

Prostituzione di strada: gli interventi possibili. L'esperienza di una Unità Operativa AIDS di una ASL di Roma.

di Laura Spizzichino *

“Le prostitute si comportano come esseri scissi: dalla vita in su c'è l'anima e dalla vita in giù c'è il lavoro. [...] Mi vengono in mente tanti dipinti di martiri cristiani che volgono verso il cielo il volto sereno, intatto e illuminato mentre il corpo, sottoposto alla tortura, si disfa in orrore”.
Laura Restrepo. *L'oscura sposa* (1999, p 190 e 257).

Nell'Europa del XIX secolo la percezione sociale delle donne che praticavano la prostituzione presentava diverse sfumature (Corbin, 1987). La prostituta veniva vista come:

- *putain* il cui corpo manda cattivo odore;
- valvola di sfogo che permette al corpo sociale di espellere l'eccesso di fluido seminale;
- corpo putrido;
- portatrice di sifilide;
- donna di basso ceto pronta a soddisfare i bisogni fisici istintivi degli uomini di alto ceto.

La prostituzione, dunque, come depravazione morale e sociale e la prostituta come moralmente deviante, pericolosa, agente di malattia, decadimento e morte, minaccia ma contemporaneamente rimedio. Nel XIX secolo e nella prima parte del XX riformatori sociali e suffragette combatterono accanitamente per “salvare” le donne da questa piaga morale e farne cessare l'attività. Le case di appuntamenti smantellate si utilizzavano per riabilitare le donne “cadute” e ferventi appelli si indirizzavano alla società perché liberasse se stessa dal male.

Oggi il fenomeno torna periodicamente al centro di intenti normativi più o meno demagogici i cui obiettivi non sempre sono chiari. Quel che non è esplicitato, in particolare, è se si vuole debellare la prostituzione, ammesso che questo sia realistico, o semplicemente rimuoverla facendo in modo che venga praticata lontano da “sguardi innocenti”. Mai, in ogni caso, ci si impegna a combattere concretamente il traffico degli esseri umani e lo sfruttamento, spesso feroce, che sottendono e sostengono la prostituzione.

In questo articolo verrà descritto il fenomeno prostituzione osservato, da un punto di vista sia quantitativo che qualitativo, da una Unità Operativa AIDS di una Azienda Sanitaria Locale romana, da oltre venti anni punto di riferimento oltre che della popolazione generale anche di persone, uomini, donne e transessuali (uomini verso donne), che praticano la prostituzione in Italia, dei loro clienti e partner stabili.

In questo centro viene offerto un programma di *routine* che comprende:

- un colloquio di accoglienza durante il quale si presenta il servizio e si accoglie la domanda;
- il rilascio, laddove vi siano le condizioni, della tessera sanitaria con il codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) per extracomunitari privi di permesso di soggiorno o ENI (Europei Non Iscritti) per i cittadini comunitari che per qualunque motivo non possono essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;
- visita medica o infettivologica;
- prelievi per HIV e le più comuni malattie a trasmissione sessuale con counselling pre e post test;
- prescrizioni di terapie per eventuali patologie riscontrate;
- psicoterapia individuale o di coppia se ne viene fatta richiesta;

* Psicoterapeuta, psicologa dirigente presso la Unità Operativa AIDS della ASL Roma E, Roma, Italia. Eventuali comunicazioni possono essere inviate a: lauraspizzichino@gmail.com

invio a strutture specialistiche se necessario.

Parlando di prostituzione di strada, si deve distinguere tra quella esercitata da persone trafficate ai fini di sfruttamento sessuale e quella autogestita, scelta “liberamente”. È necessario tuttavia tener presente che nel secondo caso difficilmente si tratta di una decisione davvero libera, poiché dietro di essa si celano povertà, disperazione, necessità di sostenere la famiglia, tossicodipendenza.

“È stata una vita molto dura. Io lo dico sempre: aprire le gambe è facile, è la testa che ci vuole. È stata una scelta, nessuno mi ha costretta, ma se non avessi avuto i figli da mantenere non l'avrei mai fatto”¹.

A., donna sudamericana che si prostituisce da dieci anni

B. è una transessuale italiana di 35 anni, da moltissimi anni si prostituisce e assume eroina per via venosa. La sua storia è infarcita di episodi di violenza e di sofferenza. Figlia di un alcolista, un uomo violento che era solito aggredire fisicamente sia lei che la moglie, è la terza di quattro fratelli. Il maggiore, anche lui eroinomane, si è suicidato. Il secondo è un piccolo delinquente, cocainomane, sta con una transessuale del quale fa il protettore. Racconta una serie continua di violenze sessuali da parte dei due fratelli maggiori iniziata quando era ancora un bambino e la precoce comparsa di atteggiamenti e comportamenti femminili mai accettati, avversati e repressi dai suoi familiari. A 7 anni viene mandata in collegio e a 13, quando ne esce, non viene riaccolta a casa, per cui inizia a prostituirsi e a vivere dove capita, spesso per strada.

Secondo le Nazioni Unite (United Nations General Assembly, 2000) “il traffico di persone comprende il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, il soggiorno o l'accoglienza di persone, mediante minacce o uso della forza, rapimento, inganno, frode, coercizione o abuso di potere, o il ricevere pagamenti o benefici per indurre una persona a sottomettersi al controllo di un'altra, a scopo di sfruttamento. Questo include lo sfruttamento sessuale, il lavoro forzato, la schiavitù”.

Da questa definizione si evince chiaramente che si può parlare di traffico anche nei casi in cui vi sia il consenso della persona trafficata, che questa non è necessariamente una donna e che vi possono essere altri tipi di sfruttamento oltre a quello sessuale. Per esempio, il lavoro nero e l'accattonaggio, nonché l'espianto e la vendita di organi umani e la produzione di *snuff movies*².

