

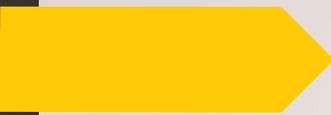


Progetto
ICARE

Co-funded by Asylum, Migration and
Integration Fund of the European Union

PERCORSI DI SALUTE MENTALE IN RIFUGIATI VITTIME DI VIOLENZE TRAUMATICHE

a cura di Giancarlo Santone, Rossella Carnevali, Emilio Vercillo – Centro
SAMIFO ASL ROMA 1



PREMESSA

- ▶ Una vittima di violenza intenzionale anche estrema può soffrire di altre **patologie non correlate** agli eventi traumatici cui è stata sottoposta.
- ▶ Le **patologie fisiche non devono essere trascurate** e facilmente classificate sotto la categoria “somatizzazione per violenze subite”.



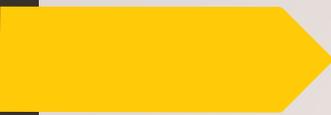
DUE POSSIBILI SCENARI DI ERRORE

- ▶ Pazienti con un disturbo post-traumatico o dissociativo, cui viene fatta frettolosamente diagnosi di psicosi (ad es. schizofrenia), sulla base di manifestazioni ideative e/o comportamentali **non comprese per motivi linguistici o culturali**.
- ▶ Pazienti con sintomatologia appartenente ad una **patologia** psichiatrica ben conosciuta nella popolazione italiana (es. schizofrenia, disturbi d'ansia, depressione maggiore, etc.), che sulla base di precedenti di violenza subita, viene interpretata e **diagnosticata come disturbi post-traumatica**.



DIFFERENTI PERCORSI TERAPEUTICI

- ▶ Le patologie con **sintomi psichiatrici di origine organica** seguono percorsi terapeutici medici, secondo le patologie alla base dei fenomeni (internistici, neurologici, infettivologici, etc).
- ▶ Le **patologie psichiatriche non specificamente correlate** al/agli eventi violenti di cui il paziente è stato vittima e che non presentano sintomatologia post-traumatica (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore, etc.), seguono i percorsi che già il SSR prevede per tali patologie all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale.



NECESSITA' DELLA MEDIAZIONE

- ▶ In tutti i casi si renderà necessario organizzare l'assistenza con la presenza di mediatori culturali che consentano la **comunicazione linguistica** tra personale sanitario e paziente e la **mediazione** culturale (rendere comprensibile) di quanto potrebbe indurre in errore il clinico

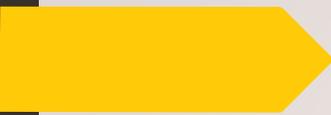
FATTORI DI RISCHIO e VULNERABILITÀ NEI RTP (richiedenti e titolari di protezione)

- ▶ Il termine **vulnerabilità** significa che alcune persone presentano una situazione di rischio (in questo caso per patologie mentali) per diversi fattori (vedi D.L. n.142 del 18/08/2015 - art.17 comma 1)
- ▶ Ad esempio:
 - Vittime di tortura (violenza intenzionale e ripetuta per uno scopo);
 - Donne. La condizione femminile rende le donne particolarmente esposte alla possibilità di violenza intra-ed extra-familiare;
 - Uomini vittime di violenza sessuale;
 - Minori non accompagnati;

Sono **tutti soggetti a rischio** di sviluppo di patologie post-traumatiche

VULNERABILITA' NON E' PATOLOGIA

- ▶ L'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica **non supera il 50%** in molte rilevazioni (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995).
- ▶ Le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni e non coprono mai il 100% delle vittime di violenza intenzionale.
- ▶ Anche nel caso della tortura (in sé evento maggiormente determinante per una patologia post-traumatica) il risultato psicologico non è uguale per tutti (Schubert, Punamäki 2016) e le stime di prevalenza di patologie post-traumatiche si aggirano tra il **31%** (Steel et al. 2007) e il **45%** (Johnson & Thompson 2007) delle **vittime di tortura**.
- ▶ Fondamentale è **l'individuazione precoce ai fini sanitari**, che deve essere non solo **tempestiva ma anche selettiva**, e non può basarsi solo sulle narrazioni delle violenze subite



IL TIPO DI TRAUMA O LA CULTURA NON DETERMINANO LA PATOLOGIA

- ▶ Qualunque sia il tipo di evento traumatico (evento traumatico è solo quell'accadimento che è almeno potenzialmente causativo per una patologia traumatica), i quadri clinici sono gli stessi, dipendendo più dalla risposta psicobiologica dell'essere umano (qualunque sia la cultura di provenienza), che dal tipo di violenza subita.
- ▶ I quadri clinici che hanno eventi traumatici come fattori causali sono organizzati nelle categorie: **PTSD (Disturbo da Stress Post Traumatico) Semplice e Complesso e Disturbi dissociativi.**
- ▶ La diagnosi delle patologie post-traumatiche può essere formulata solo dai professionisti del settore.

