Infermieri contro la Tratta: un modello per individuare le vittime di sfruttamento sessuale

Guglielmo Sano

Infermiere, studente Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Università degli Studi di Palermo, Italia

Corrispondenza: guglielmosano@gmail.com

DESCRIZIONE DEL FENOMENO

Con l'espressione "Tratta di esseri umani" (da ora in avanti TEU), seguendo la definizione del cosiddetto *Protocollo Addizionale sulla Tratta* (UNODC, nd) delle Nazioni Unite si indica: "il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'ospitare o l'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, dando oppure ricevendo somme di denaro o benefici al fine di ottenere il consenso di un soggetto che ha il controllo su un'altra persona, per fini di sfruttamento" (Osservatorio Interventi Tratta, nd).

La TEU, quindi, si presenta attraverso numerose espressioni. Le riepiloga efficacemente l'articolo 601 del Codice penale. La normativa italiana, muovendosi in linea con la definizione del già menzionato *Protocollo*, inquadra la TEU nella costrizione o comunque nell'induzione al compimento di prestazioni lavorative, accattonaggio, prelievo di organi, azioni illecite in generale e, naturalmente, di prestazioni sessuali con fini di sfruttamento (Gazzetta Ufficiale, n.d).

Precisazione importante: non bisogna confondere la TEU con il "traffico" di esseri umani (Save the Children, n.d.). Il primo è un crimine "contro la persona", il secondo "contro lo Stato". Più nello specifico, il "traffico" di esseri umani è un crimine che comporta l'attraversamento (illegale) di frontiere, mentre perché si concretizzi la "tratta" di esseri umani non è necessariamente richiesto l'attraversamento di un confine internazionale (anche se la TEU può comportare movimenti transfrontalieri).

Particolarmente difficile restituire con delle cifre esatte l'entità della problematica. Infatti, vista la natura "sommersa" del fenomeno risulta complicato intercettare, identificare, registrare le vittime di TEU da parte delle Autorità. Ciò, è chiaro, influenza pesantemente i processi di acquisizione di dati statistici. Detto ciò, si stima che il numero complessivo delle vittime di TEU oscilli tra 12 e 30 milioni (Byrne et al, 2019) anche se alcune ricerche parlano di oltre 40 milioni (Zimmerman & Kiss, 2017) Potrebbero essere, addirittura, 5-10 milioni le vittime minori (Isaac et al, 2011).

Numerosi studi sostengono che, a livello globale, le vittime di TEU ai fini di sfruttamento sessuale rappresentano circa l'80% del totale (UNODC, 2009).

Dunque, pare accertato che la TEU ai fini di sfruttamento sessuale sia la declinazione più rappresentativa e frequente del fenomeno. Probabilmente è anche la più abietta nonché la più complessa. Secondo alcuni studi il tempo dell'intervento assistenziale realizzato da professionisti sanitari a favore di una vittima di TEU sessuale è venti volte superiore a quello necessario per l'intervento incentrato su una vittima di violenza domestica (Clawson et al, 2003).