La prostituzione esercitata dalle persone trafficate, per lo più ragazze sempre più giovani, molto spesso minorenni, perché sempre più cresce la domanda in questo senso, ma anche transessuali, rappresenta la terza voce negli affari della criminalità organizzata a livello mondiale, dopo il traffico di droga e quello delle armi (Fédération Internationale des Droits Humains, 2000). Si stima che ciascuna donna trafficata valga 120-150 mila dollari l'anno (Comitato Parlamentare Schengen- Europol, 2001). Il nostro paese, dove elevata è la domanda di sesso a pagamento, è un luogo sia di arrivo che di transito verso altri stati europei di persone trafficate per fini sessuali. Le aree geografiche di partenza sono soprattutto l'Est Europa e l'Africa centrale.

In Italia è in vigore da anni una legge (Decreto Legislativo 25/7/1998 n. 286), molto apprezzata e copiata in altri paesi, ma applicata con sempre maggiori difficoltà, che, con l'articolo 18, prevede la concessione di protezione allo straniero oggetto di sfruttamento, non necessariamente sessuale, quando si trovi in pericolo o “per effetto dei tentativi di sottrarsi ai condizionamenti di un'associazione” dedita allo sfruttamento della prostituzione o ad altri gravi reati, oppure per aver reso dichiarazioni nel quadro di un procedimento penale per sfruttamento della prostituzione o per altri gravi reati. Viene sancita anche la concessione del permesso di soggiorno che non è subordinata alla denuncia di chi ha coercizzato o sfruttato.

¹ I brani virgolettati sono tratti da sedute di counselling e psicoterapia. Alcuni di essi sono citazioni da Spizzichino, L. (2005). *La prostituzione. Il fenomeno e l'intervento psicologico*. Roma: Carocci.

² Film pornografici ad alto contenuto di violenza, in cui la vittima viene davvero torturata, mutilata, spesso uccisa e lasciata agonizzare davanti all'obiettivo.

Per ottemperare a tale normativa, sono stati attivati progetti locali e nazionali che organizzano unità di strada, segretariato sociale, reti territoriali, integrazione sociale, accompagnamento alla fuoriuscita, inserimenti in famiglia, accoglienza in case di fuga e di autonomia, orientamento formativo e borse di studio, orientamento e inserimento lavorativo, assistenza medica, psicologica e legale.

Le vittime, ma forse sarebbe più indicato parlare di *survivors*, vengono generalmente ingannate con la prospettiva di un lavoro di altro tipo o di un matrimonio conveniente, oppure vendute dalle famiglie, illuse circa la possibilità di aggirare ostacoli burocratici ai loro progetti migratori, minacciate di violenza ai familiari, costrette a partire per poter restituire un prestito.

“All’arrivo il pappone mi ha portato in una casa, c’erano moglie, suocera e figlio. Mi hanno fatto tutti una gran festa, abbiamo mangiato e poi ci siamo fatti le foto, abbracciati e sorridenti. Il giorno dopo ero sulla strada con un pacco di preservativi in borsa. Lui ha tenuto quelle foto e le ha usate per dimostrare che mi aveva accolta come una figlia e che io avevo mentito”.

C., 18 anni

A volte, la vittima può anche essere consenziente e consapevole che l’attende la prostituzione.

“Sapevo che mi sarei prostituita, era per dare una vita a mia figlia. Quando mi sono trovata per strada mi dicevo che dovevo farlo. Ma un colpo, dolore, pentimento. Avrei voluto che la terra si aprisse e mi inghiottisse”.

D., 21 anni

In ogni caso, i trafficanti mettono in atto un’accurata selezione delle possibili vittime, rivolgendosi principalmente a ragazze che hanno più probabilità di cadere nella loro rete perché presentano già delle vulnerabilità (International Organization for Migration, 2003) quali l’appartenenza a un ambiente familiare caratterizzato da violenza domestica e abuso psicologico o trascuratezza, da mancanza di comunicazione, da genitori che non assumono un ruolo di guida e controllo o scelgono di istituzionalizzare i figli. In situazioni di questo tipo i trafficanti sembrano offrire una “opportunità”: la futura vittima accetta così la “salvezza” e si mostra pronta a lasciare famiglia e paese. Molto spesso la decisione di partire è presa in modo impulsivo e comunque in tempi assai brevi su pressione del trafficante per evitare valutazioni delle possibili conseguenze.

“Mi hanno proposto di andare in Italia a lavorare con i bambini. Nel giro di 24 ore ho deciso e sono partita”.

E., 22 anni

Altre volte invece queste ragazze appartengono a famiglie con una forte cultura della mobilità, oppure attribuiscono grande valore alla capacità di lavorare duro e di guadagnare denaro con il quale comprare quel che si desidera e acquisire un’immagine di successo e comunque provano un forte desiderio di trovare un lavoro all’estero e si sentono in grado di affrontare l’incertezza.

O infine hanno la tendenza al diniego dei rischi per poter mantenere una prospettiva positiva e continuare a nutrire il sogno.

La gestione nel paese di arrivo della persona trafficata per fini sessuali passa attraverso la creazione di una forte dipendenza coatta garantita dall’esercizio della violenza, del ricatto e dell’inganno.

L’uso della forza fisica, spesso utilizzata anche nei confronti di donne arrivate consensualmente, ha vari scopi che possono essere: sanzione per scarso rendimento, punizione per il non rispetto delle regole, strumento di dissuasione nei confronti del rischio di fuga, pressione verso l’eliminazione di relazioni sociali alternative a quelle desiderate dallo sfruttatore, superamento di eventuali resistenze alla perdita di controllo sul proprio corpo, risoluzione di conflitti.