PATOLOGIE INDIPENDENTI DAL TRAUMA

- ▶ Altre manifestazioni (depressioni, disturbi del comportamento di vario tipo, abuso di sostanze psicotrope, etc.) **NON hanno nessi causali diretti** con gli accadimenti violenti, ma trovano origine in altre condizioni.
- ▶ È stato evidenziato da alcune ricerche che mentre il PTSD correla con traumi pregressi, **condizioni 'depressive'** non possiedono altrettanta consistenza di correlazione col trauma, bensì con perdite (lutti, perdita dello status sociale, o di identità nella comunità, etc) (Carnevali 2011).
- ▶ Quello che viene chiamato **shock culturale**, o impropriamente trauma culturale, NON rientra tra le cause di patologia post-traumatica.
- ▶ **L'abuso di sostanze** tendenzialmente si correla più con le disposizioni caratteriali dell'individuo, condotte di gruppo, e disponibilità delle sostanze, piuttosto che con eventi traumatici.



PERCHÉ È IMPORTANTE UN'INDIVIDUAZIONE PRECOCE E SELETTIVA

- ▶ Le patologie post-traumatiche hanno la tendenza, in assenza di diagnosi e intervento tempestivi, a **cronicizzare** o ad evolvere verso un **peggioramento**.
- ▶ La tempestività di un trattamento adeguato in servizi con **competenze specialistiche** è cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi.
- ▶ "Risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l'**individuazione precoce** dei richiedenti asilo che presentano un'alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme." (Linee Guida Ministero della Salute, 2017).

LIVELLI DI PERCORSO

Livello 1(a)

- ▶ Il riconoscimento dei problemi si basa su quanto emerge spontaneamente e su quanto rilevato attraverso un'osservazione e/o ascolto partecipato e strutturato.
- ▶ Dopo una formazione specifica, gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli assistenti legali, i mediatori culturali ed eventualmente altri **operatori dei CA**, possano essere resi in grado di riconoscere alcuni indizi e segnali riconducibili a vissuti post-traumatici e di segnalarli al personale sanitario del Centro di accoglienza.

LIVELLI DI PERCORSO

Livello 1(b)

- ▶ **IMPORTANTE:** Le persone con disturbi post-traumatici di solito non si rendono evidenti e 'disturbanti'. Sono invece i cosiddetti 'trasparenti': non si fanno notare, spariscono, si isolano, non gridano bensì si paralizzano se altri gridano, non sono agitati e aggressivi ma appaiono spaventati nella mimica. Per questo non sempre ci si può attendere che si rechino dagli operatori per esprimere le loro sofferenze, ma è necessaria **un'individuazione attiva**.
- ▶ Spesso **NON** raccontano la loro storia. I sofferenti di patologie post-traumatiche per lo più evitano quanto riguarda quello che è loro successo; **non vogliono pensarlo e ricordarlo, figuriamoci raccontarlo**.
- ▶ Il voler narrare dei traumi anche in contesti e momenti non adeguati potrebbero, in linea generale, far dubitare della presenza di un PTSD come quadro clinico, qualunque sia l'emozione che accompagna la narrazione.

LIVELLI DI PERCORSO

Livello 2 (a)

- ▶ Il medico e/o lo psicologo della struttura ospitante o del Centro di accoglienza, attraverso colloqui e supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce (questionari, etc), valuteranno la **vulnerabilità** e la probabilità che il soggetto abbia vissuto esperienze di violenza intenzionale, indicando l'eventuale urgenza per il successivo **invio presso Servizi specialistici** (3° Livello) (Linee Guida Ministero della Salute, 2017 - stilate quando ancora era garantita la presenza dello psicologo nei Centri di Accoglienza Straordinari).
- ▶ A questo livello non è possibile pensare alla formulazione di diagnosi di certezza.
- ▶ È **sconsigliabile** che lo psicologo inizi una **psicoterapia** per i disturbi del paziente **nello stesso ambiente di comunità dove egli vive**.