Chi sono le vittime di tratta sessuale? Gli studiosi in generale concordano sul fatto che oltre l'80% delle vittime di TEU ai fini di sfruttamento delle prestazioni sessuali sia composto da donne (Miller et al, 2007). Il 50% potrebbe essere rappresentato da ragazze che non hanno compiuto la maggiore età (Dovydaitis, 2010).
Da sottolineare però che stando ad alcuni report la quota di vittime di genere maschile non può essere considerata trascurabile. Infatti, potrebbe attestarsi tra un terzo e un quarto del totale (Polaris, 2021). Inoltre, alcuni studi sottolineano come un minore vittima di TEU sessuale su tre potrebbe essere di genere maschile (Raney, 2017). Quindi, nonostante coinvolga anche molti uomini adulti (Greenbaum et al, 2015) – che d'altra parte risultano vittime di TEU, per lo più, ai fini di sfruttamento lavorativo – le vittime di TEU ai fini di sfruttamento sessuale sono soprattutto donne e minori, sia di sesso femminile che di sesso maschile; da sottolineare però come questi siano vittime in misura considerevole anche di TEU ai fini di sfruttamento lavorativo/accattonaggio, adozione illegale, prelievo forzoso di organi (de Boer-Buquicchio, 2019).
Da dove provengono le vittime di tratta? Secondo i dati *Eurostat*, il 63.1% delle vittime di TEU accertate sul territorio europeo proviene da paesi extra-Ue (Eurostat, 2024). La percentuale delle vittime di TEU provenienti da paesi extra-Ue accertate sul territorio italiano sfiora il 100% (in ristrettissima parte provengono da altri paesi Ue). In base ai dati del *Group of Experts on Action Against Trafficking in Human Beings* (GRETA), organo del Consiglio d'Europa che monitora il fenomeno, nel 2024 la stragrande maggioranza delle vittime di TEU sessuale identificate in Italia proveniva dalla Nigeria (68.4%).
Tra le nazioni di provenienza (101 in tutto quelle citate dal GRETA) spiccano anche Costa D'Avorio (3.5%), Pakistan (3%), Bangladesh (2.9%) e Marocco (2.2%). Dunque, si può dire che – almeno nel nostro paese - le vittime di TEU ai fini di sfruttamento sessuale provengono per lo più da Africa Sub-Sahariana, Maghreb e subcontinente indiano.
Alcune ricerche condotte nei Dipartimenti di Emergenza Usa (Lamb-Susca & Clements, 2018) rilevano come non si possano fare particolari distinguo per quanto riguarda genere, età, nazionalità delle vittime. In pratica, uomini, donne, adulti, bambini, stranieri e non: tutte queste categorie possono essere potenzialmente colpite dalla condotta criminale se esposte a condizioni di "vulnerabilità" (Gajic-Veljanoski & Stewart, 2007). D'altro canto, una lettura del genere può essere accettata solo a livello generale, se non proprio generico. Insomma, può essere valutata più che altro per il suo intento "prudenziale". Considerando vulnus statistici e prassi operative per lo più empiriche, non è possibile tracciare una zona "sicura", quindi, escludere a priori un sospetto e rinunciare all'approfondimento di situazioni a rischio. Posto questo, per quanto riguarda la nostra realtà sembra possibile tirare più precisamente le somme e fornire un identikit di massima delle vittime di TEU e di quelle di TEU ai fini di sfruttamento sessuale nello specifico.
Queste sono nella maggioranza dei casi:

- Di genere femminile. Ciò si può affermare nonostante l'aumento dei casi di sfruttamento sessuale di persone di genere maschile o non binarie (Martinez & Kelle, 2013);
- Donne adulte, anche se il fenomeno potrebbe riguardare in modo per niente trascurabile minori (prevalentemente di genere femminile ma non solo);
- Persone con background migratorio. Si può presumere non solo di primo approdo ma anche seconde e ulteriori generazioni, visto il radicamento in Italia di comunità provenienti dai paesi che contano il maggior numero di vittime accertate.

Inoltre, muovendosi pur sempre nel campo delle ipotesi ma comunque ragionando logicamente in base ai casi illustrati dalla letteratura appare plausibile che nella maggioranza dei casi si tratti di:

- Persone che versano in una situazione economica instabile se non proprio in condizioni di estrema povertà materiale;
- Persone che versano anche in una situazione di estrema povertà immateriale ed educativa (intendendo con questa espressione la compresenza di difficoltà di vario genere: assenza di reti di supporto, irregolarità sul territorio, marginalità/esclusione sociale, bassa scolarizzazione, scarso accesso a percorsi di formazione professionale, scarsa integrazione linguistica, dipendenze e patologie collegate a esse, disturbi psichiatrici, disabilità di varia natura).

ANALISI DELLA LETTERATURA

La TEU rappresenta una grave violazione dei diritti umani e nel corso degli ultimi decenni (WHO, 2012) ha ricevuto sempre maggiori attenzioni da parte degli organi di governo così come da parte delle forze dell'ordine. A ciò, almeno

finora, non è sembrato corrispondere un comparabile impegno da parte della comunità sanitaria internazionale che ha continuato a rispondere in modo limitato e disarticolato ai bisogni delle vittime di TEU (van der Laan et al, 2011). Eppure, al di là degli ovvi risvolti giuridici, politici, criminologici, sociologici della problematica, la TEU rappresenta non solo un evidente problema di salute individuale ma anche un serio problema di sanità pubblica. Ciò prioritariamente per due motivi:

1. Innanzitutto, pare plausibile ipotizzare che, vista la consistenza del fenomeno (consistenza con tutta probabilità stimata "per difetto"), una fetta non trascurabile delle vittime di TEU - almeno una volta durante la propria "schiavitù" - entri in contatto con il Sistema Sanitario. Secondo degli studi specifici - fanno riferimento alla realtà statunitense – prima o dopo quasi il 90% delle vittime di tratta entra in contatto con il Sistema Sanitario (D. Gorenstein, 2016) – con circa il 68% dei contatti concentrati nei reparti di emergenza (Lederer, 2014). Altri studi parametrati sulla realtà europea, invece, stimano che almeno un quarto delle vittime di TEU entri in contatto con il personale sanitario senza essere individuata o comunque senza che venga attivata alcuna procedura di referral (Barrows & Finger, 2008). Al di là della misura con cui il contatto potrebbe avvenire, di fatto, il personale sanitario non dispone di strumenti sistematici, organizzati e strutturati per impostare la relazione d'aiuto in modo corretto ed efficace. Il personale sanitario nel migliore dei casi fa affidamento sulla propria esperienza, se non proprio sulla propria capacità di intuizione, per evidenziare, segnalare, contrastare lo sfruttamento. D'altro canto, alcuni studi evidenziano come la stragrande maggioranza del personale sanitario – sembra oltre l'80% negli Usa (Ramnauth et al, 2018) – manchi il riconoscimento della vittima di TEU per via di una profonda impreparazione sulla tematica. Impreparazione per molti versi "incolpevole": poco tempo per l'aggiornamento, intermittenze o mancanze nell'offerta di percorsi formativi specifici e così via sono fattori determinanti in questo senso. A questi poi si sommano irreperibilità di protocolli Evidence-Based (Arizona State Board of Nursing, 2014) e, talvolta, processi di vittimizzazione secondaria, stereotipi, pregiudizi personali (Chisolm-Straker et al, 2012). False o erronee credenze, insomma, che possono addirittura consolidarsi in personale formato da percorsi non adeguatamente approfonditi (Brace et al, 2018). Inoltre, è opportuno rilevare come alcune ricerche dimostrino che – nonostante la relativa "certezza" di essere entrati in contatto con una vittima di TEU – diversi tipi di professionisti sanitari "rinuncino" all'intervento. Ciò accade, in breve, perché non saprebbero né "come" approcciare la sospetta vittima né "chi" contattare in caso gli venisse rivolta una qualche sorta di "richiesta di aiuto" (Ross et al, 2015).
2. Dunque, sembra che il personale sanitario sia uno dei pochi "fornitori di servizi" che incontra le vittime di tratta nel compiersi della loro condizione di sfruttamento: addirittura, appare plausibile che quello sanitario sia il primo e principale canale di individuazione (e, conseguentemente, potenziale intervento di protezione) della vittima di TEU. D'altra parte, senza considerare protocolli, procedure, buone pratiche utilizzate in realtà che si occupano specificatamente della problematica (IOM/UNGIFT/LSHTM, 2009), preme allora sottolineare nuovamente l'assenza – a livello generale – di strumenti sistematici, organizzati, strutturati a disposizione del personale sanitario e per quanto riguarda il riconoscimento della vittima di TEU e per quanto attiene all'approccio in caso di contatto con quest'ultima. Appare evidente il legame tra il rischio di mancare l'individuazione delle vittime di TEU e quello di impostare erroneamente la relazione d'aiuto. Ciò nel peggiore dei casi potrebbe determinare l'allontanamento della (sospetta) vittima - forzato o volontario importa lateralmente - dalle maglie del Sistema Sanitario. Facendo perdere, forse irrimediabilmente, l'opportunità di intervento. Per spiegare meglio il concetto basti sottolineare che secondo uno studio specifico – sempre perimetrato sulla realtà statunitense - il 28% delle donne vittime di tratta considera il contatto – "effettivo" ma pare logico che consideri tale anche quello "potenziale" - con il Sistema Sanitario parte della propria dimensione di "schiavitù" (Family Violence Prevention Fund, 2005).

RACCOMANDAZIONI EMERSE DALL'APPROFONDIMENTO

Esposte le principali motivazioni che impongono quantomeno di aumentare l'attenzione sul tema si può precisare che il seguente lavoro intende circoscrivere l'argomento ponendosi un obiettivo in particolare:

- Fornire delle indicazioni volte alla realizzazione di una scala valutativa che permetta al personale sanitario e agli infermieri in particolare di stimare il rischio di approccio ad una potenziale vittima di TEU e, più nello specifico, di una vittima di TEU ai fini di sfruttamento delle prestazioni sessuali. Ciò è da ritenersi scopo oltremodo prioritario considerando come gli strumenti utilizzati al momento per stimare tale rischio risultino più

che altro adattati da altri contesti; vedi, per esempio, l'utilizzo di scale volte all'individuazione delle vittime di tortura (Miller in Basoglu, 1992).