“Se non gli portavo 300 euro ogni notte erano botte”.
F., 17 anni

A questi scopi gestionali se ne aggiunge un altro più sottile che consiste, attraverso la somministrazione continua di violenze immotivate e prive di rapporto con i comportamenti, nell'instaurare nella vittima la percezione di una situazione dove non vi è spazio per autonomia d'azione, decisione e movimento, dove si è ridotti in uno stato di vera e propria schiavitù. Oltre alla violenza fisica e sessuale, lo sfruttatore mette in atto strategie di controllo che possono assumere le caratteristiche di manipolazione dei ritmi fisiologici (deprivazione del sonno), dei bisogni fisici (nutrizione ridotta) e psicologici (negazione della riservatezza) e restrizione delle libertà.

Un esito estremo della violenza si osserva nelle situazioni in cui le prostitute “anziane” vengono promosse a persone di fiducia degli sfruttatori, diventando così loro complici oggettive. Oltre a subire la violenza in prima persona, quindi, queste persone sono private della dignità di vittima e del rapporto di solidarietà con le altre vittime e sono costrette a identificarsi con i propri aguzzini (Pastore et al., 1999).

Per soggiogare le ragazze e costringerle a prostituirsi senza ribellarsi o rivolgersi all'autorità giudiziaria, lo sfruttatore tende a mantenerle in uno stato di continuo ricatto, trattenendo il passaporto o minacciando maledizioni e riti voodoo, ritorsioni e violenze contro i familiari in patria, l'invio di foto o video umilianti ai parenti, una segnalazione alle autorità italiane con conseguente rimpatrio coatto. In queste condizioni le donne sono costrette a imparare ad accettare ogni cosa: le loro capacità e i loro mezzi di rispondere o affrontare il pericolo sono annullati. Finiscono per adottare, anche successivamente, un comportamento conformista, diventano obbedienti e sottomesse al fine di evitare reazioni violente.

“Nella casa [di fuga], quando vedo una persona che non sorride, ho sempre paura che sia arrabbiata con me e allora non parlo, non chiedo, mi metto da parte e sto male”.
G., 17 anni

Pur con grandi difficoltà, alcune di queste ragazze, a volte con l'aiuto di clienti o più spesso di operatori delle unità di strada, riescono a lasciare la prostituzione immettendosi nel percorso di fuoriuscita previsto dall'articolo 18 di cui si è detto. E già durante la permanenza nella casa di fuga, con l'aiuto di psicologi, si può riuscire a far emergere la domanda di un intervento più prettamente psicoterapeutico.

In questi casi, il terapeuta si trova di fronte persone che presentano seri problemi di salute sia fisica che psichica. Tra i primi è frequente riscontrare traumi, dolori variamente localizzati (testa, schiena, stomaco), disturbi nel sistema riproduttivo, malattie a trasmissione sessuale, quali candidosi, sifilide, infezioni da papilloma virus umano (HPV) e, più raramente, da HIV. Tra i problemi di natura psicologica è possibile rilevare disturbi del sonno e dell'appetito, abuso di alcool o di sostanze psicotrope, irritabilità, irrequietezza, shock e paura.

“Ho telefonato a mia madre. Mi ha detto che l'ha chiamata il pappone: tra una settimana tornerà al paese, andrà a casa nostra e sfregerà o accecherà lei e mia sorella”.
H., 20 anni

“Ho paura di incontrare il pappone o i suoi amici, ho paura che mi ammazzino e che le persone intorno non mi aiutino”.
I., 18 anni

“Mi ha telefonato mia sorella. L'ha chiamata il mio sfruttatore per chiederle di convincermi a ritirare la denuncia contro di lui. Dice che la sua vita è nelle mie mani. È stata la mia di vita a essere nelle sue mani e quei mesi con lui mi hanno tolto anni di vita! Quello che più mi ha fatto male è stato sentirla dalla parte di lui e questo mi fa provare una grande rabbia”.
L., 21 anni

Spesso le ragazze esprimono un senso di colpa per le esperienze vissute.

“Voglio tornare indietro e prendere una decisione più buona di quella che ho preso. So che non si può, ma per tutta la vita rimarrò con questa voglia di riparare”.

M., 18 anni

“Mi sento sporca, è una colpa che non passerà mai. Non sono degna neppure di abbracciare mio figlio”.

N., 21 anni

Può evidenziarsi anche rabbia verso di sé, verso chi non le ha protette, verso chi le ha schiavizzate e fatte prostituire, sfiducia in sé e in chi le circonda, tendenza all'isolamento, aspettative negative riguardo al futuro.

Per quel che concerne i traumi subiti, le ragazze possono presentare tentativi di evitamento di tutto ciò che è collegato a essi, oppure incubi, *flashback*, dissociazione, minimizzazione dell'esperienza.

“Vorrei incontrarlo, dirgli tutto il male che mi ha fatto, quanto mi ha cambiata, vorrei urlare, dargli uno schiaffo. Ma tanto non capirebbe”.

O., 18 anni

“Mi pento di non averlo ammazzato con un coltello, mentre dormiva, quando sentivo l'impulso e il desiderio. Una volta, l'ho minacciato con un coltello, lui rideva e io non ce l'ho fatta. Se ci fossi riuscita ora non avrei la paura che ho”.

P., 20 anni

“Sogno sempre di ucciderlo, ogni volta in un modo diverso, ma sempre in un lago di sangue”.

Q., 20 anni

Non sono rare diagnosi di attacchi di panico, disturbi del tono dell'umore e disturbo post-traumatico. Frequenti anche i tentativi di suicidio e le idee suicidarie.

