concentra sulle azioni dello stesso operatore la responsabilità di costruire e mantenere una sua autorevolezza istituzionale (Andersson, 2013; Fisk et al., 1999; Ng & McQuiston, 2004).

L'incontro di prossimità non consiste quindi soltanto nello spostamento fisico dell'operatore verso il luogo in cui si trova la persona. Esso implica anche la capacità di incontrarla sul piano dei bisogni, delle preferenze e delle aspettative espresse, procedendo secondo il suo ritmo. Gli autori definiscono questa dimensione come un "*meeting people where they are*", sia in senso fisico che esistenziale (Jiao et al., 2022, p. 7).

Secondo Andersson (2013), allora, tra i compiti principali del lavoro di prossimità vi sono la creazione del contatto, l'avvio del processo di cambiamento, il mantenimento della relazione e del sostegno. Questi non definiscono necessariamente una metodologia di lavoro lineare, e non devono essere considerati come fasi distinte e separate, perché nel contesto reale possono sovrapporsi e integrarsi tra loro.

Il primo compito consiste nell'entrare in contatto con le persone. L'aggancio (*engagement*) rappresenta la base del lavoro di prossimità (Erickson & Page, 1999), poiché permette di avviare un processo di interazione tra le persone che necessitano supporto e gli operatori o le organizzazioni che possono offrirlo. In questa fase adottare un atteggiamento non intrusivo e la creazione di una atmosfera rispettosa è fondamentale. Infatti, gli interventi di *outreach* raggiungono le persone nei loro contesti di maggior vulnerabilità ed emarginazione, rischiando di avere un carattere "svelante", ovvero di mettere a nudo la condizione reale della persona. Questo potrebbe generare sensazioni di vergogna, aggressività o resistenza creando una distanza con l'operatore. La costruzione di un rapporto di fiducia personale può essere inoltre facilitata dalla disponibilità dell'operatore a rispondere ai bisogni immediati della persona. Tale supporto pratico può includere informazioni, distribuzioni di cibo, materiali e beni di prima necessità (Macan et al., 2008; Sarradon-Eck et al., 2014; Saldanha & Parenteau, 2013). Andersson (2013) evidenzia però opinioni discordanti a riguardo. Infatti, mentre alcuni

operatori la considerano una tecnica di riduzione del danno e di facilitazione del contatto, altri la ritengono controproducente rispetto agli obiettivi di cambiamento a lungo termine definendola una pratica puramente assistenzialistica.

Il secondo compito dell'*outreach* riguarda l'avviamento del processo di cambiamento sociale. La prima fase di questo processo è l'individuazione dei bisogni, la quale avviene con il diretto coinvolgimento della persona interessata. In seguito, vengono identificate le condizioni personali e sociali che costituiscono un problema e che devono essere affrontate, raggiungendo così un accordo sugli aspetti prioritari del processo di cambiamento. Infatti, solo a partire dal contatto e dalla comprensione dei bisogni presenti è possibile costruire un collegamento efficace con le strutture assistenziali. Questa fase prende il nome di *linkage* e rappresenta uno degli obiettivi fondamentali dell'*outreach* (Smith, 2005). Il *linkage* consiste nella costruzione di ponti tra le persone raggiunte e le risorse necessarie per rispondere ai problemi individuati. A tale scopo è importante la conoscenza da parte dell'operatore delle risorse disponibili per costruire una rete efficace con i diversi servizi del territorio. Morse et al. (1996) chiamano questa modalità *screen-and-refer*, descrivendola come un approccio caratterizzato da un contatto breve e una valutazione rapida a cui segue l'invio della persona verso i servizi ritenuti più adatti. Andersson (2013) ribadisce invece l'importanza di dedicare tempo alla costruzione della relazione, di coinvolgere le persone raggiunte e di realizzare una valutazione più approfondita dei bisogni.

Tuttavia, l'*outreach* oltre a svolgere una funzione di "ponte" verso i servizi, può assumere anche un'importante funzione di *advocacy* (Rhodes & Holland, 1992). Cioè di attivazione e sostegno verso la problematica affrontata, in funzione di tutela ma anche difesa dei diritti delle persone coinvolte (Marello, 2024; Schneider & Lester, 2001). In questo contesto specifico l'*advocacy* consiste nel contribuire a rendere visibili le barriere strutturali che ostacolano l'accesso ai servizi divenendo così uno strumento di cambiamento dei servizi stessi. Questo approccio rientra nella modalità di azione *bottom-up* in quanto parte dai bisogni espressi dalle persone e mira a costruire servizi capaci di adattarsi alle loro condizioni concrete. Pertanto, l'*outreach* può acquisire una funzione trasformativa identificando le lacune delle strutture esistenti e promuovendo modifiche mirate. In quest'ottica, il mancato accesso ai servizi non è ricondotto esclusivamente ad una scelta individuale da parte dei gruppi target dell'*outreach*, ma anche alla presenza di numerosi ostacoli e fallimenti strutturali dei servizi stessi (Rowe et al., 2016; Ungpakorn & Rae, 2020).

Il terzo compito dell'*outreach* è il mantenimento del sostegno e della relazione. Esso consiste nel fornire e mantenere il supporto sociale (sostegno) necessario per rendere il cambiamento un processo stabile e duraturo nel tempo. Il sostegno si concretizza anche in un supporto pratico nella quotidianità, tramite interventi concreti che diventano un modo per sostenere le persone intercettate. In parallelo, il supporto può tradursi in un lavoro motivazionale da parte degli operatori (relazione), che continuano a seguire ed affiancare le persone nel loro percorso .

In conclusione, l'*outreach* non si esaurisce necessariamente nel contatto iniziale o nel semplice invio ai servizi. Esso può comprendere anche la costruzione di una relazione, l'identificazione condivisa dei bisogni, il collegamento con risorse accessibili, il sostegno ai processi di cambiamento e la capacità di promuovere servizi più flessibili e rispondenti alle condizioni concrete delle persone raggiunte.

2.2 La gestione del setting non strutturato

Una peculiarità di questa tipologia di intervento è quella di lavorare in un setting non strutturato, conseguenza della sua natura proattiva (Melchiorre et al., 2026). Come già accennato, i servizi sono portati nei luoghi abitati da quella parte di popolazione “nascosta”, difficile da raggiungere attraverso i canali tradizionali. Il setting può assumere diverse forme a seconda del contesto in cui vengono incontrate le persone che vivono in condizioni di marginalità. Alcuni esempi sono la strada, gli spazi pubblici e le abitazioni private, che diventano così i luoghi del lavoro di prossimità, in sostituzione delle strutture spaziali tipiche dei servizi convenzionali (Andersson, 2013; Melchiorre et al., 2026).

Nella letteratura psicoanalitica, Freud ha elaborato alcune condizioni tecniche fondamentali per il trattamento. Nel suo scritto del 1913, *On Beginning the Treatment*, Freud non parla ancora del setting come di un concetto autonomo, ma descrive alcune regole che rendono possibile il trattamento psicoanalitico, come la frequenza delle sedute, l'associazione libera e l'uso del divano (Freud, 1913/1958). Secondo Winnicott (1960, 1962) invece, il setting non è soltanto un insieme di regole tecniche, ma un ambiente terapeutico affidabile e adattato ai bisogni del paziente. Winnicott elabora inoltre il concetto di *holding*, inizialmente riferito alla relazione madre-bambino, inteso come una funzione di sostegno, continuità e protezione. Tale concetto viene successivamente ripreso nella situazione analitica per descrivere la capacità dell'ambiente e dell'analista di offrire al paziente condizioni sufficientemente stabili e accoglienti per favorire lo sviluppo del lavoro terapeutico. Bleger (1967) invece, considerando il processo come i fenomeni variabili della relazione analitica che possono essere osservati e interpretati, definisce il setting come un “non-processo”, ovvero l'insieme degli elementi costanti dentro i quali può

svolgere il processo che per sua natura è variabile. Luogo, orario, durata e regolarità possono quindi essere considerate alcune delle costanti che incorniciano l'incontro e ne garantiscono la prevedibilità. Avere quindi un setting ben definito, permette di osservare e analizzare il contenuto del processo con maggiore chiarezza. Churcher (2024) riprende la definizione di Bleger, descrivendo il setting come l'insieme delle costanti che fanno da sfondo alle variabili del processo analitico. L'*outreach*, al contrario, portando l'incontro nei luoghi di vita delle persone, rinuncia alla rigidità e prevedibilità del setting, scegliendo consapevolmente di adattare i tempi e gli spazi ai ritmi e alle esigenze di chi si incontra (Melchiorre et al., 2026).

Il concetto di setting nel lavoro sociale assume quindi una dimensione non strutturata, poiché sfugge al controllo e all'organizzazione dell'operatore, il quale in questi contesti agisce come "visitatore" (Andersson, 2013). In assenza di un ambiente fisico strutturato, l'operatore non può più fare affidamento sulle strutture spaziali che mediano il potere e il ruolo professionale del servizio tradizionale (Billquist, 1999). La responsabilità della gestione del setting si sposta quindi sulla capacità dell'operatore di dare significato alla sua presenza nel luogo, come figura di supporto (Andersson, 2013). Questo permette di personalizzare l'incontro, sostituendo la rigidità delle procedure standard di un setting strutturato con una modalità più flessibile che adatta l'incontro ai destinatari (Melchiorre et al., 2026).

La letteratura psicoanalitica distingue ulteriormente il setting in setting esterno e setting interno (Schafer, 1983). Il primo è quello già definito precedentemente, ovvero l'insieme degli elementi formali (spazio e tempo), mentre il secondo è costituito dalla disposizione e dall'atteggiamento dell'operatore, come la coerenza, l'empatia e la capacità di offrire al paziente un'atmosfera sufficientemente sicura. Alizade (2002) definisce l'*encuadre* interno come un dispositivo di lavoro incorporato nella mente dell'analista e nell'atmosfera della seduta, comprendente l'ascolto, l'attenzione fluttuante, la regola dell'associazione libera, l'astinenza e l'analisi dell'analista. Parsons (2007) descrive il setting analitico interno come una struttura psichica presente nella mente dell'analista caratterizzata da significati simbolici e inconsci. Di conseguenza un setting interno sufficientemente sicuro può consentire una certa flessibilità del setting esterno senza compromettere la qualità analitica. In questa prospettiva, se nell'*outreach* il setting esterno viene meno, il setting interno assume un'inevitabile centralità nel gestire la relazione in contesto caotici e insoliti, e consente all'operatore di mantenere una cornice stabile anche quando il contesto esterno cambia (Tokgoz, 2023). In questa prospettiva, il setting interno all'operatore diventa quindi il riferimento stabile che permette di instaurare una relazione professionale di aiuto, come viene mostrato in uno studio su interventi territoriali rivolto a

famiglie vulnerabili (Tokgoz, 2023). Pertanto, in contesti in cui il setting fisico muta continuamente, gli operatori si collocano tra realtà esterna e interna, mantenendo un atteggiamento e una cornice relazionale che risiedono primariamente dentro di loro.

