

# 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.*

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, in cui la valutazione medico legale si situa alla fine di un percorso di accoglienza, assistenza sanitaria di base e specialistica ed orientamento sociale e giuridico. Tale percorso può effettuarsi interamente presso il SAMIFO o in collaborazione con medici e operatori di altri contesti di accoglienza e di cura.

Nel quadro di una presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati, la figura del medico legale valuta e certifica esiti di tortura e di trattamenti inumani e degradanti.

Sul piano del diritto internazionale, la 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, presenta, a nostro avviso, la definizione più esaustiva e condivisa della tortura; viene inoltre esteso il divieto ai trattamenti crudeli, disumani o degradanti e si stabilisce l'obbligo per ogni stato contraente di punire i torturatori oppure di estradarli allo Stato che ne faccia richiesta e abbia titolo per processarli (principio della "universalità" della giurisdizione).

Secondo l'art.1 il termine tortura indica: *"qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad 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 intimidirla 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"*. Segnaliamo che i torturatori possono essere estranei ad inquadramenti istituzionali come in contesti di guerra civile o di violenza generalizzata come la Libia.

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

- tortura fisica, considerata in relazione agli esiti fisici che produce nella vittima;

- tortura psicologica, che mira specificamente a distruggere l'identità della vittima attraverso ripetute umiliazioni ed violazioni;
- tortura sessuale che potrebbe rientrare tra le torture fisiche, ma che viene descritta separatamente a causa del grande impatto sociale e psicologico che essa causa.

Altro importante dato da evidenziare è che, oltre a questi maltrattamenti, la cui crudeltà è comunemente riconosciuta, possono essere descritti gli esiti di altre tipologie di violenza, definibili come trattamenti inumani e degradanti, che possono assumere le più svariate forme, ma 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.

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»*.

Dunque, nel contesto della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale, sia nella fase amministrativa che in quella eventuale giudiziaria, la certificazione medica, quando conforme agli standard internazionali, rappresenta un valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare la domanda della protezione stessa.

In particolare, la certificazione medico legale può aiutare a valutare la congruenza tra la sintomatologia ed altri riscontri obiettivamente e le narrazioni rese dal richiedente protezione in merito alle torture, maltrattamenti o altri traumi subiti.

La certificazione può essere altresì utile per accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata che determinano la necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, al fine di dare indicazione sui possibili effetti sulla salute del richiedente di un eventuale rimpatrio.

Il medico può inoltre informare la Commissione sulle difficoltà “psicologiche” che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi, dovuti ad esempio a disturbi della memoria o episodi dissociativi, o fornendo delucidazioni sulla possibile riluttanza del richiedente nella descrizione di episodi traumatici del proprio vissuto.

E' molto importante ribadire che 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 ed altri specialisti medici, 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. Nel contesto di tale presa in carico multidisciplinare, la certificazione va vista come un passaggio complesso, ma importante per il richiedente asilo nel processo di ricostruzione di quella credibilità storica e soggettiva che si intendeva annientare attraverso la tortura o altre forme di violenza intenzionale.

Gli elementi fondamentali della metodologia valutativa medico legale sono da riconoscersi vuoi nelle fasi di osservazione, identificazione e descrizione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili, vuoi nella capacità di formulare diagnosi differenziali rispetto a quanto apprezzato, al fine di definirne le riconducibilità traumatiche (accidentali o non accidentali) e/o patologiche (naturali e/o indotte).

La competenza medico legale appare, dunque, la più idonea in virtù di competenze tecniche, che risultano necessarie non solo nella fase di acquisizione delle informazioni tecniche, ma ancor più nella fase valutativa.

In questo campo, il medico legale è chiamato all'oggettiva documentazione delle evidenze e alla loro interpretazione nell'ottica di un inquadramento delle lesività riscontrate, al fine di poter esprimere un giudizio medico legale il più possibile aderente alla realtà. Lo scopo dello studio della lesività è di identificare la natura, le caratteristiche delle lesioni ed il mezzo che le ha prodotte, individuare i meccanismi patogenetici e le modalità secondo cui l'agente lesivo ebbe ad agire, nonché quello di obiettivare tutti gli elementi utili per la ricostruzione della dinamica dell'evento traumatico ed i tempi in cui questo ha prodotto la sua azione.

E' importante precisare che, 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.

E' d'uopo sottolineare che 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. E' il caso, ad esempio, 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, purtroppo non rari, di violenza estrema praticata da più soggetti e/o con strumenti.

Se consapevolmente orientato alla ricerca e all'individuazione degli eventi di violenza, l'intervento del medico può, dunque, far emergere la realtà, spesso sommersa, della tortura.

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. Questo manuale rappresenta uno strumento per assistere i medici nell'adempimento dell'obbligo di riconoscere, documentare e riportare le prove di tortura.

In tutti i casi è importante procedere all'accurata raccolta anamnestica e alla descrizione delle lesività corporee obiettivabili, valutando che le tempistiche e le modalità di produzione delle stesse risultino coerenti con il racconto fornito dalla vittima.