Ulteriori conseguenze possono essere problemi sessuali e di relazione con uomini.

La prostituzione cosiddetta non coatta viene oggi praticata in strada, ma talvolta anche in casa e pubblicizzata con inserzioni, da uomini, donne e transessuali, nella quasi totalità stranieri, in larga maggioranza irregolari. Le aree di provenienza sono soprattutto il Sud America, l'Africa centrale e i paesi dell'Est Europa.

Anche questo tipo di prostituzione è profondamente permeata di violenza, ma in tale contesto viene esercitata dai clienti. La convinzione diffusa che le prostitute siano soprattutto vittime dei loro protettori non fa altro che perpetuare il mito secondo cui le persone che si prostituiscono sono delle vittime a causa della loro attività e questo dà false sicurezze alle donne. Le prostitute non vengono malmenate, stuprate o uccise semplicemente perché sono prostitute, ma perché sono le più vulnerabili fra le donne (Perkins, 1991).

Secondo Lowman e Fraser (1995) la violenza dei clienti può essere o situazionale o predatoria.

La prima si verifica quando una disputa che nasce nel corso della transazione, originata per esempio dal non gradimento della prestazione ricevuta o del prezzo pagato, cresce e sfocia nella violenza. È situazionale nel senso che non è premeditata e si può manifestare sotto forma di aggressione, sessuale o non, e rapina.

La violenza di tipo predatorio è invece premeditata. I fattori che la scatenano possono essere economici, come nel caso di rapine programmate, o misogini, sessuali o seriali. Colui che perpetra questo tipo di violenza sa quello che sta per fare, ha un progetto preordinato e sa dove andare a cercare la vittima. A volte può accadere che la violenza situazionale precipiti in quella predatoria laddove siano presenti nel cliente valori e atteggiamenti sulle donne, il sesso e le prostitute che facciano da detonatore.

“Mi ero sottoposta da poco a un intervento al seno, mi ero fatta applicare le protesi. Ero ancora indolenzita, ma avevo già ripreso a lavorare. Alla fine della serata ho accettato un passaggio da un nordafricano per tornare a casa, ma mi ha portato in tutt'altra zona dove c'erano altri cinque suoi amici. Mi hanno violentata a turno e poi mi hanno picchiato prendendo anche a calci il seno. E mi

hanno rubato tutto, compresi i vestiti e le scarpe. Mi ha ritrovato la polizia alle otto del mattino dopo, coperta di sangue e di lividi". Al termine del racconto, solleva la maglietta e mostra i frutti di quella aggressione avvenuta sette mesi prima: due mammelle gonfissime, indurite e infiammate e una tutta spostata verso l'esterno, orribilmente deformata.

R., transessuale

"Una sera sono stata abbordata da un cliente, ci siamo appartati nel posto solito, ma lì ci attendeva un suo complice. In quel luogo nascosto e solitario hanno cominciato a pestarmi con un bastone". Ha subito, oltre a ferite ed ematomi in tutto il corpo, un trauma cranico con frattura e lesione del nervo ottico. Conseguenza: la perdita dell'occhio. Oltre a esiti quali vertigini nausea e vomito che persistono a distanza di mesi dall'aggressione.

S., transessuale

Un aspetto molto indagato della prostituzione riguarda l'uso corretto e costante del profilattico. Contrariamente all'idea comunemente diffusa, studi di *follow-up* (Spizzichino et al., 2001; Zaccarelli et al., 2004) hanno rilevato che elevate percentuali delle persone che si prostituiscono utilizzano la protezione per tutti i tipi di rapporto, compresi quindi quelli oro-genitali, e che tali percentuali tendono ad aumentare nel tempo in presenza di interventi di counselling.

Un serio ostacolo ai comportamenti sicuri è generalmente rappresentato dai clienti. Molti di costoro, infatti, chiedono prestazioni senza profilattico (Spizzichino, 2005).

"Ho lavorato in Brasile, Argentina, Spagna e Francia, ma quello che vedo in Italia non l'ho visto mai. L'uomo italiano è il peggiore, il più vizioso, quello che più spesso chiede di fare senza preservativo".

T., transessuale

Per ottenere il loro scopo offrono più denaro, oppure minacciano di andare da qualcun altro, o, una volta indossato il preservativo, furtivamente se lo tolgono o lo rompono.

Possono essere diverse le motivazioni che inducono i clienti a questo. Loro adducono genericamente il desiderio di provare sensazioni che sarebbero limitate o assenti a causa della barriera costituita dal lattice. In realtà, si sono ipotizzate spinte che possono avere a che fare con la dimostrazione, soprattutto a se stessi, della propria mascolinità, o meglio di un'idea di essa caratterizzata dal coraggio, dalla forza sia fisica che psicologica, dall'indipendenza e dall'attività sessuale. Alcuni uomini, infatti, si aspettano di dover essere fisicamente forti, psicologicamente stabili, coraggiosi e virili. Tali aspettative possono tradursi in atteggiamenti e comportamenti che diminuiscono la loro capacità di proteggere e preservare la propria salute e favoriscono la loro esposizione alle malattie e alla morte prematura (UNAIDS, 2000). Altre cause sarebbero la paura di o la tendenza a perdere l'erezione, la dimostrazione di libertà sessuale o di *empowerment*, l'uso di alcool o sostanze psicotrope. Alcuni chiamano in causa anche la *sexual addiction*, la bassa autostima, la depressione.

"Sono molto timido con le donne, incapace di relazionarmi con loro. Sono depresso, deluso e senza speranze di poter vivere un rapporto tradizionale che porti al matrimonio. Per dieci anni non ho avuto rapporti sessuali. Nell'ultimo anno, spinto dal bisogno fisico, ho iniziato a fare del sesso a pagamento senza protezione, poiché sento di non aver niente da perdere".