Un'approfondita trattazione vittimologica, quindi, un'analisi delle caratteristiche ricorrenti delle vittime, costituisce un passo fondamentale nello snellimento del processo di identificazione di chi subisce una condotta criminale. Sempre in generale: una precoce identificazione delle vittime di condotte criminali aumenta le probabilità di intervenire efficacemente a favore della vittima stessa. Questo assunto vale in generale quanto nel processo di identificazione della vittima di TEU sessuale.

In quest'ottica, è possibile articolare in uno schema organizzato i segni fisici, i segni psichici, oltre che gli elementi socio-culturali che possano costituire delle "red flag" per il personale sanitario chiamato a riconoscere, valutare e, quindi, assistere una sospetta vittima di TEU ai fini di sfruttamento delle prestazioni sessuali.

Ecco allora che, prendendo in considerazione diversi studi che approfondiscono l'argomento, vanno considerate "red flag" fondamentali in chiave identificazione:

- Marchi, tatuaggi, bruciature, cicatrici, ematomi di cui l'assistito/a non riesce a ricostruire l'origine o di cui l'assistito/a riferisce l'origine con esitazioni e contraddizioni manifeste;
- Lesioni di evidente origine traumatica (ferite lacero-contuse, fratture, lussazioni, dislocazioni e così via) non adeguatamente trattate/ non trattate del tutto e/o in stato avanzato;
- Infezioni sessualmente trasmissibili non adeguatamente trattate/non trattate del tutto e/o in stato avanzato (Cohen, 2023);
- Infezioni del tratto urinario persistenti/ripetute non adeguatamente trattate/non trattate del tutto e/o in stato avanzato;
- Gravidanza (contraddistinta da reticenza a fornire informazioni in merito);
- Aborti ripetuti;
- Mutilazioni (genitali e non);
- Problemi di fertilità;
- Dolori cronici e/o malattie croniche non trattate adeguatamente/non trattate del tutto e /o in stato avanzato;
- Problemi odontoiatrici, es. denti rotti o mancanti etc. (O'Callaghan, 2012);
- Evidente stato di malnutrizione e/o disidratazione;
- Tubercolosi.

Come emerge chiaramente dalla letteratura, un elenco per quanto possibile esaustivo consente di porre una netta differenziazione tra vittima di TEU ai fini di sfruttamento sessuale e vittima di TEU ai fini di sfruttamento lavorativo, per esempio, i cui segni fisici caratteristici sono solo in parte sovrapponibili a quelli appena esposti. Nel riconoscimento di quest'ultima, infatti, assumono particolare importanza: colpi di calore, segni di congelamento, segni di esposizione a pesticidi/prodotti chimici, patologie legate a condizioni igienico-sanitarie non ottimali, problematiche respiratorie legate alla qualità dell'aria, problematiche dermatologiche (Mishori, 2015).

Allo stesso modo si possono elencare i segni psichici che caratterizzano la vittima di TEU ai fini di sfruttamento sessuale. Anche se i segni fisici possono costituire un valido "campanello d'allarme" nel riconoscimento di una situazione di potenziale sfruttamento quelli psichici assumono un valore ancora più importante nel caso specifico della vittima di tratta sessuale. Infatti, la condizione di sfruttamento delle prestazioni sessuali spesso viene perpetrata attraverso strategie di coercizione "mentale" che includono intimidazioni verbali e abusi emozionali piuttosto che attraverso un abituale ricorso alla violenza materiale.

Insomma, non è raro che il rapporto di "sottomissione" escluda percosse, stupri, molestie, privazione di cibo, acqua, sonno, adeguate condizioni igienico-sanitarie, medicinali e cure, limitazioni alla libertà di movimento e tutte quelle pratiche che, in un modo o nell'altro, produrrebbero segni fisici che un clinico, non per forza addestrato sulla situazione specifica, potrebbe facilmente notare.