Il setting non strutturato aggiunge all'*outreach* anche il fattore dell'imprevedibilità. La gestione degli elementi di imprevedibilità, definita da Andersson (2013) come gestione della contingenza (*managing contingency*), diventa una delle dimensioni principali del lavoro di prossimità. Infatti, le situazioni in cui gli operatori intervengono hanno spesso un carattere aperto e inatteso e possono evolvere in direzioni inaspettate. Questo richiede loro la capacità di improvvisare e di adattarsi, e sottolinea la necessità di creatività e flessibilità da parte degli operatori (Erickson & Page, 1999).

Infine, l'ultimo aspetto che caratterizza il setting non strutturato è la "vulnerabilità reciproca", "*two-sided vulnerability*" (Andersson, 2013). Rispetto alla persona incontrata, questa si manifesta nel carattere svelante dell'*outreach* che rende immediatamente visibile la condizione di marginalità delle persone incontrate allo sguardo e alla pratica professionale dell'operatore. La vulnerabilità dell'operatore, invece, è caratterizzata dall'esposizione a comportamenti violenti e reazioni aggressive da parte delle persone incontrate, che possono essere la risposta all'incontro non richiesto e all'ingresso fisico nei loro spazi di vita quotidiana. Per questa ragione è fondamentale che gli operatori valutino costantemente i rischi a cui possono andare incontro, per proteggere sia le persone incontrate che loro stessi, mantenendo un'attenzione costante ai potenziali pericoli. Per costruire una sicurezza relazionale e allo stesso tempo evitare un atteggiamento invadente in un setting non strutturato, l'operatore deve saper prestare attenzione al proprio posizionamento fisico. Jiao et al. (2022) riportano strategie per costruire relazioni di fiducia, come ad esempio abbassarsi fisicamente al "livello della strada" (sedendosi o accovacciandosi), rispettare lo spazio personale e mantenere un linguaggio del corpo aperto e non fraintendibile. Queste strategie permettono di comunicare in maniera non verbale il rispetto da parte dell'operatore e la disponibilità all'ascolto.

In conclusione, il setting dell'*outreach* si configura come uno spazio di soglia, una zona intermedia tra informalità e professionalità, che riduce la distanza dai servizi istituzionali e il timore nei loro confronti (Melchiorre et al., 2026).

2.3 Tecniche di aggancio a bassa soglia

L'approccio a bassa soglia (*low-threshold*) indica l'insieme di strategie finalizzate a ridurre le barriere strutturali e le modalità di accesso eccessivamente rigide che possono limitare l'accesso

ai servizi tradizionali (Korf et al., 1999). Pertanto, l'obiettivo finale del lavoro a bassa soglia rimane analogo a quello dell'*outreach*, ovvero facilitare il contatto con i servizi da parte di persone o gruppi che, vivendo in condizioni di marginalità sociale, risultano difficilmente raggiungibili attraverso i canali ordinari.

Sebbene i concetti di bassa soglia e *outreach* siano strettamente collegati, non possono essere utilizzati come sinonimi. Infatti, la bassa soglia caratterizza i servizi che cercano di rimuovere le barriere di accesso e di rendere l'intervento facilmente accessibile. In particolare, nei servizi a bassa soglia con sede fissa, l'accesso presuppone generalmente che sia la persona a recarsi presso il servizio (Korf et al., 1999). L'*outreach* invece è una modalità d'intervento proattiva nella quale, come già detto, sono gli operatori che raggiungono le persone nei loro luoghi di vita. Pertanto, un'attività di *outreach* può essere organizzata secondo criteri di bassa soglia, ma i due concetti in sé rimandano a modalità di intervento differenti (Korf et al., 1999).

L'aggancio è alla base della creazione del contatto e costituisce una delle prime fasi degli interventi di *outreach*. Esso non coincide necessariamente con una presa in carico immediata, ma serve piuttosto a creare le basi per una relazione di fiducia e per un possibile percorso di cambiamento (Andersson, 2013). Nella fase dell'aggancio, il principio della bassa soglia si traduce in alcune caratteristiche operative: flessibilità, risposta concreta, rispetto, peer worker e continuità.

La flessibilità riguarda sia l'organizzazione concreta delle attività sia la relazione tra operatori e destinatari (Sorsa et al., 2023). La flessibilità viene intesa come la disponibilità da parte degli operatori di modulare i tempi e le modalità degli incontri, con attenzione ai ritmi e alle esigenze individuali e può favorire anche la costruzione di un rapporto di fiducia (Sorsa et al., 2023). Inoltre, in certe situazioni, le redini dell'intervento vengono affidate proprio alle persone beneficiarie del servizio, secondo la modalità *client-driven*. Questo metodo prevede che sia la persona destinataria a guidare il percorso, determinando le priorità da affrontare e i ritmi da seguire, affinché il percorso non venga percepito come coercitivo (Jiao et al., 2022).

Nella risposta concreta, gli operatori possono fornire informazioni, materiali di prevenzione, orientamento ai servizi e supporto nell'accesso alle risorse, già durante i primi contatti (Korf et al., 1999). L'intervento, infatti, non deve necessariamente partire dal racconto dettagliato della propria condizione, e la risposta a un bisogno concreto può rappresentare una prima modalità di aggancio e creare le condizioni per contatti successivi (Andersson, 2013; Sorsa et al., 2023), oltre che favorire la creazione di un rapporto di fiducia come introdotto in precedenza.

Mettendo al primo posto il rispetto per la persona incontrata e per la sua vulnerabilità, una modalità di aggancio a bassa soglia prevede che gli operatori attendano che sia la persona a fare il primo passo (*wait and see*). Gli operatori quindi si rendono visibili e disponibili, ma lasciano che sia la persona incontrata a scegliere quando avvicinarsi, evitando così un atteggiamento eccessivamente invadente e intrusivo (Andersson, 2013). Analogamente, alla base di tutte le modalità di aggancio a bassa soglia, deve esserci un atteggiamento non giudicante da parte dell'operatore, così da ridurre il rischio che l'intervento venga percepito come un'ulteriore esperienza di stigma o esclusione (Sorsa et al., 2023).

L'informalità può facilitare l'aggancio e ridurre la distanza sociale tra operatori e destinatari, soprattutto nei contesti non istituzionali (Ng & McQuiston, 2004). Gli operatori possono attenuare l'esercizio dell'autorità e adottare un approccio più personale, creando un'atmosfera informale e accessibile (Sahlin & Löfstrand, 2001; Ng & McQuiston, 2004). Tuttavia, un'eccessiva personalizzazione della relazione può rendere meno visibile la distinzione del ruolo dell'operatore. È importante quindi prestare attenzione alla dimensione etica dell'intervento, mantenendo chiari i confini professionali (Andersson, 2013; Fisk et al., 1999).

I *peer worker* sono persone che possono facilitare l'aggancio, in quanto sono operatori che provengono dal gruppo di appartenenza della persona destinataria o hanno avuto esperienze dirette nel contesto di riferimento specifico. Per esempio, persone uscite da un percorso di tossicodipendenza che a loro volta diventano operatori di strada (Johnson et al., 2025). La loro presenza, infatti, aiuta a creare rapidamente rapporti di fiducia e empatia rendendo l'intervento più credibile.

Infine, la continuità è un aspetto fondamentale nella fase dell'aggancio quando la persona non è ancora pronta a intraprendere un percorso di cambiamento. La continuità serve a ridurre la sfiducia nei servizi, e a costruire il rapporto di fiducia necessario rafforzandolo nel tempo (Johnson et al., 2025).

2.4 Tecniche di riduzione del danno

La riduzione del danno (*harm reduction*) può costituire una finalità importante di molti interventi di *outreach* (Korf et al., 1999). Essa comprende un insieme di strategie finalizzate a ridurre gli effetti negativi di comportamenti o situazioni rischiose, senza necessariamente doverli eliminare completamente (Hawk et al., 2017).

La riduzione del danno non deve essere intesa come accettazione o giustificazione dei comportamenti rischiosi, ma consente di promuovere sicurezza e accesso al supporto anche

quando la persona non è ancora pronta a interrompere completamente i propri comportamenti rischiosi (Hawk et al., 2017). Alcuni esempi consistono nella distribuzione di siringhe sterili e materiale sicuro nei contesti di persone che fanno uso di droghe, oppure protezioni nell'ambito del *sex worker* per prevenire la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili (Hawk et al., 2017). Tali approcci permettono innanzitutto di mantenere un contatto nel tempo, tornando al concetto di continuità definito nella sezione precedente, e in seguito accompagnare la persona verso il cambiamento (Stimson, 1998).

Stimson (1998) sintetizza le principali componenti della riduzione del danno attraverso lo schema ACME. Il primo è *l'awareness*, ovvero la diffusione di informazioni per aumentare la consapevolezza dei rischi per la salute. La seconda componente è il *contact*, che consiste nel raggiungere le popolazioni target, rendere i servizi accessibili e mantenere il contatto nel tempo, anche quando il cambiamento non si verifica immediatamente. Il terzo elemento è rappresentato dai *means*, ovvero dagli strumenti che consentono alle persone di ridurre i rischi e modificare i propri comportamenti. Tra questi rientrano ad esempio le siringhe sterili e i preservativi. Infine, *l'endorsement* riguarda il sostegno agli interventi di riduzione del danno da parte delle comunità locali, degli operatori sanitari e delle istituzioni per favorire l'accettazione sociale e istituzionale di tali interventi (Stimson, 1998).

Insieme alle tecniche di aggancio a bassa soglia, le strategie di riduzione del danno costituiscono quindi la base relazionale e operativa dell'intervento di *outreach*. Il lavoro di prossimità, inoltre, non si esaurisce nella creazione del primo contatto, ma prosegue attraverso forme di supporto sociale e interventi finalizzati a migliorare il benessere e le condizioni di vita delle persone incontrate.

2.5 L'integrazione tra supporto pratico e dimensione psicologica dell'intervento di outreach

Le persone incontrate durante gli interventi di *outreach* possono presentare bisogni molteplici e interconnessi, riguardanti la salute, le condizioni abitative, la situazione economica e sociale, l'accesso ai servizi e il benessere psicologico. Per questo motivo, *l'outreach* si configura come un intervento flessibile e multidimensionale che comprende diverse attività che vanno dal supporto pratico alla dimensione più psicologica, sociale e relazionale (Jiao et al., 2022).