U., cliente, 40 anni

In alcuni clienti si possono osservare la negazione del rischio, un senso di onnipotenza, di invulnerabilità, o una sorta di pensiero magico.

"Io me lo sento se la persona con cui vado sta bene o no. Se sento che è sana posso fare senza preservativo".

V., cliente, 17 anni

Un ruolo nel desiderio di avere rapporti a pagamento senza protezione può averlo anche il *sensation seeking*.

“Da qualche tempo sono attratto dalle transessuali. Preferisco non usare protezione perché ho bisogno di sensazioni forti per avere una buona erezione e per provare piacere”.

Z., cliente, 38 anni

Un meccanismo interessante, descritto da alcuni autori (Odets, 1994), riguarda coloro, soprattutto gay, che percepiscono un senso di inevitabilità di contrarre l'infezione e che quindi non sentono alcuna motivazione ad adottare strategie protettive. O addirittura può esserci in alcuni l'idea che una volta che ci si sia contagiati ci si possa finalmente liberare dell'ossessione riguardante il rischio di infettarsi (Shernoff, 2006).

Alle pressioni dei clienti per avere prestazioni senza protezione resistono solo le professioniste non ricattabili, attente alla propria salute, determinate e assertive.

“La mia salute è la mia azienda: se mi dovessi ammalare non riuscirei a realizzare tutti i progetti che ho in mente”.

A., transessuale

Chi invece cede, e ce ne sono, lo fa perché ha bisogno di denaro per pagare il debito del viaggio, per provvedere alla famiglia in patria, per mantenere la dipendenza da sostanze psicotrope. Ma anche per inesperienza, per mancanza di *appeal* o per età avanzata, per l'obnubilamento dovuto a droghe o alcolici, per disturbi del tono dell'umore. Oppure per l'idea che dietro all'infezione da HIV ci sia un destino o una punizione,

“Io non ho mai fatto del male a nessuno, quindi non mi infetto”.

B., transessuale

Una riflessione va fatta anche sulla percezione del rischio, che dipende da una varietà di fattori ed è culturalmente mediato.

“Mi fido solo dei clienti vecchi, secondo me sono più sicuri, più sani, sono gli unici con cui accetto di fare senza profilattico”.

C., donna

“Era un ragazzino di 16 anni, un angelo caduto dal cielo: abbiamo fatto senza”.

D., transessuale

Oppure, al di là delle motivazioni cui si è accennato, semplicemente, chi accetta è già sieropositivo per HIV.

Sono numerosi i clienti che dopo giorni, o anche mesi dagli episodi rischiosi, si preoccupano delle possibili conseguenze su di loro e su partner e figli, si sottopongono più e più volte al test, spesso arrivando a presentare sintomatologie ansiose, fobiche o ipocondriache.

“Subito dopo essere stato con una transessuale mi sono accorto di avere le ghiandole del collo gonfie. Da allora mi controllo tutti i giorni, mi sono venute anche delle macchie sulla pelle. Mi ricordo che nel film Philadelphia il protagonista si riempiva di macchie e poi moriva”.

E., cliente

“Da alcuni mesi ho cominciato a temere di poter contrarre l'HIV in situazioni a rischio inesistente, come per esempio frequentando il bagno del personale dell'ufficio in cui lavoro o addirittura toccando cassette porno in negozi di noleggio. E naturalmente non sono più andato con un prostituta. Razionalmente sono consapevole che è tutta una esagerazione, ma la paura è più forte di me. Ieri ho voluto mettermi alla prova: ho preso appuntamento con una vecchia conoscenza di cui ricordavo la pulizia e l'attenzione alla protezione. Sono arrivato, le ho appena toccato i genitali e poi sono letteralmente scappato”.

F., cliente

Frequentemente, dunque, i clienti manifestano il timore, a volte il terrore, che anche contatti oggettivamente a rischio zero possano provocare contagi, si allarmano quando si rompe un profilattico, eppure continuano a ricercare prestazioni sessuali a pagamento.

G., trentenne frequentatore da anni di prostitute, sposato, una figlia appena nata, racconta angosciato un episodio avvenuto circa 5 mesi prima. “Ho avuto un incontro con una prostituta e, proprio per evitare di essere successivamente assalito dall'ansia, ho scelto di non avere un rapporto sessuale, ma di masturbarci ciascuno per proprio conto. E invece ora sono ossessionato dal pensiero che la donna abbia potuto infettarmi toccando con la mano il fazzoletto con cui mi sono pulito. Sono pieno di sensi di colpa, sono certo di essermi infettato e che la malattia sia la mia punizione”.

Un ulteriore protagonista nel mondo della prostituzione, non molto studiato per ovvi motivi, è il partner della persona che si prostituisce. Le osservazioni di anni nell'Unità Operativa hanno evidenziato che molti fra coloro che sieroconvertivano o venivano diagnosticati HIV positivi avevano contratto l'infezione dal partner stabile. Quello che è emerso è che anche le persone più attente e abituate a proteggersi con i clienti rinunciavano al profilattico nei rapporti coi partner anche se costoro, come spesso accade, erano stati clienti. Pertanto, uno degli obiettivi del counselling è diventato affrontare questo aspetto e motivare, esplorando le strategie più efficaci, le persone che si prostituiscono a inviare o accompagnare nell'Unità Operativa i partner affinché si sottopongano ai controlli.

“Il preservativo si usa con i clienti, ma dove c'è l'amore no”.