In pratica, per consolidare il "controllo", la "dominazione" sulla vittima, in molti casi i criminali utilizzano soltanto - o comunque prevalentemente - insulti verbali, minacce, intimidazioni e tutte quelle forme di abuso psicologico (non per forza manifestatamente "violente") che hanno il chiaro scopo di umiliare, sminuire, degradare, ancor più, ingannare, raggirare e, in generale, circonvenire e manipolare una persona già di per sé "vulnerabile" sotto vari aspetti (Baldwin et al, 2015). Ecco allora come appaia chiaro che alcuni aspetti comportamentali, talvolta disfunzionali a prescindere dal contesto sanitario (per alcune persone il setting clinico risulta frustrante, "stressante" a prescindere dalla motivazione che ha reso necessario il check-up), possano fornire una valida indicazione nel riconoscimento della vittima di TEU ai fini di sfruttamento sessuale.

Ora, come per i segni fisici, si prova a fornire un elenco quanto più esaustivo possibile in base agli studi specifici sul tema. In primo luogo, sono da considerare "red flag" in chiave riconoscimento della vittima di tratta ai fini di sfruttamento sessuale segni psico-comportamentali (Zimmerman et al, 2008) tra cui spiccano:

- Instabilità del contatto visivo;
- Riluttanza al contatto umano;
- Atteggiamento poco collaborativo/Ostilità manifesta;
- Stati di timore immotivato (es. paura di parlare, reazioni eccessive a rumori inaspettati);
- Espressione di senso di colpa/vergogna;
- Vuoti di memoria/Difficoltà di concentrazione/Zoning out;
- Evidenze di "controllo mentale" da parte di terzi.

Sicuramente sono da considerare indicativi in chiave riconoscimento della vittima di TEU anche espressioni (talvolta psicosomatiche) di grado variabile riconducibili a problematiche complesse e sfaccettate quali:

- Disturbi d'ansia;
- Disturbi dell'umore (depressione, disturbo bipolare, mania);
- Disturbi del sonno (insonnia, incubi, risvegli notturni);
- Disturbo da stress post-traumatico;
- Regressione comportamentale;
- Espressione di personalità differenti/Colloquio con voci interne (Wood, 2020);
- Disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia, scarso appetito persistente);
- Convulsioni o pseudo-convulsioni;
- Comportamenti auto-lesionistici (es. auto-mutilazioni);
- Pensieri suicidiari.

D'altro canto, bisogna considerare che tali segni psichici possono essere rilevati nella generalità delle vittime di comportamenti violenti. Insomma, nonostante forniscano un'indicazione nell'approccio a una potenziale vittima di TEU non è possibile ritenerli esclusivamente legati alla vittima questo specifico genere di condotta.

Tuttavia, nel riconoscimento di una potenziale vittima di tratta non è possibile isolare le singole tipologie di segni che si vogliono significativi. Al momento della valutazione, in pratica, è bene incrociare diversi fattori: appunto, identikit tipico della vittima, segni fisici e segni psichici caratteristici della situazione clinica in questione. Infine, si dovranno incrociare con questi fattori anche alcuni elementi di tipo socio-culturale che altresì possono fornire un ulteriore completamento del quadro vittimologico nel caso di potenziale vittima di TEU ai fini di sfruttamento delle prestazioni sessuali.

Tra questi elementi di tipo socio-culturale è fondamentale elencare:

- Incapacità di fornire informazioni chiare sull'identità anagrafica;
- Incapacità di fornire informazioni chiare sul proprio domicilio (non si sa indicare precisamente nemmeno la zona in cui si abita/si riferiscono frequenti spostamenti);
- Incapacità di reperire documenti attestanti identità e/o regolarità sul territorio;
- Recente storia di immigrazione e/o viaggi;
- Incapacità di fornire informazioni chiare su lavoro/finanze/capacità di mantenimento;
- Conoscenze totalmente errate su diritti e procedure burocratiche (es. immotivata paura di "essere arrestati");
- Dipendenza da sostanze stupefacenti/alcol;
- Elevato numero di partner sessuali.

CONCLUSIONI

La letteratura esistente sul tema appare sufficiente per avere un quadro generale della problematica abbastanza chiaro. Anche se appare evidente la necessità di corroborare il corpus scientifico oggi disponibile con altri studi più centrati sulla realtà italiana ed europea, più specifici rispetto a singoli aspetti del fenomeno e, soprattutto, condotti "dagli infermieri per gli infermieri", in sostanza, appare fattibile la strutturazione di una scala di valutazione del rischio di contatto con vittima di TEU sessuale. In pratica, già in base alla letteratura esistente si potrebbero ricavare dei fattori fondamentali per realizzarne un prototipo (che poi andrebbe confrontato sperimentalmente con la "realtà" clinica attraverso studi specifici).