Barnett et al. (2022) evidenziano come tra le condizioni sociali e la salute mentale esista un rapporto di bidirezionalità. Alcune condizioni sociali, come la povertà o la precarietà abitativa possono contribuire all'insorgenza e alla persistenza del disagio psicologico; allo stesso tempo,

la presenza di problematiche legate alla salute mentale può aggravare le difficoltà sociali. Condizioni sociali sfavorevoli possono inoltre costituire una barriera all'accesso a trattamenti efficaci. Il supporto pratico e la dimensione relazionale e psicosociale dell'*outreach* non rappresentano quindi necessariamente livelli di intervento separati, ma possono intrecciarsi e rafforzarsi reciprocamente nel corso degli incontri (Sarradon-Eck et al., 2014).

Nell'*outreach*, il supporto pratico può rappresentare una delle prime fonti di intervento in caso di mancanza di risorse primarie, come il cibo o una sistemazione sicura (Johnson et al., 2025). Far fronte a queste priorità permette poi di direzionare l'intervento su altri tipi di bisogni, come la salute fisica e mentale, avviando l'inizio del percorso di cambiamento. Soddisfare questi bisogni immediati non risponde solo a una finalità assistenziale, ma permette di intervenire sulle condizioni concrete che ostacolano il benessere della persona (Johnson et al., 2025). Le persone incontrate possono dunque esprimere inizialmente i propri "piccoli bisogni" concreti, creando così una dimensione di fiducia nell'operatore e condividere solo successivamente i propri "grandi bisogni" (Saldanha & Parenteau, 2013). La dimensione di fiducia può essere quindi riconosciuta come punto di integrazione tra supporto pratico e dimensione psicologica dell'intervento. In particolare, il supporto pratico è l'origine e la condizione alla base della creazione di un rapporto di fiducia, che a sua volta è la condizione necessaria per entrare in una dimensione psicologica. In quest'ottica, quindi, la fiducia tra operatore e persona incontrata è alla base della trasformazione del primo intervento concreto di tipo più assistenzialistico, in una relazione più profonda. Questo apre spazio ad una presa in carico più ampia della persona, che si declina anche come accompagnamento psicologico ed emotivo.

In particolare, la dimensione psicologica dell'*outreach* si concretizza nelle modalità con cui l'operatore si pone nella relazione. Una disposizione all'ascolto, un atteggiamento rispettoso ed empatico, insieme all'attenzione per le priorità espresse dalla persona, possono creare un clima di sicurezza psicologica e rafforzare la fiducia del destinatario (Johnson et al., 2025). Anche il coinvolgimento delle persone nel processo decisionale relativo al proprio percorso può avere un ruolo significativo nella valorizzazione della persona. Questo approccio consente di riconoscere il valore delle competenze che ciascuno possiede rispetto alla propria salute e di promuovere una maggiore condivisione del potere nella relazione di aiuto. Tale modalità può contribuire a rafforzare l'autoefficacia e a sostenere la continuità del rapporto con i servizi.

La complessità dei bisogni delle persone incontrate necessita quindi della coordinazione di un gruppo di professionisti di ambiti diversi, in modo da poter creare interventi di *outreach* multidisciplinare. Infine, per offrire una risposta completa, è necessario che l'intervento di

outreach sia fondato anche su un approccio incentrato sulla persona, culturalmente sensibile e attento agli effetti del trauma (Barnett et al., 2022; Johnson et al., 2025). L'approccio *Trauma-Informed Care* sarà approfondito nel prossimo capitolo.

3 L'approccio Trauma Informed-Care (TIC) e le donne vittime di tratta

Nel primo capitolo di questa tesi è stato evidenziato come le donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale siano soggette a molteplici esperienze traumatiche ripetute nel tempo, caratterizzate da violenza, abusi sessuali e fisici, coercizione e perdita di autonomia. Le esperienze traumatiche hanno un impatto profondo sulle aree di funzionamento della persona e di conseguenza influenzano e alterano il proprio stile di vita, ristrutturando la percezione che hanno di loro stesse e del mondo. A seguito di questi eventi non è più sufficiente garantire loro l'accesso ai servizi e alle risorse poiché ciò che hanno vissuto può compromettere molto la fiducia nelle altre persone, al punto che anche i servizi di aiuto possono essere percepiti come delle potenziali minacce. Diventa quindi necessario individuare delle modalità che facciano sentire la persona al sicuro e permettano di ricostruire un rapporto di fiducia, la cui importanza è già stata ripetutamente sottolineata nel corso della tesi.

L'approccio *Trauma-Informed Care* (TIC) verrà analizzato all'interno di questo capitolo in quanto risulta in grado di rispondere a queste situazioni, facilitando l'accesso e influenzando positivamente la possibilità che la persona accetti il sostegno. Nella prima parte di questo capitolo verrà analizzata la natura di questo approccio e i suoi principi. Successivamente si osserverà come le pratiche dell'*outreach* possono essere valorizzate quando vengono orientate dai principi del *Trauma-Informed Care*, e infine come tale approccio può configurarsi come modalità di incontro con le donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale.

3.1 I pilastri del Trauma-Informed Care

L'approccio *Trauma-Informed Care* si sviluppa a partire dal lavoro di Harris e Fallot (2001) ed è stato successivamente elaborato e sistematizzato negli Stati Uniti dalla *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), integrando la ricerca scientifica sul trauma, esperienze di professionisti, e testimonianze di persone sopravvissute al trauma (SAMHSA, 2014).

Questo approccio si colloca all'interno di una crescente consapevolezza riguardo al trauma psicologico e dei suoi effetti sul funzionamento individuale, sociale e relazionale. Il concetto di *traumatic stress* si è sviluppato nel campo della salute mentale a partire dagli anni Settanta (Horowitz, 1973; Horowitz & Solomon, 1975; Burgess & Holmstrom, 1974). Negli anni, numerose ricerche cliniche e classificazioni diagnostiche hanno contribuito alla formulazione di diverse definizioni di evento traumatico. Tra queste, una contribuzione importante e pertinente all'oggetto della tesi è stata fornita dall'*American Psychiatric Association* (2013) che

nel DSM-5 considera tra gli eventi traumatici l'esposizione a morte reale o minacciata, grave lesione o violenza sessuale. La SAMHSA definisce il trauma individuale come *“un evento, una serie di eventi o un insieme di circostanze vissute dalla persona come fisicamente o emotivamente dannosi o pericolosi per la vita e che hanno effetti duraturi sul funzionamento individuale e sul benessere mentale, fisico, sociale o spirituale”* (SAMHSA, 2014, p. 7, traduzione mia). Questa definizione sottolinea l'importanza di considerare non solo l'evento traumatico, ma anche l'esperienza soggettiva della persona e le conseguenze che ne derivano.

Le conseguenze delle esperienze traumatiche non riguardano esclusivamente la salute mentale. Alcuni studi hanno infatti evidenziato delle associazioni tra l'esposizione a esperienze traumatiche e conseguenze sulla salute fisica o sull'uso di sostanze (Felitti et al., 1998; Anda et al., 2008; Bonomi et al., 2007; Dube et al., 2003). Di conseguenza, chi accede ai servizi non lo fa necessariamente in primo luogo per ricevere un supporto rispetto alle esperienze traumatiche vissute. Infatti, in molti casi sono i problemi di salute o le condizioni di dipendenza, conseguenti al trauma, che spingono la persona a ricercare supporto riguardo quell'ambito specifico (Harris & Fallot, 2001).

Nel mondo dei servizi, le persone che hanno vissuto esperienze traumatiche non si interfacciano solamente con professionisti che trattano questi vissuti, ma entrano in contatto con numerosi professionisti di altri ambiti. Questi ultimi, se non adeguatamente formati sul trauma potrebbero potenzialmente influire negativamente, facendo allontanare la persona dall'accesso ai servizi stessi (Harris & Fallot, 2001). Alcune testimonianze di persone che hanno vissuto tali situazioni, hanno infatti evidenziato il ruolo delle condizioni organizzative dei servizi nel favorire o meno il percorso di recupero. In particolare, alcune procedure istituzionali, tra cui l'isolamento, contenzione o altre pratiche coercitive, possono riprodurre involontariamente le sensazioni vissute durante gli eventi traumatici, provocando una ri-traumatizzazione (SAMHSA, 2014). Inoltre, i servizi tradizionali tendono a concentrarsi sui singoli sintomi e sulla loro stabilizzazione, trascurando le interconnessioni tra i diversi comportamenti e la loro possibile funzione adattiva per far fronte a eventi traumatici (Harris & Fallot, 2001; Harris, 1998). Di conseguenza, comportamenti che appaiono ostili o disinteressati potrebbero essere interpretati come una mancanza di motivazione o di interesse (Levenson, 2017).

Un ulteriore elemento critico dei servizi tradizionali riguarda l'asimmetria di potere nella relazione tra l'operatore e la persona. L'operatore, infatti, è considerato il principale titolare delle conoscenze, delle risorse e del potere decisionale. Questa impostazione può rendere difficile una collaborazione autentica e rievocare le dinamiche di abuso, nelle quali una persona

percepita come più potente imponeva le proprie decisioni e manteneva il controllo della relazione (Harris & Fallot, 2001).

Il TIC quindi non si limita ad introdurre interventi specifici sul trauma, ma propone di integrare la consapevolezza del trauma nelle culture organizzative, nelle procedure amministrative e nella formazione del personale. Pertanto, si configura come un nuovo paradigma che ristrutturava l'organizzazione e le modalità con cui vengono erogati i servizi e i sistemi di cura e assistenza, al fine di renderli più accessibili, sicuri e non ri-traumatizzanti anche per coloro che sono stati esposti a esperienze traumatiche (Harris & Fallot, 2001; Levenson, 2017; SAMHSA, 2014).

In quest'ottica, un servizio che si basa sull'approccio *Trauma-Informed Care* viene descritto come: “*un programma, un'organizzazione o un sistema che riconosce l'impatto diffuso del trauma e comprende i possibili percorsi di recupero; riconosce i segni e i sintomi del trauma negli utenti, nelle famiglie, nel personale e nelle altre persone coinvolte nel sistema; e risponde integrando pienamente la conoscenza del trauma nelle politiche, nelle procedure e nelle pratiche, cercando attivamente di prevenire la ri-traumatizzazione*” (SAMHSA, 2014, p. 9, traduzione mia).

Questa definizione identifica il *Trauma-Informed Care* come un approccio che non coincide con una singola tecnica di intervento ma si estende a molteplici modalità di trattamento, di accoglienza e pratiche quotidiane da applicare stabilmente a tutti i livelli del sistema. Richiede pertanto una formazione e un'attenzione al trauma da parte di tutti gli operatori all'interno del sistema: dal personale che si occupa dell'accoglienza fino a coloro che valutano la persona e la prendono in carico (Harris & Fallot, 2001; Elliott et al., 2005).