Non tutti i partner appartengono al tipo descritto da Freud (1910), rappresentato da coloro i quali agiscono “un tipo particolare di scelta oggettuale” definito “amore per la donna di facili costumi”. Questo è caratterizzato dall'attivazione della gelosia, dalla fedeltà verso di lei e dalla tendenza a “salvare” l'amata.

Per meglio comprendere il ruolo di tale figura nella vita delle persone che si prostituiscono, potremmo immaginare un *continuum* ai cui estremi troviamo da una parte coloro che non traggono benefici economici da quell'attività, ma anzi spingono perché venga abbandonata, e dall'altra coloro che gestiscono e sfruttano il lavoro della partner. All'interno di questo spettro si collocano numerose situazioni intermedie.

“Sto con lui da cinque anni. Mi ha tolta dalla strada e gli sono molto riconoscente, sono innamorata di lui. Mi ha anche pagato un corso da sarta mentre lui lavora come tassista. Certo, non guadagno i soldi di prima, ma sono più contenta: niente stress, niente paura della polizia. Prima mi cadevano i capelli, ora sto molto meglio anche fisicamente. E poi ho visto tante amiche che sono venute dal mio paese ammalarsi qui e morire: non voglio finire così”.

H., transessuale

“Il mio ragazzo era un po' un pappone. Non gli davo i soldi direttamente, ma pagavo l'affitto e tutte le sue spese”.

I., transessuale

Dall'osservazione effettuata nella Unità Operativa sembrerebbe trattarsi di un gruppo disomogeneo.

I 151 partner delle transessuali (Spizzichino, 2007) erano italiani per il 60,9%, avevano un'età media di 27,6 anni (17-65), il 35,1% aveva il titolo di istituto superiore, il 52,3% era disoccupato, l'8,6% era separato o divorziato, il 66,9% conviveva con la partner; 20 su 151 si prostituivano. La durata media del rapporto all'ingresso era 21 mesi con un minimo di un mese e un massimo di 15 anni. Tutti avevano accettato di sottoporsi al test HIV e il 37,7% lo aveva fatto a meno di 6 mesi dall'inizio della relazione. La prevalenza di anti-HIV tra costoro era 9,9%. In tempi recenti si è rilevata la tendenza da parte delle transessuali a scegliere partner provenienti dall'Est Europa, molto giovani (età media 22,6 anni), tutti disoccupati, alcuni con un passato di prostituzione, molti sieropositivi spesso inconsapevoli, che rivestivano chiaramente un ruolo di piccoli sfruttatori.

Dei 34 partner delle donne prostitute, 32 maschi e 2 femmine, età media 32,9 anni (20-55), 18 erano italiani, 11 avevano il titolo di istituto superiore, 8 erano disoccupati, 6 separati o divorziati, 26 convivevano; uno si prostituiva. La durata media del rapporto era 22,5 mesi, minimo 1 mese, massimo 12 anni. Tutti erano risultati negativi per HIV.

Alla luce di quanto detto, è necessario riflettere su quali interventi mettere in atto nell'ambito della prostituzione. E ancora prima sui destinatari a cui rivolgersi e sugli obiettivi realistici da perseguire. I programmi che si indirizzano alla domanda possono essere di tipo dissuasivo. In molte città si è adottata la strategia di emettere multe agli uomini sorpresi in situazioni inequivocabili o addirittura, di sequestrare la loro automobile con inevitabile individuazione come clienti di prostitute all'interno della famiglia e della comunità. In alcune occasioni un orientamento di questo tipo ha dato luogo a conseguenze tragiche i cui echi sono arrivati nelle cronache nere dei giornali. Spesso, l'unico risultato è che le persone che si prostituiscono decidono di praticare nel proprio appartamento o in case organizzate in diverse località italiane con rotazione ogni 15 giorni, con ricadute scarse o nulle in termini di limitazione del fenomeno.

Emblematiche, in questo ambito, le esperienze realizzate negli Stati Uniti di *johns³ school*. Si tratta di un'alternativa alla ingente multa o alla detenzione per quegli uomini arrestati mentre cercavano prestazioni sessuali a pagamento. L'obiettivo è di ridurre la domanda e limitare la recidività tra i clienti. I docenti nei corsi sono magistrati, ex prostitute, operatori socio-sanitari, poliziotti, leader locali. Il programma comprende informazioni su argomenti quali le malattie sessualmente trasmissibili, l'impatto negativo della prostituzione, nonché alcuni aspetti riguardanti coloro che si prostituiscono, per esempio i fattori che contribuiscono al loro coinvolgimento, i loro atteggiamenti nei riguardi dei clienti e la dura realtà della loro vita. Studi di valutazione di alcuni di questi programmi (Hallinan, 1997), realizzati però da chi questi programmi aveva realizzato, hanno evidenziato nei clienti che vi avevano partecipato dei cambiamenti sia nella percezione della prostituzione e di chi la pratica che nei comportamenti. Un altro studio sull'argomento (Monto & Garcia, 2001), molto più rigoroso da un punto di vista sia metodologico che interpretativo, aveva riscontrato una bassissima ricaduta nei comportamenti sanzionati. Il problema, tuttavia, sta nello scegliere come unico indicatore di successo il tasso di recidività che può risultare ridotto perché gli uomini arrestati partecipanti agli studi avevano imparato dall'esperienza come evitare arresti successivi pur continuando a frequentare l'ambiente della prostituzione.

