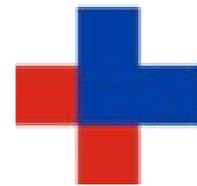




Co-funded by the Asylum, Migration and Integration Fund of the European Union



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

La certificazione medico-legale nell'ambito del diritto d'asilo in Italia

- La valutazione degli esiti di tortura e violenza intenzionale

A cura di Giancarlo Santone e Erica Bacchio



01



L'attività medico legale su cui basiamo la nostra riflessione si è svolta nell'ambito del lavoro della

UOSD Centro SAMIFO

(Salute Migranti Forzati) struttura sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1

**valutazione medico legale si situa
alla fine di un percorso di:**

- **accoglienza**
- **assistenza sanitaria di base e specialistica**
- **orientamento sociale e giuridico.**

02

Convenzione **contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti**, adottata dall'assemblea delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1984

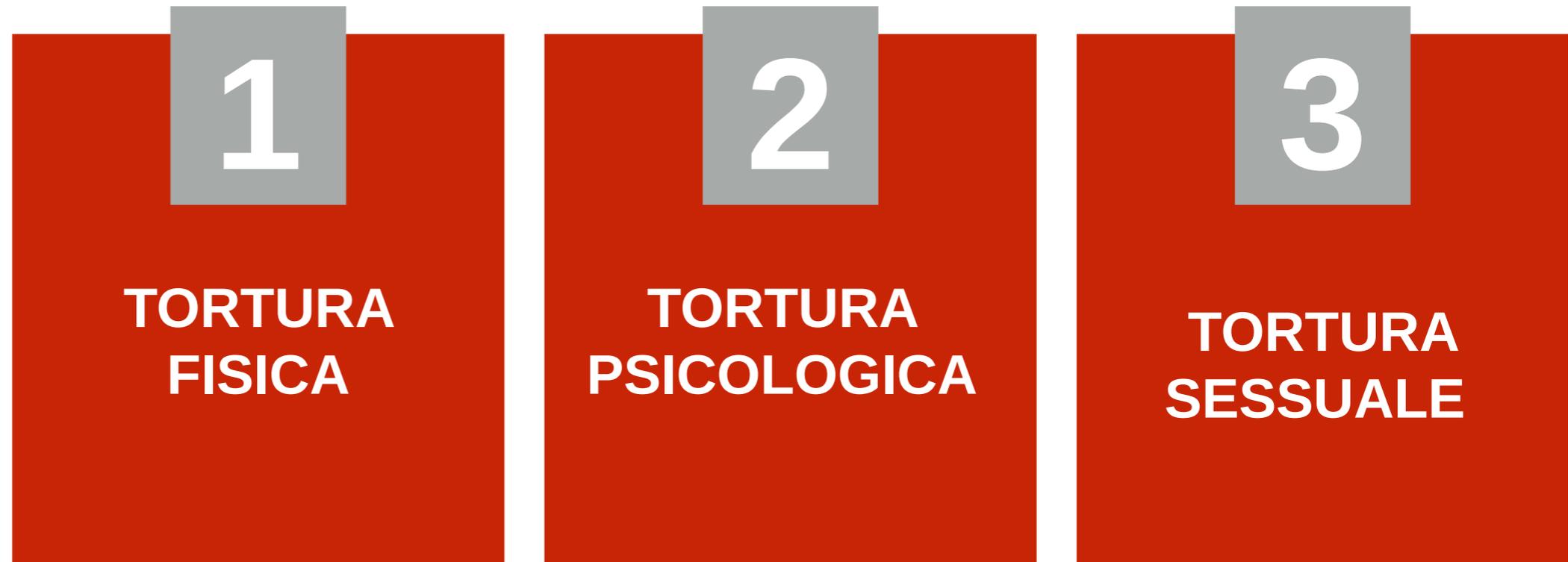
“ qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti a una persona dolore e sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimorirla o di far pressione su di lei o di intimidire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenze siano inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito.