Occorre qui sottolineare che per le complesse e delicate implicazioni non solo di tipo clinico assistenziale, ma anche etico e giuridico, la certificazione è un processo di grande significato che può incidere sullo stato di benessere e salute della persona. È necessario quindi che essa venga effettuata da personale competente, in strutture che possano farsi carico di tutte le fasi del percorso, comprese eventuali reazioni traumatiche durante e dopo la visita.

A tal proposito è necessario ricordare che gli operatori coinvolti nell'assistenza delle vittime di tortura devono aver ricevuto un'adeguata formazione, anche al fine di ridurre il rischio di traumatizzazione vicaria, ovvero le conseguenze emotive e comportamentali del terapeuta o altro operatore risultante dalla relazione con le vittime di eventi traumatici (Figley, 2002).

Si sottolinea infine che la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori rappresentano uno strumento fondamentale per promuovere la qualità degli interventi rivolti ai richiedenti protezione internazionale, anche in considerazione delle frequenti modifiche della legislazione e delle procedure in materia.

Alla luce di quanto sopra detto, il processo di certificazione deve rispondere ai requisiti indicati quali la multidisciplinarietà, l'adeguata formazione e competenza degli operatori, l'adeguato setting, la tutela della riservatezza e di tutti i diritti della persona richiedente.

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 suscitando effetti e ricordi dolorosi. E' importante quindi 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. A tal proposito si ribadisce l'importanza della presenza di un servizio competente di mediazione linguistico-culturale.

Alla luce di quanto detto la certificazione deve contenere gli elementi di seguito indicati.

Innanzitutto il contesto: sede della visita e qualifica del certificante. A tal proposito, appare utile ricordare che, come indicato nelle citate linee guida, *“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 ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi ed operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati, anche in materia di educazione dei diritti umani. La certificazione può inoltre essere rilasciata da*

*centri/organizzazioni no profit, individuati dalla Asl/Regione sulla base di requisiti stabiliti, che per esperienza, competenza, assenza di conflitto di interessi e di ogni altra forma di condizionamento, possano garantire la correttezza e la completezza del percorso di certificazione. 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, utile ai fini della programmazione delle prestazioni che devono essere offerte a tali pazienti”.*

A tal proposito si ritiene necessaria la creazione di un database nazionale per rendere uniforme la raccolta e l'analisi dei dati inviati dai vari Centri autorizzati alla certificazione.

Tornando alla certificazione, è necessario riportare i dati anagrafici del richiedente e gli estremi di un documento identificativo (permesso di soggiorno o documento d'identità).

Si passa poi all'anamnesi familiare, con particolare 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.

Si passa poi all'anamnesi “traumatica”. Questa è la fase a maggior rischio di (ri)accensione di sintomi da stress post-traumatico. La vittima viene ascoltata riguardo alle ragioni per cui è fuggita dal paese d'origine. 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.

Si passa poi all'esame obiettivo. Viene eseguita una visita medica generale e, quindi, un esame specifico di ogni lesione. Della lesione viene descritta: la sede in cui si trova, il cromatismo, la forma alla quale può essere assimilabile, orientamento, dimensioni, caratteristiche dei contorni o dei margini, consistenza ed eventuale sintomatologia ad essa associata.

Specifiche informazioni - quali la descrizione di strumenti di tortura, delle posizioni del corpo, i metodi di costrizione nonché i luoghi - possono essere utili per correlare le violenze con le evidenze riscontrate durante la visita.

Devono essere indagati sintomi acuti e cronici associati a forme specifiche di abuso ed i successivi processi di guarigione.

Bisogna chiedere al paziente di indicare i disturbi che egli ritiene siano associati alla tortura o ai maltrattamenti, annotare la gravità, la frequenza e la durata di ogni sintomo ed ogni eventuale invalidità associata o necessità di cura medica.

Viene altresì indagato con attenzione l'aspetto psicologico, con particolare riguardo alla presenza dei sintomi quali difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, incubi ricorrenti del trauma subito. Bisogna indagare l'eventuale presenza di disturbi psicosomatici (cefalea, osteo-muscolo-articolari, sindrome da dolore cronico, disturbi gastrointestinali, disturbi della sfera sessuale), irritabilità, difficoltà di mantenere l'attenzione e la concentrazione, disturbi della memoria, episodi dissociativi, ideazione autolesiva, abuso di alcolici e sostanze stupefacenti.

Si devono considerare gli elementi che possano rendere difficile la narrazione della storia in modo coerente in particolare per quanto riguarda la successione temporale, spesso presenti e dovuti a disturbi della memoria traumatica.

Infine, 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.

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 che è importante nella valutazione della storia, e non la compatibilità di ogni lesione con una particolare forma di violenza denunciata.

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 stampa da strumento metallico surriscaldato, falaqa<sup>1</sup>, bruciature di sigarette);
- **specifico:** la lesione non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto (es. proiettile ritenuto, lama ritenuta).

Per quanto attiene 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.