Un obiettivo realistico da perseguire con i clienti, così come con le persone che si prostituiscono e i loro partner, è la riduzione dei rischi, soprattutto quelli relativi all'infezione da HIV e alle altre malattie a trasmissione sessuale, e la promozione della salute e la cura di sé. E questo, nell'esperienza dell'Unità Operativa sembra possibile grazie alle risposte ai bisogni di salute di queste popolazioni e all'offerta di counselling (Spizzichino et al., 2001; Zaccarelli et al., 2004, Spizzichino et al., 2008). Oggetto di studio dal 1992 a oggi è stato un gruppo che oggi ha raggiunto quasi le mille persone che praticano la prostituzione delle quali si sono indagati la prevalenza e l'incidenza di malattie a trasmissione sessuale spesso, ma non necessariamente, associate a questo tipo di attività e i comportamenti rischiosi riferiti sia all'ingresso che a ogni controllo periodico. Gli uomini erano il 7,2%, le donne il 25,6% e le transessuali il 67,2%. La maggioranza proveniva dal Sud America. La prevalenza di infezione da HIV al primo contatto era 21,3% con notevoli differenze per genere: 27,4% tra le transessuali, 23,1% tra gli uomini e 4,8% tra le donne. È interessante notare che soprattutto tra le transessuali la prevalenza per anno di HIV ha subito un notevole decremento nel tempo, con il 57% rilevato nel 1993 e un assestamento negli ultimi anni su un comunque elevato 10%. Contemporaneamente, come già accennato, si è osservato un progressivo aumento della proporzione di soggetti che riferivano un uso regolare del profilattico con i clienti per tutti i tipi di rapporto: l'87,2% delle donne, il 75,4% delle transessuali e il 60,7% degli uomini.

Nei 16 anni di osservazione, tra i soggetti negativi al primo test HIV che avevano effettuato almeno un *follow-up*, il 60% del totale, sono state diagnosticate 22 nuove infezioni, 20 delle quali tra le transessuali.

Ma al di là dei numeri, che comunque forniscono una fotografia di una porzione rilevante delle persone che si prostituiscono nel nostro paese, sono numerosi gli aspetti che sono emersi negli anni di relazione con costoro.

³ Termine gergale inglese per cliente.

Il più importante riguarda il fatto che è possibile, al di là di coercizioni invocate o minacciate, promuovere un'attenzione alla salute e una riduzione dei comportamenti sessuali e tossicomani rischiosi in questa fascia di popolazione, che può rappresentare un ponte verso la popolazione generale di patologie, prima fra tutte l'infezione da HIV. Tra questa utenza del servizio, infatti, si è auto selezionato un gruppo consistente di persone che:

- effettuano ogni 4-6 mesi i controlli per HIV, epatite B e sifilide;
- si sottopongono regolarmente alle terapie prescritte e alle verifiche successive;
- effettuano, quando indicato, le tre dosi del vaccino contro HBV;
- accompagnano o inviano altre persone che si prostituiscono, in particolare quelle appena arrivate nel nostro paese;
- accompagnano o inviano partner stabili o clienti.

Se si è riscontrata una riduzione dei comportamenti rischiosi. Permangono tuttavia degli aspetti preoccupanti sui quali è necessario lavorare. Per esempio è molto diffuso l'abuso di alcool motivato dal desiderio di proteggersi dal freddo notturno o di "sballarsi" allo scopo di non essere feriti dagli aspetti più duri di questa pratica.

"Uso l'eroina da quando sono arrivata in Italia. La prendo per riuscire a fare questo lavoro, per sopportare il freddo, il fastidio e, spesso, la vergogna".

L., transessuale

"Non uso nessuna droga. Giusto un po' di erba, niente altro. Naturalmente qualche brandy o un bel po' di whisky quando sono fuori la notte. Non posso sopportare il freddo".

M., transessuale

Anche l'assunzione di cocaina, spesso offerta dal cliente e insieme a questi consumata, viene riferita da molte di queste persone, anche da quelle che non sono particolarmente attratte da tale sostanza. Il motivo è che un incontro caratterizzato da sesso e cocaina richiede più tempo e quindi permette di ottenere una somma di denaro maggiore. Le risposte a questa offerta da parte di chi non ama tale sostanza sono diverse. C'è chi rifiuta l'incontro, chi accetta e si libera di nascosto della cocaina e c'è chi, ed è la maggioranza, la assume. E questo ha sicuramente delle implicazioni negative sul piano della sicurezza dei comportamenti.

Perché gli interventi di riduzione del rischio siano efficaci, è necessario entrare in contatto con le persone che si prostituiscono tempestivamente rispetto all'arrivo in Italia, poiché la probabilità di infettarsi cresce con l'aumentare degli anni di permanenza. E comporta la creazione di centri, possibilmente appropriati per lingua, cultura, genere ed età, di facile accesso, per prevenzione, counselling e test al fine di effettuare diagnosi precoci di infezione da HIV e di iniziare trattamenti antiretrovirali in tempo utile. In particolare, è necessario rilevare la rappresentazione che hanno dei servizi socio-sanitari, identificare quali sono le barriere che normalmente incontrano, quali i bisogni, e soprattutto sviluppare la competenza interculturale degli operatori. Tutto questo però suona alquanto ironico in una fase storica in cui il parlamento italiano sembrerebbe accingersi a votare l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del già citato Decreto Legislativo 286 del 1998 che recita:

"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano".

Gli interventi preventivi diretti alle persone che si prostituiscono, ai clienti e ai partner, oltre che sull'informazione, dovrebbero incentrarsi sulla percezione dei rischi e sui bisogni profondi che sostengono i comportamenti pericolosi, ma anche, attraverso interventi psicoterapeutici, sui disturbi associati alla presa dei rischi, quali le dipendenze, la depressione, la scarsa autostima. È bene tenere presente, tuttavia, che il cambiamento non è un punto di arrivo definitivo, ma un processo che richiede tempi lunghi, che va mantenuto e rinforzato e che, infine, la ricaduta è la regola, non l'eccezione.