LIVELLI DI PERCORSO

Livello 2 (b)

Scopi:

- 1) permettere di osservare e possibilmente determinare la **natura del problema** presentato dal soggetto;
- 2) **escludere i casi non di interesse sanitario**: i problemi riferibili a carattere e stile di comportamento del soggetto per cui si è richiesto intervento;
- 3) individuare la **necessità** di un passaggio al 3° livello, che prevede l'**invio a un centro specializzato** per la terapia del problema medico-psicologico rilevato;
- 4) creare un modello di **cooperazione**, e di **fiducia** e **ascolto**, che verrà sviluppato nella terapia di 3° livello;
- 5) creare il **presupposto alla co-terapia** che si realizzerà in seguito.

La gestione sanitaria delle persone sofferenti di patologie post-traumatiche non può essere solo a carico dei terapeuti del Centro specialistico. Al contrario è fondamentale, soprattutto nelle prime fasi di stabilizzazione, la collaborazione con il personale del Centro di accoglienza.

LIVELLI DI PERCORSO

Livello 2 (c)

- ▶ I RTP, fin qui individuati, saranno **prontamente inviati**, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato, presso strutture sanitarie con adeguate competenze specialistiche per la diagnosi e la presa in carico terapeutica adeguata.
- ▶ Le strutture riceventi prenderanno in carico l'utente attivando **percorsi multidisciplinari integrati** in rete con i servizi disponibili nel SSR e associazioni o altre istituzioni operanti sul territorio, individuate sulla base di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP.
- ▶ *È necessario assumere "un approccio attivo nell'avviare e mantenere la relazione con il paziente".*
- ▶ *"È indispensabile che i colloqui relativi al proprio vissuto traumatico (colloquio con gli operatori sanitari e legali, operatori dei centri, ecc.) avvengano in modo coordinato tra gli operatori per evitare la sovraesposizione alle memorie traumatiche e si svolgano in locali idonei [...] che garantiscano la necessaria riservatezza." (Linee Guida Ministero della Salute, 2017).*

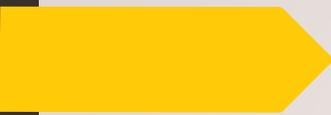
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

- ▶ *“E' auspicabile la creazione di accordi formali tra i diversi enti del territorio, in sinergia tra servizio pubblico e privato sociale, in modo da regolamentare funzioni e prassi condivise affinché i percorsi di prevenzione, emersione cura e riabilitazione abbiano carattere non differito e continuativo”.*
- ▶ *“Le figure professionali che possono partecipare al percorso multidisciplinare (...)devono essere adeguatamente formate ai diritti umani, ad un approccio transculturale e multidisciplinare”;*
- ▶ *“Tali figure devono afferire all'ambito sanitario, sociale, legale e della mediazione linguistico-culturale. A titolo di esempio:*
 - *medico di medicina generale/pediatra di libera scelta*
 - *psichiatra/neuropsichiatra infantile*
 - *psicologo/psicologo dell'età evolutiva*
 - *infermiere*
 - *ostetrica*
 - *operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità)*
 - *operatore legale*
 - *Mediatore linguistico-culturale*

(Linee Guida Ministero della Salute, 2017)

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

- ▶ Si legge nelle intenzioni del modello proposto dal Ministero:
 - 1) Proporre **Centri specializzati** in cui le figure, sanitarie e non, interagiscano con le necessità del paziente, integrandosi senza confondere i rispettivi ruoli.
 - 2) Il **personale** di tali centri dovrebbe essere **formato alla specificità** del compito, nei rispettivi ambiti, indipendentemente e in aggiunta alle competenze personali possedute da ciascuno nella propria disciplina.
 - 3) È necessario che la **formazione di psichiatra e psicologo** sia **specifico in merito alla patologia post-traumatica** di cui soffrono le vittime di violenza afferenti al servizio e che ci sia esperienza nel **lavoro con il mediatore linguistico culturale**.
 - 4) L'**organizzazione** del centro deve essere **integralmente dedicata** a questa problematica: l'integrazione della persona deve iniziare dall'integrazione del Centro che se ne occupa.

- 
- ➔ SI RIMANDA ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO PER APPROFONDIMENTI
 - ➔ Grazie per l'attenzione!