Il modello *Trauma-Informed Care* costituisce una cornice di intervento più ampia rispetto ai trattamenti e agli interventi specificamente orientati al trauma. Questi ultimi mirano infatti a trattare direttamente le conseguenze psicologiche del trauma e possono prevedere tecniche cliniche finalizzate alla riduzione dei suoi sintomi, all'elaborazione dei ricordi traumatici o al miglioramento della regolazione emotiva (Levenson, 2017). Tra questi rientrano, ad esempio, tecniche di *grounding* o terapie di desensibilizzazione che vengono proposte quando la persona riconosce il bisogno di affrontare tali vissuti (Harris & Fallot, 2001). L'obiettivo del TIC, invece, è un'azione a livello di sistema, che mira a creare servizi accessibili e appropriati anche per coloro che hanno vissuti traumatici. In questa prospettiva, il TIC non si sostituisce agli interventi specifici sul trauma, ma può integrarli all'interno di una più ampia cornice di presa in carico.

Dall'insieme di queste considerazioni la SAMHSA (2014) ha identificato 6 principi fondanti dell'approccio *Trauma-Informed Care*.

Il primo principio è quello della *sicurezza*, la quale deve essere garantita sul piano fisico, psicologico e relazionale. Un servizio sicuro coordina una protezione da pericoli materiali, con la creazione di un clima prevedibile e rispettoso. Il linguaggio utilizzato, l'ambiente fisico, i confini di ruolo e le modalità con cui l'operatore incontra la persona, fungono da strumenti per garantire la sicurezza (Levenson, 2017; Hopper et al., 2010). Nella relazione, la sicurezza è caratterizzata da coerenza prevedibilità e rispetto (Elliott et al., 2005). Infine, è importante che l'operatore comprenda e si adatti a ciò che viene definito e percepito come sicuro dalla persona che riceve il servizio, poiché un contesto considerato sicuro dal professionista potrebbe non esserlo per chi ha vissuto esperienze traumatiche.

Il secondo principio riguarda la *fiducia e trasparenza*. La fiducia necessita di tempo per essere costruita e, durante questo processo, l'operatore deve saper dimostrare sicurezza, rispetto e accettazione dell'altro al fine di facilitarne la creazione (Elliott et al., 2005). Il tempo necessario per costruire un rapporto di fiducia è correlato anche ai ritmi della persona e alla gradualità con cui avvengono le condivisioni (Levenson, 2017). La trasparenza, invece, consiste nel fornire informazioni chiare riguardo al ruolo del professionista e le procedure dell'intervento (Harris & Fallot, 2001).

Il terzo principio è caratterizzato dal *supporto tra pari*, ovvero da persone che hanno avuto esperienze traumatiche. Il confronto con persone che hanno attraversato esperienze simili può favorire sicurezza e creare speranza nella persona che accede ai servizi. Questa tipologia di supporto facilita anche la creazione del rapporto di fiducia e la collaborazione.

Il quarto principio riguarda la *collaborazione e mutualità*. Nell'approccio *trauma-informed* la condivisione del potere e del processo decisionale rappresenta uno dei punti principali per la progettazione di un percorso efficace. Il servizio riconosce nel destinatario un portatore fondamentale di informazioni e competenze. Il professionista non è più considerato come l'unico titolare delle conoscenze e delle soluzioni, come accadeva nell'approccio tradizionale, ma assume il ruolo di facilitatore di un percorso costruito insieme alla persona (Harris & Fallot, 2001). La SAMHSA (2014) estende il principio di collaborazione e mutualità anche ai rapporti tra le diverse figure professionali all'interno del sistema, in quanto il TIC richiede una partecipazione condivisa a tutti i livelli del servizio.

Il quinto principio riguarda l'*empowerment, la voce e la possibilità di scelta*. Il TIC mira, infatti, a restituire alla persona l'autonomia e un senso di controllo sulla propria vita (Harris & Fallot,

2001). L'organizzazione dei servizi deve quindi valorizzare i punti di forza e le esperienze della persona, coinvolgendola in un processo decisionale in cui il destinatario può esprimere i propri bisogni ed individuare gli obiettivi.

Il sesto principio riguarda le *dimensioni culturali, storiche e di genere*. Un servizio *Trauma-Informed* deve impegnarsi nel contrastare i pregiudizi culturali e gli stereotipi, proponendo interventi sensibili alle differenze di genere e alle esigenze etniche e culturali e riconoscendo l'impatto dei traumi storici.

Nel loro insieme questi sei principi non devono essere intesi come procedure rigide, ma come un orientamento generale per l'erogazione dei servizi. Essi si intrecciano e devono essere presi in considerazione durante tutte le differenti fasi del servizio. Pertanto, un sistema può definirsi *trauma-informed* non soltanto quando adotta singole pratiche per intervenire sul trauma, ma quando integra questi principi nella cultura organizzativa, nelle politiche e nelle procedure del servizio.

3.2 Il Trauma-Informed Care come valorizzazione dei principi dell'outreach

Il punto di connessione tra la pratica dell'*outreach* e l'approccio *Trauma-Informed Care* risiede nel fatto che le attività di *outreach* si rivolgono frequentemente a persone che possono aver sperimentato situazioni di violenza, marginalità, esclusione sociale o altre esperienze potenzialmente traumatiche. In questo contesto, l'approccio *Trauma-Informed Care* può offrire una prospettiva utile per orientare le pratiche di *outreach*, modificando il modo in cui gli operatori interpretano i comportamenti delle persone e organizzano la relazione di aiuto (Elliott et al., 2005; Levenson, 2017; Boyce et al., 2025).

Nel secondo capitolo è stato evidenziato che l'*outreach* non si esaurisce necessariamente nel contatto iniziale, ma può comprendere la costruzione della relazione, l'identificazione condivisa dei bisogni, il collegamento con le risorse e il sostegno ai processi di cambiamento. Un approccio *trauma-informed* permette di comprendere le implicazioni psicologiche, relazionali ed etiche di queste pratiche dell'*outreach*, portando l'operatore ad interrogarsi non soltanto su quali interventi adottare, ma anche sul modo in cui vengono proposti e sull'esperienza che producono nella persona (SAMHSA, 2014; Levenson, 2017).

Molti dei principi e delle modalità proprie dell'*outreach* risultano coerenti con una prospettiva *trauma-informed*. L'integrazione di tale prospettiva non richiede pertanto una radicale ridefinizione delle pratiche esistenti, ma può contribuire ad orientare alcuni aspetti dell'intervento dell'*outreach*. In particolare, è possibile individuare tre aree principali in cui

l'approccio *Trauma-Informed Care* assume particolare rilevanza: il contatto, la relazione e il *linkage*.

3.2.1 Il contatto

Riguardo il contatto, una prima analisi riguarda il concetto del setting non strutturato dell'*outreach*. Nella sezione 2.2 il setting non strutturato è stato collegato alla possibilità di incontrare le persone nei loro luoghi di vita, adattando tempi e modalità dell'intervento a contesti che non rientrano nella sfera di controllo degli operatori. Tuttavia, questa modalità rende l'incontro imprevedibile e incerto. L'approccio *trauma-informed* evidenzia però come una situazione di imprevedibilità possa innescare meccanismi che fanno venire meno il principio di sicurezza del TIC. Pertanto, il *Trauma-Informed Care* richiede che la flessibilità del setting sia accompagnata da trasparenza e prevedibilità, con un chiarimento da parte dell'operatore del proprio ruolo, del motivo della sua presenza e delle forme di sostegno che può offrire (SAMHSA, 2014; Harris & Fallot, 2001). La chiarezza e la prevedibilità assumono dunque una funzione che va oltre l'organizzazione dell'intervento poiché consentono di costruire un senso di sicurezza all'interno dell'incontro (Elliott et al., 2005). La flessibilità dell'*outreach* diventa quindi realmente *trauma-informed* quando si traduce nella capacità di adattare tempi e modalità dell'intervento mantenendo chiarezza, coerenza e attenzione alla sicurezza psicologica della persona.

Un altro aspetto dell'*outreach* che può essere ulteriormente interpretato dal TIC riguarda il principio di non intrusività messo in atto con la modalità "*wait and see*". Questo metodo, che nell'*outreach* viene applicato per favorire l'aggancio ed evitare un atteggiamento invadente, assume, in una prospettiva *trauma-informed*, anche la funzione di restituire alla persona una parte di controllo sull'interazione e di ridurre il rischio che l'intervento venga vissuto come una nuova forma di imposizione o di esperienza traumatizzante (SAMHSA, 2014; Levenson, 2017; Boyce et al., 2025).

Nell'*outreach*, la non intrusività costituisce un principio particolarmente importante nella fase di aggancio, durante la quale si cerca di avviare un processo di interazione con la persona che necessita di sostegno. In questa fase, la metodologia dell'*outreach* raccomanda che l'operatore costruisca una atmosfera rispettosa, accogliente e non giudicante. Nonostante tali accorgimenti, la persona può manifestare tuttavia atteggiamenti di ostilità, diffidenza o di rifiuto. La prospettiva *trauma-informed* consente all'operatore di non interpretare automaticamente queste reazioni come mancanza di interesse o come un rifiuto della relazione, ma di leggerle alla luce delle possibili esperienze traumatiche vissute dalla persona e delle loro conseguenze

psicologiche. In particolare, questi comportamenti possono essere compresi come modalità protettive sviluppate in risposta a precedenti esperienze di minaccia, violenza o controllo (Levenson, 2017). La maggiore consapevolezza dell'impatto del trauma permette quindi all'operatore di modificare il proprio comportamento e le modalità di interazione già nella fase di aggancio. In questa prospettiva, il TIC non interviene soltanto sulla comprensione del comportamento della persona, ma modifica anche la risposta dell'operatore, che viene adattata all'interno del contesto più ampio della sua esperienza (Harris & Fallot, 2001; Levenson, 2017). Pertanto, l'operatore deve evitare risposte colpevolizzanti o punitive che rischierebbero di riprodurre dinamiche di potere già sperimentate dalla persona (Harris & Fallot, 2001). Al contrario, l'operatore risponde con calma, rispetto e assenza di giudizio, utilizzando l'ascolto attivo per mantenere aperto il contatto ed evitare il fenomeno della ri-traumatizzazione (Levenson, 2017; Boyce et al., 2025).

3.2.2 La relazione

All'interno dell'area della relazione, l'ascolto ed il rispetto dei tempi della persona sono i temi principali su cui analizzare il rapporto tra *outreach* e *Trauma-Informed Care*.