”

03



Il Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) include nel concetto di tortura diverse tipologie di maltrattamenti suddividendole in tre categorie:



Altre tipologie di violenza che, come la tortura, possono minare l'identità della vittima: detenzione in luoghi sovraffollati, in scadenti condizioni igienico-sanitarie, con deprivazioni di cibo, acqua e cure mediche adeguate, imposizione di lavori forzati, etc.

04

Nell'ambito della procedura di valutazione della domanda di protezione, assume rilevanza centrale l'audizione del richiedente, in quanto essa rappresenta il momento in cui lo stesso può spiegare in maniera dettagliata le ragioni della sua fuga dal Paese di origine ed i motivi per cui non può più farvi ritorno

Ai sensi dell'art. 8, comma 3-bis, del d.lgs. 251/2007 (modificato dal d.lgs. 142/2015), la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale, sulla base degli elementi forniti dal richiedente, può disporre, previo consenso dello stesso,

“

visite mediche dirette ad accertare gli esiti di persecuzioni o danni gravi subiti effettuate secondo le linee guida di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni. Se non viene disposta una visita medica, il richiedente può effettuarla a proprie spese e sottoporre i risultati alla Commissione ai fini dell'esame della domanda.

”

05



1) La certificazione medico legale può aiutare a valutare la congruenza tra la sintomatologia e altri riscontri obiettivabili e le narrazioni rese dal richiedente protezione.

2) La certificazione può accertare stati invalidanti gravi o malattie di lunga durata che richiedono accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, per dare indicazione sui possibili effetti sulla salute del richiedente di un eventuale rimpatrio.

3) Il medico può informare la Commissione sulle difficoltà “psicologiche” che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi.

06



La **certificazione medico-legale** si realizza al termine di un **percorso di presa in carico** che coinvolge la medicina generale e, se necessario, la psichiatria, la ginecologia, la psicologia, e, appunto, il medico legale, con la stretta collaborazione di mediatori culturali, operatori sociali e legali, in un **approccio multidisciplinare** che consenta una valutazione dei quadri clinici e permetta di migliorare la qualità dell'assistenza.



07

In sede di audizione, il richiedente è tenuto a motivare la domanda di protezione internazionale, ma qualora taluni aspetti delle sue dichiarazioni non fossero suffragati da prove documentali o di altro tipo, la loro conferma non è comunque necessaria se sono soddisfatte alcune condizioni le quali ricorrono quando (direttiva 2004/83/ CE):

- il richiedente ha compiuto sinceri **sforzi per circostanziare la domanda**;
- tutti gli elementi pertinenti in suo possesso sono stati prodotti ed è stata fornita una **spiegazione soddisfacente** dell'eventuale mancanza di altri elementi significativi;
- le **dichiarazioni** del richiedente sono ritenute **coerenti e plausibili** e non sono in contraddizione con le informazioni generali e specifiche pertinenti al suo caso di cui si dispone;
- il richiedente ha presentato la **domanda di protezione internazionale il prima possibile**, a meno che egli non dimostri di aver avuto buoni motivi per ritardarla;
- è accertato che il richiedente è in generale **attendibile**.

Da ciò deriva una forte valorizzazione dei poteri istruttori officiosi della Commissione e del giudice, ai quali spetta il compito di cooperare nell'accertamento di tali condizioni, acquisendo anche d'ufficio le informazioni necessarie a conoscere l'ordinamento giuridico e la situazione politica del Paese d'origine.

08



L'assenza di una «prova fisica» di violenza non deve essere interpretata per sostenere che la tortura non sia avvenuta, poiché molte forme di essa frequentemente non lasciano segni o cicatrici permanenti. Come nel caso della tortura sessuale, ove, a distanza di mesi la visita ginecologica non è in grado di evidenziare lesioni caratteristiche, ma solo elementi indicativi nei casi di violenza estrema praticata da più soggetti e/o con strumenti.