A titolo esemplificativo, la scala potrebbe assegnare un punteggio compreso tra due cifre (basso rischio - numero basso, alto rischio - numero alto). Proseguendo nell'esempio: si potrebbe basare sul completamento da parte di un

operatore di 3 sezioni (segni fisici, segni psichici, elementi socio-culturali: non necessariamente in quest'ordine di priorità visto che per procedere in modo strettamente scientifico andrebbe studiata, ad esempio, l'effettiva incidenza degli uni o degli altri). Ciascuna sezione conterebbe degli item: andrebbero contrassegnati ove presenti. Più item vengono segnati più aumenta il punteggio, cioè il rischio di contatto con vittima di TEU sessuale. Al di sopra di un certo livello di rischio si dovrà attivare un intervento socio-sanitario multilivello che integri l'attività della struttura sanitaria con quella dei servizi sociali ed, eventualmente, delle autorità giudiziarie.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

L'autore dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Bibliografia

Arizona State Board of Nursing (2014), Sex Trafficking for nurses: What you need to know. Arizona State Board of Nursing Regulatory Journal, 10(2), 6-10.

Baldwin S. B., Fehrenbacher A. E., Eisenman D. P. (2015). Psychological Coercion in Human Trafficking: An Application of Biderman's Framework. Qualitative Health Research, 25(9):1171-1181. DOI:10.1177/1049732314557087.

Barrows J, Finger R. (2008, May), Human trafficking and the healthcare professional. South Med J.;101(5):521-4. DOI: 10.1097/SMJ.0b013e31816c017d. PMID: 18414161.

Brace, E., Sanders, J., & Oommen, H. (2018). Access to healthcare for victims of human trafficking: a focus group with third sector agencies. Diversity and Equality in Health and Care, 15(2), 77–86.

Byrne M., Parsh, S.; Parsh, B., (2019, August), Human trafficking: Impact, identification, and intervention. Nursing Management (Springhouse) 50(8):p 18-24DOI: 10.1097/01.NUMA.0000575304.15432.07.

Chisolm-Straker M., Richardson L.D., Cossio T. (2012), Combating slavery in the 21st century: the role of emergency medicine. J Health Care Poor Underserved,23:980-987. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24212151. Accessed March 17, 2016.

Clawson H., Small K., Go E., Myles B. (2003), Needs assessment for service providers of trafficking victims. Fairfax, VA: Caliber.

Cohen P. R. (2023, 16 November), Identifying Human Trafficking Victims: A Potential Role for Forensic Dermatology. Cureus;15(11):e48905. DOI: 10.7759/cureus.48905. PMID: 38106780; PMCID: PMC10725279.

de Boer-Buquicchio, M. (2019). Sale of Children and Trafficking in Children as International Crimes. In: Winterdyk, J., Jones, J. (eds) The Palgrave International Handbook of Human Trafficking. Palgrave Macmillan, Cham. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-63192-9_75-1.

Dovydaitis T. (2010, September-October), Human trafficking: the role of the health care provider. J Midwifery Womens Health;55(5):462-7. DOI: 10.1016/j.jmwh.2009.12.017. PMID: 20732668; PMCID: PMC3125713.

Eurostat (2024, January), Trafficking in human beings statisticshttps://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Trafficking_in_human_beings_statistics#cite_note-7.

Family Violence Prevention Fund (2005), Turning pain into power: Trafficking survivors' perspectives on early intervention strategies. San Francisco, CA www.childhood-usa.org/upl/files/4109.pdf.

Gajic-Veljanoski O., Stewart D.E. (2007), Women trafficked into prostitution: Determinants, human rights and health needs. Trasncult Psychiatry;44:338–58.

GazzettaUfficiale(n.d.) https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=2&art.idGruppo=59&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=601&art.idSottoArticolo=2&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0.

Gorenstein D. (2016, 2 March), "Health Care Takes on the Fight against Trafficking," Marketplace, www.marketplace.org/2016/03/02/health-care/health-care-takes-fight-against-trafficking.

Greenbaum J., Crawford-Jakubiak J.E. (2015), Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: health care needs of victims. Pediatrics;135:566-574.