L'ascolto, elemento centrale dell'*outreach*, non consiste soltanto nella raccolta di informazioni, ma diventa uno strumento per costruire un rapporto di fiducia e permettere alla persona di condividere la propria esperienza secondo i propri tempi (Boyce et al., 2025). In questa prospettiva, l'operatore non dovrebbe esercitare pressione affinché la persona condivida informazioni intime o traumatiche prima di essere pronta a farlo (Levenson, 2017). Il *Trauma-Informed Care* non richiede infatti necessariamente la *disclosure* del trauma, ma implica la capacità di lavorare tenendo conto della possibilità che tali esperienze siano presenti e possano influenzare il rapporto con il servizio (Singh et al., 2020; Morton Ninomiya et al., 2023).

L'attenzione alla sicurezza della relazione si riflette anche nel rispetto dei tempi e del ritmo della persona. Nell'*outreach* questi principi erano alla base della flessibilità del setting non strutturato, e nel TIC assumono un ulteriore significato: consentire alla persona di mantenere un certo grado di controllo sul processo di aiuto e ridurre il rischio che l'intervento venga percepito come coercitivo o controllante (Boyce et al., 2025). Per esempio, Boyce et al. (2025), in un articolo in cui analizzano l'*outreach trauma-informed* applicato in contesti di prostituzione di strada, evidenziano l'importanza di creare interventi su misura per i ritmi e i bisogni delle donne incontrate. Ciò si traduce anche nel loro coinvolgimento durante la definizione dei bisogni e delle priorità.

Un ulteriore aspetto in cui l'approccio *Trauma-Informed Care* può valorizzare la metodologia dell'*outreach* riguarda la tutela degli operatori. Un'organizzazione che adotta un approccio *trauma-informed* riconosce che gli effetti del trauma possono ripercuotersi anche su chi offre supporto e assistenza. Il contatto continuo con storie ed esperienze traumatiche può esporre gli operatori al rischio di sviluppare stress traumatico secondario o trauma vicario (SAMHSA, 2014). La TIC sottolinea quindi l'importanza di garantire agli operatori opportunità di formazione, supervisione e adeguate forme di sostegno (SAMHSA, 2014; Boyce et al., 2025).

3.2.3 Il linkage

L'*outreach* non si esaurisce necessariamente nel contatto iniziale o nella costruzione della relazione, ma può proseguire attraverso il sostegno sociale, l'accompagnamento e il collegamento con le risorse presenti sul territorio. Nel sottocapitolo 2.1 il *linkage* è stato descritto come la costruzione di un collegamento tra le persone raggiunte e i servizi necessari per rispondere ai bisogni individuati.

In una prospettiva *trauma-informed*, il *linkage* non dovrebbe ridursi a un invio formale o alla semplice consegna di informazioni. Il passaggio verso un altro servizio dovrebbe essere costruito attraverso un processo di decisione condivisa, fornendo alla persona informazioni chiare sulle risorse disponibili e sulle modalità del percorso successivo (Kulkarni, 2018; SAMHSA, 2014). In questo modo la persona può mantenere un ruolo attivo nel percorso partecipando alla definizione delle priorità e conservando un maggiore senso di controllo sulle decisioni che la riguardano, secondo il principio dell'empowerment (Kulkarni, 2018; Levenson, 2017).

La continuità assume un valore importante nella fase di collegamento con i servizi territoriali. Boyce et al. (2025) evidenziano che il ricambio frequente degli operatori ostacola la sostenibilità dell'approccio *trauma-informed* poiché costringe le persone a dover ricostruire continuamente la fiducia con operatori nuovi. In particolare, per persone che hanno vissuto esperienze traumatiche di natura interpersonale, il processo di costruzione della fiducia può risultare più complesso a causa delle aspettative negative che queste persone ripongono nelle interazioni sociali (Bell et al., 2019). Questa diffidenza iniziale e mancanza di fiducia può essere di nuovo vista come una forma di autoprotezione messa in atto dalla persona che ha subito il trauma.

La continuità richiede inoltre un coordinamento tra i diversi servizi, affinché la persona non debba ricominciare il proprio percorso a ogni nuovo accesso. Dover ripetere continuamente la

propria storia e i propri bisogni può rendere il passaggio faticoso e potenzialmente ri-traumatizzante (Boyce et al., 2025).

3.3 Le specificità dell'intervento con le donne vittime di tratta

Nel lavoro di *outreach* con le donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale vi sono alcune specificità da prendere in considerazione.

Una prima specificità riguarda la natura cumulativa del trauma. L'esperienza della tratta non costituisce necessariamente un evento isolato ma può inserirsi in una storia più ampia di trascuratezza, abuso e vulnerabilità che segna fasi differenti della vita della persona (Tsoi et al., 2025). Tsoi et al. (2025) descrivono questa condizione come un trauma multilivello che comprende le esperienze precedenti alla tratta, quelle vissute durante lo sfruttamento e le difficoltà che possono manifestarsi nel periodo successivo.

La presenza di esperienze traumatiche precedenti è documentata anche dallo studio di Zimmerman et al. (2008), condotto su donne e adolescenti vittime di sfruttamento in Europa. Il 59% delle partecipanti aveva sperimentato forme di abuso già prima dello sfruttamento. Questo dato evidenzia come la violenza subita durante la tratta possa sovrapporsi a vulnerabilità e traumi precedenti contribuendo a rendere più complesso il successivo percorso di recupero.

In una ricerca successiva di Abas et al. (2013), realizzata su donne sopravvissute alla tratta rientrate in Moldavia, viene confermata l'importanza di considerare l'intero percorso biografico della persona. La salute mentale delle donne risultava infatti influenzata da una pluralità di fattori pre-tratta, legati alla tratta e post-tratta. In particolare, alcuni fattori che vengono associati ad una maggiore probabilità di sviluppare disturbi mentali sono la presenza di abusi sessuali durante l'infanzia oppure, nella fase post-tratta, la presenza di bisogni primari non soddisfatti (Abas et al., 2013).

Il riferimento ai bisogni non soddisfatti mostra come la salute mentale non possa essere separata dalle condizioni concrete in cui la donna si trova dopo la tratta. Le sopravvissute, infatti, possono necessitare contemporaneamente di sostegno psicologico, cure mediche, protezione, alloggio, assistenza legale, supporto economico e mediazione linguistica (Hemmings et al., 2016). Pertanto, è necessaria una valutazione globale dei bisogni e una risposta integrata e coordinata tra i servizi (Hemmings et al., 2016).

Nel complesso, questi elementi mostrano che il lavoro richiede un approccio informato sul trauma, capace di considerare la storia complessiva della persona e le diverse conseguenze dell'esperienza di sfruttamento. Allo stesso tempo, la complessità dei bisogni conferma che

l'intervento non può concentrarsi su una sola dimensione, ma deve collegare il sostegno psicologico e relazionale con le risposte sanitarie, sociali, abitative e legali. In questo senso, *l'outreach trauma-informed* si fonda sia sulla comprensione della dimensione traumatica sia sulla capacità di attivare una risposta integrata e coordinata.

Una seconda specificità riguarda la difficoltà dell'operatore di costruire sicurezza con le donne. Questo è causato principalmente dalle forme persistenti di controllo coercitivo al quale sono soggette. Il controllo può essere esercitato dai trafficanti attraverso minacce di morte o di violenza estrema su di loro o sulla famiglia. In alcuni casi, i trafficanti possono inoltre favorire o indurre dipendenze da alcol o sostanze per aumentare la vulnerabilità e rendere più difficile l'allontanamento dalla situazione di sfruttamento. Il timore delle possibili ritorsioni e l'impotenza generata da questo controllo possono complicare l'uscita da queste situazioni di tratta (Heffernan & Blythe, 2014). Inoltre, l'esperienza della tratta comporta spesso manipolazione, isolamento, spostamenti imprevedibili e sottrazione di informazioni e risorse. Queste condizioni possono compromettere la capacità della persona di fidarsi degli altri, pianificare il futuro e prendere decisioni autonome. (Tsoi et al., 2025).

La sicurezza delle donne vittime di tratta richiede una valutazione continua e multidimensionale. Nell'*outreach* una prima dimensione riguarda la sicurezza fisica, che comprende la protezione da minacce, aggressioni, ritorsioni e possibili contatti con gli sfruttatori. È inoltre necessario valutare la sicurezza del luogo e del momento dell'incontro, considerando anche i rischi a cui può essere esposto l'operatore (Heffernan & Blythe, 2014; Hemmings et al., 2016). Boyce et al. (2025) sottolineano inoltre che gli operatori debbano prestare costante attenzione al contesto in cui avviene il contatto e possano decidere di non procedere all'interazione quando la situazione appare particolarmente pericolosa.

La sicurezza deve essere garantita anche sul piano psicologico, attraverso un atteggiamento non giudicante, rispettoso e prevedibile (Boyce et al., 2025; Heffernan & Blythe, 2014; Hemmings et al., 2016). Nel caso delle donne vittime di tratta questo può tradursi nell'evitare di esprimere giudizi sulle scelte effettuate o sulla sua permanenza nella situazione di sfruttamento. Allo stesso tempo è importante non mettere in discussione il racconto delle esperienze riportato dalla donna, e non attribuirle responsabilità per le condizioni di violenza o coercizione vissute. Pertanto, la donna deve poter condividere le proprie esperienze secondo i suoi tempi evitando così il rischio di ri-traumatizzazione (Hemmings et al., 2016).

Sul piano relazionale la sicurezza si costruisce invece attraverso la continuità dei contatti, la coerenza dell'operatore e il rispetto degli accordi presi (Boyce et al., 2025; Heffernan & Blythe,

2014). Fare attenzione alla sicurezza significa inoltre tutelare la riservatezza dei dati personali, dei racconti e delle informazioni ricevute, e chiarire in anticipo come verranno conservate e con quali soggetti potranno essere condivise (Hemmings et al., 2016).

Garantire la sicurezza non significa tuttavia sostituirsi alla donna nelle decisioni, in quanto la persona assistita rimane il soggetto esperto della propria vita (Heffernan & Blythe, 2014; Tsoi et al., 2025). Un intervento troppo direttivo rischierebbe infatti di riprodurre le asimmetrie e le dinamiche di controllo coercitivo già sperimentate durante le precedenti esperienze traumatiche (Boyce et al., 2025). Ad esempio, è importante che l'operatore non imponga di intraprendere immediatamente un determinato percorso di uscita. Infatti, sebbene l'allontanamento dalla situazione di sfruttamento sia vista come la scelta più sicura, è importante sostenere la donna nella possibilità di valutare le alternative disponibili e di prendere decisioni secondo i propri tempi. Per questo motivo, l'*outreach trauma-informed* deve fondarsi sull'offerta costante di reali possibilità di scelta, sul rispetto rigoroso del ritmo e della prontezza della persona e sulla tutela del suo diritto ad accettare, rifiutare o modificare le proposte ricevute senza timore di subire risposte punitive o esclusioni dai servizi (Boyce et al., 2025; Heffernan & Blythe, 2014). Un contesto sufficientemente sicuro permette alla donna di partecipare alle decisioni che la riguardano, mentre il coinvolgimento attivo nel percorso contribuisce a rafforzare progressivamente il senso di controllo e la fiducia nella relazione di aiuto (Tsoi et al., 2025; Heffernan & Blythe, 2014).