09

La procedura di certificazione da noi adottata si conforma agli standard nazionali - le linee guida del decreto ministeriale del 3 aprile 2017 per

“l'assistenza e la riabilitazione nonché il trattamento dei disturbi psichiatrici nei rifugiati e richiedenti asilo che hanno subito torture, stupri e altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”

- ed internazionali - il Protocollo di Istanbul, che rappresenta la più autorevole fonte internazionale di indirizzo sulle modalità d'indagine e documentazione degli esiti di tortura.

10



la certificazione è un processo di grande significato che può incidere sullo stato di benessere e salute della persona.

Le visite mediche - inclusa quella medico-legale - e gli eventuali accertamenti sanitari possono, per la loro stessa natura, **ritraumatizzare il paziente e provocare o inasprire sintomi di stress post-traumatico.**

È importante che la persona conosca già il contesto di cura, che sia dettagliatamente informato sulle modalità e scopi delle visite e che si acquisisca il suo consenso dopo averne accertato la totale comprensione.

Fondamentale è la presenza di un **servizio competente di mediazione linguistico-culturale.**

11

La certificazione medico-legale deve contenere gli elementi di seguito indicati

12



Contesto: sede della visita e qualifica del certificante

“Il processo di certificazione deve avvenire preferibilmente in strutture del Servizio Sanitario Nazionale che devono essere identificate dalle ASL/Regioni come idonee per svolgere tale attività in conformità con quanto previsto nel presente documento. La certificazione può inoltre essere rilasciata da centri/organizzazioni no profit, individuati dalla Asl/Regione sulla base di requisiti stabiliti. Tutte le strutture che svolgono questo compito devono garantire l'imparzialità, la multidisciplinarietà, l'accessibilità, la sostenibilità e la presa in carico ed è necessario che corrispondano ad un obbligo informativo verso la ASL/Regione di pertinenza”.

13



Dati anagrafici del richiedente

È necessario riportare gli estremi di un documento identificativo (permesso di soggiorno o documento d'identità).

Anamnesi fisiologica e patologica

Attenzione alla presenza di familiarità per gravi malattie mediche e/o psichiatriche.

L'anamnesi fisiologica deve indagare principalmente la scolarità, le attività lavorative svolte, attività sportive, servizio di leva, eventuali gravidanze/parti.

L'anamnesi patologica valuta con attenzione la presenza di eventuali malattie croniche, infortuni sul lavoro, incidenti stradali, interventi chirurgici.

14



Anamnesi “traumatica”

Questa è la fase a maggior rischio di (ri)accensione di sintomi da stress post-traumatico.

La parte più rilevante in questa fase è correlata alla modalità in cui è stata commessa la violenza.

Vengono indagati gli strumenti di tortura, le posizioni del corpo, gli eventuali metodi di costrizione utilizzati.

16



Aspetto psicologico

Particolare riguardo alla presenza dei sintomi quali:

- difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno
- incubi ricorrenti del trauma subito
- disturbi psicosomatici (cefalea, osteo-muscolo-articolari, gastrointestinali e della sfera sessuale)
- Irritabilità
- difficoltà di attenzione e concentrazione
- disturbi della memoria
- episodi dissociativi
- ideazione autolesiva
- abuso di alcolici e sostanze stupefacenti

15



Esame obiettivo

Viene eseguita una visita medica generale e, quindi, un esame specifico di ogni lesione.

Della lesione viene descritta:

- sede
- cromatismo
- forma
- orientamento
- dimensioni
- caratteristiche dei contorni o dei margini
- consistenza
- eventuale sintomatologia ad essa associata

17



Integrazioni finali

L'esito della visita viene integrato dalla disamina dell'eventuale documentazione sanitaria già presente o dal responso di esami strumentali richiesti specificamente per il caso.



18



Analisi delle lesività

L'analisi delle lesività consente di stabilire l'**epoca delle lesioni**. Non appare possibile determinare il momento esatto di produzione, quanto, semmai, fornire una compatibilità tra l'obiettività e il racconto del richiedente.

Per ogni lesione osservata, il medico legale deve indicare il **grado di compatibilità** con la forma di tortura denunciata dal paziente.