Per quel che riguarda più propriamente la prostituzione da traffico, la psicoterapia, quando possibile e ovviamente con opportune valutazioni, può dimostrarsi efficace nell'elaborazione del trauma purché si tenga conto anche della cultura di appartenenza della paziente.

*“Nella nostra cultura non siamo abituati ad andare dallo psicologo: le nostre cose preferiamo tenercele dentro”.N.,
19 anni, rumena*

Se e quando le ragazze, al termine del percorso di fuga e di terapia, decidono di tornare nel loro paese, è opportuno inserirle in uno dei programmi attivi anche in Italia che preparano il rientro e seguono le ragazze in ogni fase di questo processo per ridurre il rischio di *re-trafficking*: il traffico si perpetua in modo ciclico e le vittime sono suscettibili di ricadere nelle sue reti. Infatti, è molto probabile che al rientro trovino la stessa situazione sociale, familiare ed economica che è stata uno dei fattori determinanti nella decisione di partire, e che vengano esposte a ostilità e biasimo a causa di pregiudizi diffusi tra la popolazione secondo i quali le donne sono colpevoli perché hanno accettato di emigrare e lavorare illegalmente, hanno creduto ingenuamente ai grandi guadagni fatti intravedere, sono “puttane” che non meritano alcuna compassione.

Al livello di prevenzione del traffico di esseri umani a scopo di prostituzione, infine, si sono dimostrati efficaci dei programmi informativi ed educativi mirati ai giovani, realizzati nei paesi di partenza all'interno di accordi di cooperazione internazionale.

Bibliografia

Comitato Parlamentare Schengen-Europol, Camera dei deputati e Senato della Repubblica (2001). *Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla tratta di esseri umani*, Roma. Retrieved February 10, 2009, from <http://www.camera.it/bicamerale/schengen/indagini/docconclusivo.htm>.

Corbin, A. (1987). Commercial sexuality in nineteenth-century France: A system of images and regulations. In C. Gallagher & T. Laquer (Eds.), *The making of the modern body: Sexuality and society in the nineteenth century*. Berkeley: University of California Press.

Decreto Legislativo 25/7/1998, n. 286. *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*.

Fédération Internationale des Droits Humains (2000). *Trafic et prostitution dans le monde. Le Cahier*, 38.

Freud, S. (1910). Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens: Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne. Holograph manuscript, (trad. it. Contributi alla psicologia della vita amorosa: Su un tipo particolare di scelta oggettuale nell'uomo, In S. Freud: *Opere*. Torino, Boringhieri, 1974).

Hallinan, T. (1997, January). *Results and policy impact. F.O.P.P.: First Offenders Prostitution Program Application #790*. Office of the Attorney General, City and County of San Francisco.

International Organization for Migration (2003, August). *Who is the next victim? Vulnerability of Young Romanian women to trafficking in human beings*. Retrieved February 10, 2009, from http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/books/who_next.pdf

Lowman, J., & Fraser, L. (1995). *Violence against persons who prostitute: the experience in British Columbia*. Vancouver: Simon Fraser University.

Monto, M. A., & Garcia, S. (2001). Recidivism among the customers of female street prostitutes: Do intervention programs help? *Western Criminology Review*, 3 (2). Retrieved February 10, 2009, from <http://wcr.sonoma.edu/v3n2/monto.html>

Odets, W. (1994). Seronegative gay men and considerations of safe and unsafe sex. In S. Cadwell, R. Burnham & M. Forstein (Eds.), *Therapists on the front line: psychotherapy with gay men in the age of AIDS*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Pastore, F., Romani, P. & Sciortino, G. (1999). *L'Italia nel sistema internazionale del traffico di persone*. Rapporto per la Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati, Dicembre.

Pastore, F., Romani, P. & Sciortino, G. (1999, Dicembre). *L'Italia nel sistema internazionale del traffico di persone*: Risultanze investigative, ipotesi interpretative, strategie di risposta. Rapporto della Commissione per l'integrazione degli immigrati, Presidenza del Consiglio.

Perkins, R. (1991). *Working girls: prostitutes, their life and social control*. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Sherhoff, M. (2006). *Without condoms: unprotected sex, gay men and barebacking*. London: Routledge.

Spizzichino, L. (2005). *La prostituzione. Il fenomeno e l'intervento psicologico*. Roma: Carocci.

Spizzichino, L. (2007, October). *Clienti e partner stabili: l'altra faccia della prostituzione*. Paper presented at XXI Congresso Nazionale AIDS e Sindromi Correlate, Rimini.

Spizzichino, L., Zaccarelli, M., Rezza, G., Ippolito, G., Antinori, A. & Gattari, P. (2001). HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: Prevalence, behaviour patterns, and seroconversion rates, *Sexually Transmitted Diseases*, 28 (7), 405-11.

Spizzichino, L., Gattari, P., Venezia, S., Bonomo, R., Pierro, P., Orchi, et al. (2008, November). *Prostituzione di strada a Roma e HIV: donne uomini e transessuali di nazionalità straniera. Diffusione dell'infezione da HIV e interventi possibili*. Paper presented at XXII Congresso AIDS e sindromi correlate, Palermo.

UNAIDS (2000, March). *Men and AIDS. A gendered approach*. World AIDS Campaign.

United Nations General Assembly, Ad hoc committee on the elaboration of a convention against transnational organized crime (2000, June). *Revised draft protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, Supplementing the United Nations Convention against transnational organized crime*, Vienna.

Zaccarelli, M., Spizzichino, L., Venezia, S., Antinori, A. & Gattari P. (2004). Changes in regular condom use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: a 12 years study. *Sexually Transmitted Infections*, 80 (6), 541-545.