Infine, un ulteriore elemento di specificità riguarda la necessità di considerare le questioni di genere, i fattori culturali e le diverse forme di disuguaglianza che possono intrecciarsi nell'esperienza della tratta. Le vittime non costituiscono un gruppo uniforme. L'appartenenza culturale, la lingua, la classe sociale e lo status migratorio sono alcune delle dimensioni socio-culturali che, intersecandosi tra loro, rendono unica l'esperienza di ogni donna (Islam & Fay, 2024; Jiménez-Lasserrotte et al., 2025).

La prospettiva di genere è particolarmente importante perché la tratta a fini di sfruttamento sessuale costituisce una forma specifica di violenza di genere, strutturalmente radicata in asimmetrie di potere, relazioni oppressive e disuguaglianze sociali (Jiménez-Lasserrotte et al., 2025; Islam & Fay, 2024). Questa consapevolezza può essere messa in atto organizzando l'intervento di *outreach* in modo opportuno. Ad esempio, è importante garantire la presenza di operatrici donne all'interno dell'equipe, e offrire alla donna la possibilità di scegliere di affrontare temi sensibili solamente con determinate operatrici.

Inoltre, la competenza culturale non dovrebbe limitarsi ad una conoscenza generica o stereotipata delle differenze tra i vari gruppi sociali, ma dovrebbe tradursi in un effettivo adattamento culturale (*culture-specific adaptation*), capace di rimodellare l'intervento in relazione ai contesti e alle storie individuali delle sopravvissute (Tsoi et al., 2025). I risultati di Tsoi et al. (2025) sostengono un approccio *survivor-informed* che supera l'applicazione rigida di protocolli terapeutici standardizzati e presta attenzione sia alla storia personale precedente alla tratta sia al trauma storico e collettivo che può caratterizzare alcuni gruppi minoritari ed etnici. Questo adattamento può includere, ad esempio, il coinvolgimento di mediatori culturali, interpreti formati e professionisti bilingui (Tsoi et al., 2025). Jiménez-Lasserrotte et al. (2025), sottolineano infatti che la mediazione culturale può contribuire a colmare le barriere linguistiche e i divari di comunicazione e fiducia che spesso ostacolano l'accesso delle donne migranti ai servizi sanitari e ai canali formali di protezione.

Da tutte le specificità riportate si può concludere che nel relazionarsi con le donne vittime di tratta sia fondamentale adottare un approccio intersezionale, che consideri allo stesso tempo le esperienze traumatiche stratificate, il bisogno e la difficoltà di creare sicurezza, e tutta la dimensione di genere e culturale che vi è a contorno. Su queste considerazioni, un approccio TIC può rappresentare una risorsa particolarmente utile per il lavoro di *outreach* rivolto alle donne vittime di tratta, grazie alla sua consapevolezza del trauma e dei suoi effetti, in modo da creare realmente degli interventi efficaci.

Conclusione

L'obiettivo dell'elaborato consiste nell'analizzare la possibilità di integrare l'approccio *Trauma-Informed Care* nella metodologia dell'*outreach* rivolta alle donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale. In particolare, il lavoro ha cercato di comprendere in che modo un intervento di *outreach*, orientato dai principi del TIC e da una maggiore consapevolezza degli effetti del trauma, possa contribuire a rispondere alle condizioni specifiche delle donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale.

L'analisi ha mostrato la complessità delle condizioni delle donne vittime di tratta, caratterizzate da una profonda vulnerabilità derivante dall'intreccio tra sfruttamento sessuale, violenza ripetuta, controllo coercitivo e perdita di autonomia. In questo contesto, il *traumatic bonding* e la persistenza del controllo contribuiscono a spiegare perché il legame con lo sfruttatore possa mantenersi anche all'interno di una relazione fondata sulla violenza. L'approfondimento delle conseguenze psicologiche ha evidenziato come tali esperienze possano compromettere diversi ambiti della vita, impattando sulla salute fisica e psicologica, sulla percezione di sé e del mondo e sulla capacità di fidarsi degli altri. Queste difficoltà possono ostacolare la possibilità di rivolgersi spontaneamente ai servizi.

A partire da queste considerazioni, l'*outreach* è stato esaminato come una metodologia significativa per raggiungere persone che, a causa di condizioni di vulnerabilità, sfiducia o isolamento possono incontrare difficoltà nell'accesso ai servizi tradizionali. Attraverso la prossimità, la flessibilità e le tecniche di aggancio a bassa soglia, gli operatori si avvicinano alle persone nei loro luoghi di vita, riducendo le barriere che spesso ostacolano la richiesta di supporto. In questa prospettiva l'andare incontro non coincide solamente con uno spostamento fisico dell'operatore, ma implica la capacità di incontrare la donna anche sul piano dei suoi bisogni, dei suoi tempi e delle sue possibilità concrete. Il setting non strutturato tipico dell'*outreach* consente infatti di costruire interventi flessibili, nei quali modalità e tempi dell'azione vengono adattati alle esigenze delle persone raggiunte. Inoltre è emerso come l'intervento non si esaurisca necessariamente nel primo contatto o nell'invio a un servizio, ma può comprendere anche la costruzione progressiva della relazione, l'identificazione condivisa dei bisogni, il supporto pratico, l'ascolto e il collegamento con le risorse del territorio. Un aspetto particolarmente significativo riguarda lo stretto rapporto tra il supporto pratico e la dimensione psicologica. La risposta ad un bisogno concreto può rappresentare infatti, una prima modalità di aggancio e creare le condizioni per una successiva condivisione di necessità più complesse. Il sostegno pratico quindi non svolge solamente una funzione assistenziale ma può

costituire il punto di partenza per la costruzione della fiducia e per l'avvio di una relazione di aiuto più ampia.

In questo quadro, l'approccio *Trauma-Informed Care* può valorizzare le pratiche dell'*outreach*. Il contributo del TIC non coincide con una tecnica terapeutica specifica e non richiede che la persona affronti direttamente il trauma o lavori sui suoi sintomi. Esso costituisce piuttosto una cornice generale capace di orientare le modalità e l'organizzazione dell'intervento prendendo in considerazione la possibile presenza di esperienze traumatiche. Tale prospettiva per essere efficace deve essere applicata al sistema nel suo complesso e coinvolgere tutti gli operatori che necessitano di una formazione adeguata per riconoscere le possibili manifestazioni del trauma e organizzare gli interventi in modo da promuovere sicurezza, fiducia, collaborazione, empowerment e attenzione alle dimensioni culturali, storiche e di genere. Emerge quindi la complementarità tra *outreach* e *Trauma-Informed Care*. Infatti, mentre l'*outreach* permette di incontrare le persone nei loro contesti di vita, un approccio *Trauma-Informed Care* orienta il modo in cui questo avvicinamento deve essere realizzato, affinché non produca nuove forme di imposizione o di ri-traumatizzazione. In questa prospettiva, il TIC consente di rileggere i comportamenti ostili e di rifiuto attraverso uno sguardo che permetta di comprendere la loro possibile funzione adattiva sviluppata in risposta a precedenti esperienze di minaccia. Questa interpretazione aiuta l'operatore a evitare risposte giudicanti e a mantenere un atteggiamento rispettoso.

Il punto di integrazione tra il TIC e l'*outreach* è stato individuato nelle dimensioni del contatto, della relazione e del collegamento con i servizi. Nel contatto, la presenza dell'operatore nei luoghi di vita della persona deve essere accompagnata da chiarezza, prevedibilità e rispetto dello spazio personale, così da trasformare la flessibilità dell'*outreach* in una possibilità concreta di sicurezza. Nella relazione l'ascolto e il rispetto dei tempi permettono di costruire una fiducia senza forzare la condivisione di esperienze traumatiche. Nel *linkage* infine, il collegamento con altri servizi dovrebbe essere costruito attraverso una decisione condivisa, mantenendo la persona coinvolta e consapevole delle possibilità disponibili. Questa integrazione assume importanza ancora più rilevante quando l'intervento è rivolto alle donne vittime di tratta. In questi casi, l'operatore si confronta con esperienze traumatiche che non si limitano a un singolo evento, ma si inseriscono in una storia caratterizzata da esperienze cumulative di vulnerabilità, abuso e coercizione, sviluppatasi anche prima e dopo il periodo di sfruttamento. L'*outreach trauma-informed* deve quindi prevedere una valutazione continua e multidimensionale della sicurezza che comprenda la dimensione fisica, psicologica e

relazionale. La relazione deve quindi essere costruita attraverso continuità, prevedibilità, riservatezza e rispetto dei tempi della donna, evitando interventi direttivi che potrebbero riprodurre dinamiche di controllo già sperimentate. È inoltre necessario evitare di considerare le donne vittime di tratta come un gruppo omogeneo poiché le loro esperienze sono influenzate da differenti dimensioni come genere, lingua, cultura o status che possono intrecciarsi e influenzare l'esperienza dello sfruttamento e la possibilità di accedere ai servizi. Ciò richiede quindi che l'intervento non segua procedure rigide, ma sia sensibile alle differenze individuali e culturali adattando la risposta ai bisogni specifici di ogni donna, senza sostituirsi alle sue decisioni.

Un limite rilevante emerso nel corso del lavoro riguarda la disponibilità ancora limitata di studi che analizzino contemporaneamente l'*outreach*, il TIC e l'intervento con le donne vittime di tratta. Nonostante nella letteratura sia possibile individuare contributi sui singoli temi, gli studi empirici dedicati alla loro integrazione risultano ancora limitati. Questo rende difficile capire quali siano nella pratica gli effetti dell'applicazione di un modello *outreach trauma-informed* con le donne vittime di tratta, quali condizioni ne favoriscano l'efficacia e quali possibili criticità possano emergere. Inoltre, poiché il TIC si è sviluppato anche attraverso l'integrazione delle testimonianze delle persone sopravvissute al trauma, la mancata inclusione diretta delle prospettive delle donne vittime di tratta costituisce un ulteriore limite. Le ricerche future potrebbero quindi coinvolgere direttamente le destinatarie degli interventi, creando condizioni sicure affinché possano esprimere il proprio punto di vista.