Fondamentalmente, è la **valutazione globale di tutte le lesioni**, e non la compatibilità di ogni lesione con una particolare forma di violenza denunciata.

19



Si utilizzano i seguenti termini, tratti genericamente dal Protocollo di Istanbul

- **non compatibile:** la lesione non può essere stata causata dal trauma descritto (es. patologie dermatologiche, es. vitiligine, sclerodermia, poliartrite nodosa, manifestazioni cutanee di vasculiti, malformazioni congenite, esiti di interventi chirurgici);
- **compatibile:** la lesione può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause (es. avulsione dentale, lesioni da corpi contundenti);
- **altamente compatibile:** ovvero la più probabile delle cause (es. lesione da caustici, esiti di ustioni, esiti di legature, fustigazione, sospensione);
- **tipico:** la lesione viene appunto “tipicamente” riscontrata in quel tipo di trauma (es. lesioni a stampo da strumento metallico surriscaldato, falaqa, bruciature di sigarette);
- **specifico:** la lesione non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto (es. proiettile ritenuto, lama ritenuta).

20



Riguardo alle conseguenze psichiche nelle vittime di violenza intenzionale, sono fondamentali alcune premesse, necessarie per la differenza di meccanismo patogenetico alla base della formazione della patologia mentale

1

Gli eventi traumatici - inclusa la tortura che di per sé è il fattore singolo di maggior impatto per la genesi di disturbi post-traumatici - non esitano in una patologia post-traumatica per una quota maggiore del 50% delle vittime

2

La patologia conseguente ad eventi traumatici presenta quadri specifici, inquadrabili nei capitoli dei disturbi post-traumatici e dissociativi, gli unici, tra i disturbi mentali, ad aver riconosciute cause traumatiche nella loro genesi

3

L'impatto a livello psichico della tortura dipende dal sistema di pensiero e di valori dell'individuo, dal suo sviluppo personale e da fattori sociali, politici e culturali.

21

La patologia psichica è multifattoriale, con eventi della vita che agiscono con meccanismo moltiplicativo, il cosiddetto *building-block effect* (Schauer et al; 2003): eventi anche precedenti alla persecuzione aumentano la gravità dei sintomi e possono indebolire la possibilità di dimostrazione del nesso di causalità dall'evento specifico.

22



La sintomatologia presentata da un paziente non può di per sé, anche se diagnosticabile come post-traumatica, rimandare direttamente ad episodi di violenza narrati dal paziente; potrebbe infatti essersi generata per altre causalità traumatiche determinanti.

Una possibile classificazione potrebbe essere la seguente:

- **non compatibile:** (non è dimostrabile un nesso di causalità): la patologia psichiatrica riscontrata non è causata dal trauma descritto (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi di personalità, depressione maggiore), ma non esclude la possibilità che si sia verificato un evento traumatico;
- **compatibile:** alcuni sintomi, condotte o disturbi che appartengono al quadro generale dei disturbi post-traumatici, se presenti singolarmente, non rimandano direttamente all'evento traumatico descritto (possono essere compatibili ma non sono sufficientemente indicativi) (es. sintomi ansiosi, abuso di sostanze, irritabilità, sintomi depressivi, insonnia);
- **altamente compatibile:** la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto ma ci sono altre possibili cause (PTSD, disturbi dissociativi, PTSD complesso).

23



La certificazione verrà letta al paziente per accertarsi che il suo contenuto corrisponda a quanto dichiarato ed accertandosi che abbia compreso.

Solo successivamente verrà sottoscritto e consegnata al soggetto che la sottoporrà, agli organismi deputati a valutare la domanda di protezione.



La maggioranza dei migranti giunti dalla **Libia** dichiara di aver subito in quel paese **torture** e, nello specifico, **detenzione/sequestro in luoghi sovraffollati in scadenti condizioni igienico-sanitarie, deprivazioni di cibo, acqua e cure mediche, gravi e ripetute percosse con oggetti contundenti e strumenti flessibili, stupri e oltraggi sessuali, ustioni** provocate con gli strumenti più disparati, **falanga, scariche elettriche e torture da posizioni stressanti** come ammanettamento, sospensione, etc.