IOM/UNGIFT/LSHTM (2009), Caring for trafficked persons: guidance for health providers. Geneva, International Organization for Migration.

Isaac R.; Solak J., Giardino, A. P. (2011), Health Care Providers' Training Needs Related to Human Trafficking: Maximizing the Opportunity to Effectively Screen and Intervene, Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk: Vol. 2: Iss. 1, Article 8. DOI: https://doi.org/10.58464/2155-5834.1029.

Lamb-Susca L., Clements P.T. (2018, November), Intersection of Human Trafficking and the Emergency Department. J Emerg Nurs;44(6):563-569. DOI: 10.1016/j.jen.2018.06.001. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30149896.

Lederer L. J. & Wetzel C. A. (2014) The Health Consequences of Sex Trafficking and Their Implications for Identifying Victims in Healthcare Facilities, 23 Annals Health L. 61 https://lawecommons.luc.edu/annals/vol23/iss1/5.

Martinez O., Kelle G. (2013), Sex Trafficking of LGBT Individuals: A Call for Service Provision, Research, and Action. Int Law News;42(4):sex_trafficking_lgbt_individuals PMID: 25342864; PMCID: PMC4204396.

Miller E., Decker M. R., Silverman J. G., Raj, A. (2007). Migration, Sexual Exploitation, and Women's Health: A Case Report From a Community Health Center. Violence Against Women, 13(5), 486-497. DOI: https://doi.org/10.1177/1077801207301614.

Miller T.W., Long term effects of torture in former prisoners of war. In: Basoglu M (1992), ed. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Mishori, R. (2015, April l0). Pay Attention to These Red Flags for Human Trafficking, Medscape https://www.medscape.com/viewarticle/842567.

O'Callaghan M.G. (2012, May), Human trafficking and the dental professional. J Am Dent Assoc.;143(5):498-504. DOI: 10.14219/jada.archive.2012.0211. PMID: 22547722.

Osservatorio Interventi Tratta (n.d) https://osservatoriointerventitratta.it/che-cose-la-tratta-di-esseri-umani/.

Polaris (2021), Analysis of 2021 Data from the National Human Trafficking Hotlinehttps://polarisproject.org/wp-content/uploads/2020/07/Polaris-Analysis-of-2021-Data-from-the-National-Human-Trafficking-Hotline.pdf.

Ramnauth T., Benitez M., Logan B., Abraham S., Gillum D. (2018). Nurses' awareness regarding human trafficking. International Journal of Studies in Nursing, 3(2). DOI: https://doi.org/10.20849/ijsn.v3i2.389.

Raney, R. F. (2017, April 1). Unseen victims of sex trafficking. Monitor on Psychology, 48(4). ttps://www.apa.org/monitor/2017/04/sex-trafficking.

Ross C., Dimitrova S., Howard L.M., Dewey M., Zimmerman C., Oram S. (2015, 20 August), Human trafficking and health: a cross-sectional survey of NHS professionals' contact with victims of human trafficking. BMJ Open.;5(8):e008682. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008682. PMID: 26293659; PMCID: PMC4550705.

Save the children (n.d.) https://www.savethechildren.org/us/charity-stories/child-trafficking-awareness.

UNODC (2009, February), Global Report on Trafficking in Personshttps://www.unodc.org/documents/Global_Report_on_TIP.pdf.

UNODC (n.d.) https://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/protocol.html.

van der Laan P., Smit M., Busschers I., Aarten P. (2011), Cross-border trafficking inhuman beings: prevention and intervention strategies for reducing sexual exploitation. Campbell Systematic Reviews:9 DOI: 10.4073/csr.2011.9.

WHO (2012), Understanding and addressing violence against women: Human traffickinghttps://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77394/WHO?sequence=1.

Wood L. C. N. (2020, 1 June), Child modern slavery, trafficking and health: a practical review of factors contributing to children's vulnerability and the potential impacts of severe exploitation on health. BMJ Paediatr Open.;4(1):e000327. DOI: 10.1136/bmjpo-2018-000327. PMID: 32537521; PMCID: PMC7264998.

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, January), The health of trafficked women: a survey of women entering posttrafficking services in Europe, Am J Public Health;98(1):55-9. DOI: 10.2105/AJPH.2006.108357. Epub 2007 Nov 29. PMID: 18048781; PMCID: PMC2156078.

Zimmerman C., Kiss L. (2017), Human trafficking and exploitation: A global health concern. PLoS Med 14(11): e1002437.