In conclusione, “andare incontro al trauma” non significa chiedere alla persona di ripercorrere immediatamente ciò che ha vissuto, ma creare le condizioni per incontrarla in modo consapevole e rispettoso delle specificità e delle conseguenze del trauma. Prima di qualsiasi intervento è necessario promuovere sicurezza, fiducia e possibilità di scelta. In questa prospettiva, l'*outreach* e il *Trauma-Informed Care* rappresentano due approcci che invitano a modificare il punto di vista del sistema, creando dei servizi che non chiedano alla persona di adattarsi a strutture già esistenti, ma che siano capaci di adattarsi ai suoi bisogni reali.

Riferimenti bibliografici

- Abas, M., Ostrovski, N. V., Prince, M., Gorceag, V. I., Trigub, C., & Oram, S. (2013). Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: A historical cohort study. *BMC Psychiatry*, 13, Article 204. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-204>
- Alizade, A. M. (2002). *El rigor y el encuadre interno*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 96, 13–16. <https://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1601>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J., & Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 396–403.
- Andersson, B. (2010). *Experiences from outreach work with adults and young adults* (Rapport 6). FoU i Väst/GR.
- Andersson, B. (2013). Finding ways to the hard to reach: Considerations on the content and concept of outreach work. *European Journal of Social Work*, 16(2), 171–186.
- Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>
- Arnsten, A. F. T. (2015). Stress weakens prefrontal networks: Molecular insults to higher cognition. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1376–1385.
- Balduzzi, R. (Ed.). (2016). *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*. Il Mulino.
- Barnett, P., Steare, T., Dedat, Z., et al. (2022). Interventions to improve social circumstances of people with mental health conditions: A rapid evidence synthesis. *BMC Psychiatry*, 22, Article 302.
- Bartholini, I., & Piga, M. L. (Eds.). (2021). *Migrazioni forzate e diritti disattesi: Lo sguardo di genere sui bisogni di frontiera*. FrancoAngeli.
- Bell, V., Robinson, B. M., Katona, C., Fett, A.-K., & Shergill, S. S. (2019). When trust is lost: The impact of interpersonal trauma on social interactions. *Psychological Medicine*, 49(6), 1041–1046.
- Billquist, L. (1999). *Rummet, mötet och ritualerna: En studie av socialbyrån, klientarbetet och klientskapet* (Skriftserien 1999:4). Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Blandini, M. (2007). Il programma globale delle Nazioni Unite contro la tratta di esseri umani. *Revista Electrónica de Derecho de la Universidad de La Rioja*, 5, 93–127.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: Estudio psicoanalítico*. Paidós.

- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health, 16*(7), 987–997.
- Boyce, M., Dadswell, A., Burch, S., & Sandu, A. (2025). Delivering trauma-informed outreach to women involved in street-based prostitution: Enablers and barriers. *European Journal of Social Work, 28*(1), 200–213.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry, 131*(9), 981–986.
- Casadei, T. (Ed.). (2015). *Donne, diritto, diritti: Prospettive del giusfemminismo*. Giappichelli.
- Casassa, K., Knight, L., & Mengo, C. (2021). Trauma bonding perspectives from service providers and survivors of sex trafficking: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(3), 969–984.
- Castelli, V. (2014). Il fenomeno della tratta in Italia. In V. Castelli (Ed.), *Punto e a capo sulla tratta: Uno studio sulle forme di sfruttamento di esseri umani in Italia e sul sistema di interventi a tutela delle vittime* (pp. 23–47). FrancoAngeli.
- Castelli, V. (Ed.). (2014). *Punto e a capo sulla tratta: Uno studio sulle forme di sfruttamento di esseri umani in Italia e sul sistema di interventi a tutela delle vittime*. FrancoAngeli.
- Cerniglia, L., Bernabè, S., & Paciello, M. (2012). Donne vittime di tratta: Rassegna teorica sul fenomeno e studio esplorativo su modelli di attaccamento e funzionamento emotivo-relazionale. *Funzione Gamma, 29*.
- Churcher, J. (2024). The psychoanalytic setting: José Bleger's *encuadre*. *The International Journal of Psychoanalysis, 105*(2), 216–233. <https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2327241>
- Cirillo, C., & Nicodemi, F. (2022). Donne e protezione internazionale: La tutela dei diritti e la risposta ai bisogni. In A. Brambilla, P. Degani, M. Paggi, & N. Zorzella (Eds.), *Donne straniere, diritti umani, questioni di genere: Riflessioni su legislazione e prassi* (pp. 287–306). Centro di Ateneo per i Diritti Umani “Antonio Papisca”, Università degli Studi di Padova; ASGI.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine, 45*(1), 11–27. [10.1017/S0033291714000129](https://doi.org/10.1017/S0033291714000129)
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B. J., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, Article 25097.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language, 53*(4), 594–628.
- Corte costituzionale. (2001). *Sentenza n. 252/2001*.
- Corte costituzionale. (2010, 22 ottobre). *Sentenza n. 299/2010*.

- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. (1998). *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. Normattiva.
- Diamond, D. M., Campbell, A. M., Park, C. R., Halonen, J., & Zoladz, P. R. (2007). The temporal dynamics model of emotional memory processing: A synthesis on the neurobiological basis of stress-induced amnesia, flashbulb and traumatic memories, and the Yerkes-Dodson Law. *Neural Plasticity*, 2007, Article 60803.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.
- Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6(1–4), 139–155.
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461–477.
- Erickson, S., & Page, J. (1999). To dance with grace: Outreach and engagement to persons on the street. In L. B. Fosburg & D. L. Dennis (Eds.), *Practical lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research*. U.S. Department of Housing and Urban Development & U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.huduser.gov/portal/publications/homeless/practical.html>
- Eurostat. (2025a, 12 settembre). *3.5 million first residence permits in 2024*.
- Eurostat. (2025b, 22 maggio). *Immigration law enforcement in the EU: 2024 figures*.
- Eurostat. (2026, 27 febbraio). *Migration to and from the EU: Statistics explained*.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. J., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fisk, D., Rakfeldt, J., Heffernan, K., & Rowe, M. (1999). Outreach workers' experiences in a homeless outreach project: Issues of boundaries, ethics and staff safety. *Psychiatric Quarterly*, 70, 231–246. <https://doi.org/10.1023/A:1022003226967>

- Fondazione ISMU ETS. (2026, 25 febbraio). *Il 31° Rapporto sulle migrazioni 2025: Gli aspetti statistici* [Presentazione].
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment: Further recommendations on the technique of psycho-analysis I. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121–144). Hogarth Press.
- Gagnon, S. A., & Wagner, A. D. (2016). Acute stress and episodic memory retrieval: Neurobiological mechanisms and behavioral consequences. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1369(1), 55–75.
- Geraci, S. (2014). Diritti nascosti, disuguaglianze crescenti, politiche incerte: Il diritto alla salute della donna immigrata e il caso dell'IVG. *Studi Emigrazione*, 51(193), 143–159.
- Gezie, L. D., Yalew, A. W., Gete, Y. K., Azale, T., Brand, T., & Zeeb, H. (2018). Socio-economic, trafficking exposures and mental health symptoms of human trafficking returnees in Ethiopia: Using a generalized structural equation modelling. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, Article 62.
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K. I., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 12–19.
- Harris, M. (1998). *Trauma recovery and empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*. Free Press.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (Eds.). (2001). *Using trauma theory to design service systems* (New directions for mental health services, No. 89). Jossey-Bass.
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Friedman, M. R., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1), Article 70. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Heffernan, K., & Blythe, B. (2014). Evidence-based practice: Developing a trauma-informed lens to case management for victims of human trafficking. *Global Social Welfare*, 1(4), 169–177.
- Hemmings, S., Jakobowitz, S., Abas, M., Bick, D., Howard, L. M., Stanley, N., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Responding to the health needs of survivors of human trafficking: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 320.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hernández-Flórez, N., Rodríguez Ávila, Y., Lhoeste Charris, Á. E., Argüello Rueda, J. D., González Martelo, V., Orozco Santander, M. J., Martínez Gomez, I., & Monterroza Badran, N. (2023). Psychological aspects of the crime of human trafficking for the purpose of sexual exploitation: A systematic review. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 4238–4259.

- Hernández-Flórez, N., Rodríguez-Ávila, Y., Lhoeste Charris, Á. E., Argüello Rueda, J. D., González Martelo, V. E., Orozco Santander, M. J., Martínez Gomez, I., & Monterroza Badran, N. (2023). Psychological aspects in human trafficking for sexual exploitation: A systematic review. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 17(4), 317–327.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(1), 80–100.
- Horowitz, M. J. (1973). Phase oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27(4), 506–515.
- Horowitz, M. J., & Solomon, G. F. (1975). A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 31(4), 67–80.
- Hossain, M., Zimmerman, C., Abas, M., Light, M., & Watts, C. (2010). The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2442–2449.
- Iglesias-Ríos, L., Harlow, S. D., Burgard, S., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2018). Mental health, violence and psychological coercion among female and male trafficking survivors in the Greater Mekong Sub-Region: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 6, Article 56.
- Islam, F., & Fay, S. (2024). Intersectional challenges in post-trafficking reintegration of survivor women of trafficking. *The International Journal of Human Rights*, 28(10), 1777–1807.
- Istituto nazionale di statistica. (2025, 18 dicembre). *Censimento e dinamica della popolazione: Anno 2024*.
- Jiao, S., Slemon, A., Guță, A., & Bungay, V. (2022). Exploring the conceptualization, operationalization, implementation, and measurement of outreach in community settings with hard-to-reach and hidden populations: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 309, 115232. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115232>
- Jiménez-Lasserrotte, M. d. M., El Marbouhe El Faqyr, K., El Amrani Escot, M. K., Rodas Vanegas, M. J., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M. (2025). Integrated health, social, and legal approaches to supporting migrant women victims of human trafficking and sexual violence. *Healthcare*, 13(22), 2878.
- Johnson, L., Gaber, S. N., Langella, R., Turner-Moss, E., Weleff, J., Brothers, T. D., Koay, A., Hayward, A. C., Luchenski, S., Perri, P., Story, A., Sultan, B., & Siersbaek, R. (2025). Outreach health-care services for people experiencing exclusion in high-income countries. *The Lancet Public Health*, 10, e784–e793. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00144-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00144-6)
- Jost, J. J., Levitt, A. J., & Porcu, L. (2011). Street to home: The experiences of long-term unsheltered homeless individuals in an outreach and housing placement program. *Qualitative Social Work*, 10(2), 244–263. <https://doi.org/10.1177/1473325010369025>
- Jowett, S., Argyriou, A., Scherrer, O., Karatzias, T., & Katona, C. (2021). Complex posttraumatic stress disorder in asylum seekers and victims of trafficking: Treatment considerations. *BJPsych Open*, 7(6), Article e181.