Le tipologie lesive riscontrate nella nostra casistica sono le più varie, con una particolare prevalenza degli esiti cicatriziali da corpi contundenti. Sono altresì frequentemente rilevati esiti da arma bianca, come pure lesività da energia termica e da arma da fuoco.

25

Per quanto riguarda gli **esiti psichici post-traumatici**, molti richiedenti e titolari di protezione mostrano evidenti disturbi, per cui si rende **necessario l'intervento di supporto psicologico/psichiatrico**.

La sintomatologia è prevalentemente caratterizzata da **paura, distacco emozionale, assenza di reattività, sensazione di stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma**, persistente rivissuto dell'evento attraverso immagini, pensieri, sogni, "flashback". Spesso tali problematiche ricevono meno attenzione delle sequele fisiche, e vengono ignorate o diagnosticate in ritardo.

La valutazione medico legale, spesso considerata la “regina delle prove” nell’ambito dell’analisi degli esiti di tortura, quando conforme agli standard internazionali, rappresenta un valido supporto per il richiedente asilo e per l’organismo deputato a valutare la domanda di protezione.

Lo status di rifugiato è oggi primariamente concesso in relazione alla fondatezza della storia traumatica personale, ma nella maggior parte dei contesti italiani valutazioni medico legali degli esiti di tortura e altre forme di trattamenti inumani e degradanti non costituiscono la regola ma, purtroppo, l'eccezione.

Emerge la necessità di implementare l'approccio dell'analisi medico legale nell'ambito del Diritto d'Asilo in Italia, inserendo la certificazione all'interno dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Bibliografia essenziale

- Bracci C. La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati. Ed. Parsec Consortium, Roma. 2009.
- Beneduce R. Pensare la violenza: un approccio etnopsichiatrico alla tortura (in Pensare la violenza. Atrocità di massa, tortura e riabilitazione). Ed. ICS, Roma. 2003.
- Fassin D., D'Halluin E. The truth in the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers. *Am Anthropol.* 2005. 107:597e608.
- Franceschetti L., Magli F., Merelli V.G., Muccino E.A., Gentilomo A., Agazzi F., Gibelli D.M., Gambarana M., De Angelis D., Kustermann A., Cattaneo C. The effect of the medico-legal evaluation on asylum seekers in the Metropolitan City of Milan, Italy: a pilot study. *Int J Legal Med.* 2018.
- Furtmayr H., Frewer A. Documentation of torture and the Istanbul Protocol: applied medical ethics. *Med Health Care Philos.* 2010. 13:279–286.
- Figley C.R. Treating compassion fatigue. Ed. Brunner-Routledge, New York. 2002.
- Istanbul Protocol: Manual of effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Submitted to the UN High Commissioner for Human Rights on 9 August 1999.
- Mandel L., Worm L. Documentation of torture victims. Implementation of medico-legal protocols. *Torture.* 2007. 17:18–26.
- Ministero della Salute. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Roma, 22 marzo 2017.
- Mollica R. F., Donelan K., S. Tor et al. The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand- Cambodia border camps. *JAMA.* 1993. 270:581-586.
- Perera C., Verghese A. Implementation of Istanbul Protocol for effective documentation of torture - review of Sri Lankan perspectives. *J Forensic Legal Med.* 2011. 18:1–5.
- Schauer M., Neuner F., Kamnaka U. et al. PTSD and the “building block” effect of psychological trauma among West Nile Africans. *ESTSS (European Society for Traumatic Stress Studies) Bulletin.* 2003. 10(2): 5-6.
- Thomsen J.L. The role of the pathologist in human rights abuses. *J Clin Pathol.* 2010. 53:569–572.
- Vacchiano F. Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia. Ed. Meltemi, Roma. 2005.
- Vercillo E., Guerra M. Clinica del trauma nei rifugiati. Ed. Mimesis Edizioni, Milano-Udine. 2019.

Grazie per l'attenzione