Innanzitutto è necessario sapere che gli eventi traumatici - inclusa la tortura che di per sé è il fattore singolo di maggior impatto per la genesi di disturbi post-traumatici - secondo ripetute ricerche non esitano in una patologia post-traumatica per una quota maggiore del 50% delle vittime. Questo comporta che l'assenza di sintomatologia psichica non esclude per nulla l'evenienza di eventi di violenza di cui il soggetto sia stato vittima.

Secondariamente, la patologia conseguente ad eventi traumatici presenta quadri specifici, inquadrabili nei capitoli dei disturbi post-traumatici e dei disturbi dissociativi. Questi due gruppi di patologie sono gli unici, nella congerie di tutti i disturbi mentali, ad aver riconosciute cause traumatiche nella loro genesi.

Una terza considerazione generale importante è quella della non specificità del quadro sintomatologico, se presente. Vale a dire che la reazione abnorme dell'organismo che costituisce la sintomatologia dei disturbi post-traumatici non è specifica di determinati eventi, potendo generarsi per accadimenti estremamente differenti tra loro per gravità, violenza, epoca della vita del soggetto e contesto. Non esistono quadri clinici specifici di un solo tipo di evento o violenza, neanche per la tortura.

Infatti 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. Questo insieme di fattori individuali rende ragione sia del fattore resilienza (con le risorse che vengono in aiuto prima dell'evento traumatico, come elementi di protezione, o dopo, come elementi di recupero), che della suscettibilità allo sviluppo della patologia.

Ecco perché non si può affermare che tutte le forme di tortura producono gli stessi effetti.

C'è poi da considerare che la patologia psichica è multifattoriale, con eventi della vita che agiscono con meccanismo moltiplicativo, il cosiddetto *building-block effect* (Schauer et al;

---

<sup>1</sup> Pratica consistente nell'applicazione ripetuta di traumi da corpo contundente ai piedi (o, più raramente, alle mani o ai fianchi), di solito praticata con manganelli, tubi o strumenti simili.

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. Un modello approssimativo potrebbe essere quello che distingue le predisposizioni causali dall'evento scatenante.

Questo è particolarmente vero nei casi di Disturbi Dissociativi, in cui è chiamata in causa una continuità di contesto traumatico durante l'infanzia o la prima adolescenza. In questi casi una violenza capitata in età adulta ha valore di evento scatenante, come l'accensione di un cerino in una polveriera: qui il nesso causale dell'accadimento remoto viene ad essere evidentemente depotenziato nella sua gravità.

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

Come conclusione vale la pena sottolineare alcune conseguenze di quanto specificato:

1. l'assenza di sintomatologia psichica post-traumatica non inficia la possibilità che il soggetto abbia subito violenza, anche estrema;
2. la presenza di una patologia psichica non riferibile a conseguenze di traumi, come depressione, disturbi di personalità, schizofrenia, disturbo bipolare, non è significativa per scopi medico legali (dimostrare che si è verificato un evento traumatico), ma non esclude che il soggetto possa aver subito violenza intenzionale;
3. la presenza di patologia post-traumatica ci dice che nella vita del soggetto sono avvenuti uno o più eventi causanti l'attuale patologia, ma non ne indica la natura e la specificità;
  - a. In caso di Disturbi Dissociativi il rimando è a traumi infantili continuativi e ripetuti, incluse situazioni di trascuratezza e povertà affettiva nell'ambiente del paziente o essere nati e cresciuti in contesti di violenze diffuse e guerra.
4. la presenza di patologia post-traumatica contemporanea a lesioni fisiche specifiche è più indicativa di verosimiglianza causale, per lo meno come causa scatenante, ma incide più sulla valutazione delle eventuali conseguenze invalidanti, che come indicatore di supporto alla testimonianza della vittima.

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).

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, sia nella fase amministrativa che in quella eventuale giudiziaria

Nella nostra esperienza, per quanto attiene alle violenze subite, spesso gli abusi vengono perpetrati nel Paese di origine e lungo la rotta migratoria, negli ultimi anni in particolare in luoghi di detenzione e sequestro in Libia.

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, costanti 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.

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. È evidente che questo, oltre a comportare un peggioramento e una possibile cronicizzazione del quadro clinico, potrebbe causare gravi difficoltà nel percorso di integrazione dei migranti nei paesi di asilo.

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

Come abbiamo visto, è responsabilità del medico legale l’oggettiva documentazione dei dati e la loro interpretazione nell’ottica di un inquadramento delle lesività riscontrate, al fine di poter esprimere un giudizio il più possibile aderente alla realtà.

Orbene, se è vero che lo status di rifugiato è oggi primariamente concesso in relazione alla fondatezza della storia traumatica personale, nella maggior parte dei contesti italiani l’esecuzione di valutazioni medico legali degli esiti di tortura e altre forme di trattamenti inumani e degradanti non costituisce la regola ma, purtroppo, l’eccezione.

Le considerazioni riportate fanno dunque emergere 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).

*Si ringraziano Martino Volpatti, Rossella Carnevali, Emilio Vercillo, Carlo Bracci per il loro contributo.*

## 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., Kamnakara 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.