- Kissane, M., Szymanski, L., Upthegrove, R., & Katona, C. (2014). Complex posttraumatic stress disorder in traumatised asylum seekers: A pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, 28(3), 137–144.
- Korf, D. J., Riper, H., Freeman, M., Lewis, R., Grant, I., Jacob, E., Mougin, C., & Nilson, M. (1999). *Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice and terminology* (Insights Series No. 2). Office for Official Publications of the European Communities. https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/134/Insight2_189079.pdf
- Kulkarni, S. (2018). Intersectional trauma-informed intimate partner violence (IPV) services: Narrowing the gap between IPV service delivery and survivor needs. *Journal of Family Violence*, 34(1), 55–64.
- Latham-Sprinkle, J., David, F., Bryant, K., & Joudo Larsen, J. (2019). *Migrants and their vulnerability to human trafficking, modern slavery and forced labour*. International Organization for Migration & Walk Free Foundation.
- Levenson, J. S. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105–113.
- Levine, L. J., & Edelstein, R. S. (2009). Emotion and memory narrowing: A review and goal-relevance approach. *Cognition and Emotion*, 23(5), 833–875.
- Lhussier, M., Carr, S., & Forster, N. (2016). A realist synthesis of the evidence on outreach programmes for health improvement of Traveller communities. *Journal of Public Health*, 38(2), e125–e132. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv093>
- Lonsway, K. A., Hopper, J., & Archambault, J. (2022). *Becoming trauma-informed: Learning and appropriately applying the neurobiology of trauma to victim interviews*. End Violence Against Women International.
- Lorenzini, S. (2022). La tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale: Discriminazioni plurime tra genere, etnia, classe e mancata accoglienza. *Bollettino della Fondazione «Vito Fazio-Allmayer» - Pedagogia delle differenze*, 51(1), 143–161.
- Lorvinsky, J., Pringle, J., Filion, F., & Gagnon, A. J. (2023). Sex trafficking survivors' experiences with the healthcare system during exploitation: A qualitative study. *PLOS ONE*, 18(8), Article e0290067.
- Macan, T., Cunningham, J., Lemming, M. R., & Calsyn, R. J. (2008). Case management and outreach: Similarities and differences in worker tasks. *Care Management Journals*, 9(2), 51–62.
- Mangiò, S. (2025). Il fenomeno della tratta di esseri umani in prospettiva di genere e accesso ai servizi sanitari. *GenIUS*, 2025(1), 90–107.
- Marello, C. (2024). Advocacy. *Italiano digitale*, 31(4), 106–109. <https://doi.org/10.35948/2532-9006/2024.34355>
- Mather, M., & Sutherland, M. R. (2011). Arousal-biased competition in perception and memory. *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 114–133.
- Melchiorre, E., Nothdurfter, U., & Bilotti, A. (2026). Andare verso le persone: Le pratiche di outreach. In M. Sanfelici, U. Nothdurfter, & A. Bilotti (a cura di), *Tecnologie digitali nel servizio sociale: Apprendere dalla ricerca per orientare la pratica* (pp. 98–118). FrancoAngeli.

- Mellina, C. (2006). Il diritto alla salute della popolazione migrante: Aspetti normativi, accesso e fruibilità dei servizi. In A. Todisco, G. Gini, & M. P. Volpini (Eds.), *Immigrazione, salute e partecipazione: Aspetti critici e nuove prospettive operative*. Istituto Italiano di Medicina Sociale.
- Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale della Polizia Criminale, & Servizio Analisi Criminale. (2021, marzo). *La tratta degli esseri umani in Italia: Focus*.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., & Gilliland, J. (1996). Outreach to homeless mentally ill people: Conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 261–274. <https://doi.org/10.1007/BF02249427>
- Morton Ninomiya, M. E., Almomani, Y., Dunbar Winsor, K., Burns, N., Harding, K. D., Ropson, M., Chaves, D., & Wolfson, L. (2023). Supporting pregnant and parenting women who use alcohol during pregnancy: A scoping review of trauma-informed approaches. *Women's Health*, 19, 1–22.
- Ng, A. T., & McQuiston, H. L. (2004). Outreach to the homeless: Craft, science, and future implications. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(2), 89–98. <https://doi.org/10.1097/00131746-200403000-00004>
- Numero Verde Antitratta. (2025, 2 maggio). *Dati estrapolati dal Sistema informatizzato per la raccolta di informazioni sulla tratta (SIRIT): Dati riferiti alle nuove persone valutate nel periodo 01/01/2024–31/12/2024*. Dipartimento per le Pari Opportunità.
- Olivet, J., Bassuk, E. L., Elstad, E. A., Kenney, R., & Jassil, L. (2010). Outreach and engagement in homeless services: A review of the literature. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(2), 53–70. <https://doi.org/10.2174/1874924001003020053>
- Parsons, M. (2007). Raiding the inarticulate: The internal analytic setting and listening beyond countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(6), 1441–1456. <https://doi.org/10.1516/T564-G13J-400H-2W23>
- Pezzini, B. (Ed.). (2012). *Genere e diritto: Come il genere costruisce il diritto e il diritto costruisce il genere* (Vol. 2, *Lezioni, casi, materiali*). Bergamo University Press.
- Rhodes, T., & Holland, J. (1992). *Outreach as a strategy for HIV prevention: Aims and practice*. Health Education Research, 7(4), 533–546. <https://doi.org/10.1093/her/7.4.533>
- Rigo, E. (2020). Genere, migrazioni, diritto. In M. Giovannetti & N. Zorzella (Eds.), *Ius migrandi: Trent'anni di politiche e legislazione sull'immigrazione in Italia* (pp. 210–223). FrancoAngeli.
- Rowe, M., Styron, T., & David, D. H. (2016). Mental health outreach to persons who are homeless: Implications for practice from a statewide study. *Community Mental Health Journal*, 52(1), 56–65. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9963-4>
- Sahlin, I., & Löfstrand, C. (2001). *Utanför bostadsmarknaden: Myndigheter som motståndare och medspelare*. In *Att motverka hemlöshet: En sammanhållen strategi för samhället* (SOU 2001:95). Statens offentliga utredningar. <https://www.regeringen.se/contentassets/6198a2a7bff043ccb32da67c55c383a0/bilagedel->

expert--och-forskningsrapport---utanfor-bostadsmarknaden-myndigheter-som-motstandare-och-medspelare/

- Saldanha, K., & Parenteau, D. (2013). "Well, if you can't smile you should go home!" Experiences and reflective insights on providing outreach to young sex trade workers. *Children and Youth Services Review*, 35(8), 1276–1283. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.04.015>
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., & Hymans, T. D. (2014). Caring on the margins of the healthcare system. *Anthropology & Medicine*, 21(2), 166–178. <https://doi.org/10.1080/13648470.2014.924299>
- Save the Children Italia. (2021). *Piccoli schiavi invisibili 2021: Fuori dall'ombra, le vite sospese dei figli delle vittime di sfruttamento* (XI ed.).
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. Basic Books.
- Schmoll, C. (2022). *Le dannate del mare: Donne e frontiere nel Mediterraneo* (M. Galiero, Trans.). Astarte.
- Schneider, R. L., & Lester, L. (2001). *Social work advocacy: A new framework for action*. Brooks/Cole.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407–412.
- Simonič, B., & Osewska, E. (2020). Traumatic bonding in intimate partner violence: A relational family therapy approach. *Family Forum*, 9, 71–90.
- Singh, C. D., Andrews, N. C. Z., Motz, M., Pepler, D., Leslie, M., & Zuberi, S. (2020). Trauma-informed and relational approaches to service provision: Building community-based project capacity to respond to interpersonal violence through a national initiative. *BMC Public Health*, 20, 1833.
- Smith, M. K. (2005). Detached, street-based and project work with young people. In *The encyclopedia of pedagogy and informal education*.
- Sorsa, M., Hohenthal, M., Pikulinsky, M., Sellergren, H., & Puura, K. (2023). Qualitative description of outreach and engagement in perinatal substance treatment in Finland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18, Article 6.
- Stimson, G. V. (1998). *Harm reduction in action: Putting theory into practice*. *International Journal of Drug Policy*, 9(6), 401–409.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884).
- Suwetty, A. M., Astari, A. M., & Wihastuti, T. A. (2019). Mental health of human trafficking: A systematic review. *Research Journal of Life Science*, 6(2), 130–140.
- Tinti, S., Alberti, A., Bertoli, A., Ripa, P., Di Nuovo, F., Furcieri, L., Rimoldi, L., Trapani, M., Tremamondo, J., & Salzillo, A. (2024). Flussi migratori, tratta e violenza contro le donne: Uno spaccato letto attraverso la revisione della letteratura. *Italian Journal of Nursing*, 1/2024.

- Tokgoz, T. (2023). Treating vulnerable mothers, infants and young children living in poverty: Co-creating a psychoanalytic playground in various alternative settings. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 22(3). <https://doi.org/10.1080/15289168.2023.2226538>
- Tsoi, C. M., Smith, T. B., Cutrer-Párraga, E. A., Clayton, D., Marshall, J., & Mastny, J. (2025). Recommendations from multi-disciplinary professionals for survivor-informed and comprehensive care for human trafficking survivors. *Healthcare*, 13(23), 3070.
- Ungpakorn, R., & Rae, B. (2020). Health-related street outreach: Exploring the perceptions of homeless people with experience of sleeping rough. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 253–263.
- UNHCR Regional Bureau for Europe. (2025, dicembre). *Europe situations: Data and trends: Arrivals and displaced populations*.
- UNHCR Regional Bureau for Europe. (2026, 19 giugno). *Mixed movements arrival trends: 2026 Q1*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *The effects of the COVID-19 pandemic on trafficking in persons and responses to the challenges*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *Global report on trafficking in persons 2024*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *Global report on trafficking in persons 2024: Global overview* (Chap. 1).
- United Nations. (2000). *Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime*.
- Varcoe, C., Browne, A. J., Bungay, V., Perrin, N., Wilson, E., Wathen, C. N., Byres, D., & Price, R. (2022). Through an equity lens: Illuminating the relationships among social inequities, stigma and discrimination, and patient experiences of emergency health care. *International Journal of Health Services*, 52(2), 246–260.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Harper & Row.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. W. (1962). The aims of psycho-analytical treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 219–225.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision).
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Gajdadziev, V., Guzun, N., Tchomarova, M., Ciarrocchi, R. A., Johansson, A., Kefurtova, A., Scodanibbio, S., Motus, M. N., Roche, B., Morison, L., & Watts, C. (2008). The health of trafficked women: A survey of women entering posttrafficking services in Europe. *American Journal of Public Health*, 98(1), 55–59.