

Progetto ICARE

Integration and Community for Asylum and Refugees in Emergency

Attività formative in ambito sanitario

*A cura di **Giancarlo Santone**
Introduzione di **Rosa Costantino***

Autori:

***Emilio Vercillo**
Filippo Gnolfo
Francesco Colosimo
Melania Guerra
Rossella Carnevali
Salvatore Geraci*

In collaborazione con l'Accademia Eraclitea

Progetto ICARE
Integration and Community for Asylum and Refugees in Emergency

Le linee guida sulla tutela sanitaria nell'accoglienza dei richiedenti asilo.

Il diritto alla salute dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale.

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.

Valutazione e gestione delle manifestazioni cliniche dei disturbi da stress posttraumatico.

luglio 2021

Premessa

L'accessibilità ai servizi sanitari è considerata uno degli indicatori primari del livello di integrazione dei migranti sul nostro territorio, essendo spesso, almeno in parte, tale popolazione caratterizzata da una condizione di svantaggio nell'accesso ai servizi, dovuta a difficoltà di tipo linguistico, di comprensione di diversi codici culturali e organizzativi ed anche ad una diversa percezione del rischio/malattia. Quindi migliorare la fase di accoglienza e ottimizzare l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto ai programmi di prevenzione, predisponendo interventi interdipartimentali e multidisciplinari che tengano conto delle best practice attuate nelle varie regioni è diventata prassi quotidiana in tutti i servizi sanitari coinvolti nel progetto I.C.A.R.E. - Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency.

I.C.A.R.E. mira difatti all'adozione di un approccio di salute sistemico sia dal punto di vista dell'individuo che delle organizzazioni, e ambisce ad un metodo di intervento comune fra le Regioni partecipanti mettendo in atto percorsi clinico-assistenziali sostenibili, di sistema con elementi trasversali nell'assistenza agli RTPi.

Scambio continuo di metodologie, programmi, conoscenze che si è attuato fra tutti i protagonisti e in tutte le fasi progettuali è da considerarsi un valore aggiunto, ancor di più nei percorsi formativi dove lo scambio di sinergie ha reso possibile un continuo accrescimento di competenze fra tutti i professionisti impegnati nel progetto a qualsiasi livello sia pubblico che privato.

La parte formativa rivolta ai professionisti ha avuto sicuramente un peso importante, una vera attività di form-Azione e sensibilizzazione su tematiche di grande importanza come quella della salute, dove spesso discenti e docenti insieme sono stati parte attiva di un continuo scambio di saperi. Le lezioni sono divenute pertanto un importante momento di accrescimento per tutti sia per i i professionisti della sanità che per gli assistiti: i primi si sono arricchiti strumenti culturalmente competenti per meglio accogliere e capire le problematiche dei loro pazienti e questi ultimi, nel contempo, hanno acquisito maggiori conoscenze dei nostri servizi, attraverso una vera e propria opera di capacitazione volta a renderli più consapevoli della propria salute.

La proposta formativa di ICARE è stata difatti strutturata per fornire conoscenze, strumenti e chiavi di lettura per una migliore relazione con l'utenza migrante, attraverso l'attivazione di percorsi formativi in grado di accrescere le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo dal punto di vista sia organizzativo che professionale.

Con l'obiettivo di sostenere il pieno ed efficace coinvolgimento di operatori e mediatori culturali, nell'adeguata assistenza della popolazione target incrementando le loro conoscenze e competenze professionali nell'ambito della salute dei migranti, molta importanza è stata data alla formazione nell'ambito della mediazione interculturale.

Volgendo difatti lo sguardo verso quelle che, nell'ambito della mediazione, sono state le esperienze di formazione passate, è emersa l'esigenza di costruire dei profili specializzati in grado di rispondere alle esigenze attuali. Il Percorso formativo di specializzazione nell'ambito del settore sanitario, riservata ai mediatori linguistico culturali nasce quindi dalla presa di consapevolezza che al mediatore che opera in una relazione interculturale, si richiedono delle competenze specifiche, requisiti e anche una responsabilità professionale che lo rendano consapevole della rilevanza della propria figura professionale e del contesto all'interno del quale si trovano ad operare.

Questa proposta formativa del percorso svolta in modalità FAD per i limiti posti dalla situazione attuale correlata al Covid è stata centrata sul gruppo di apprendimento come laboratorio interculturale, i/le partecipanti hanno imparato, soprattutto nel lavoro di gruppo e nelle attività laboratoriali, a esprimere le proprie opinioni, a confrontare i propri punti di vista e a gestire in modo costruttivo le differenti idee ed esperienze di vita, fino a saper giungere a un accordo su quanto il gruppo doveva esprimere. Nella realizzazione del percorso, oltre alla trasmissione frontale di conoscenze, sono state largamente utilizzate le metodologie attive come il lavoro di gruppo, la lezione partecipata e lo studio di caso, nella convinzione che questi strumenti permettano una maggiore partecipazione e attenzione da parte dei corsisti e che le esperienze laboratoriali costituiscano un importante momento di apprendimento di abilità e di competenze. La diversità di provenienza e di esperienze dei docenti ha reso possibile lavorare sulla tematica della mediazione con i rifugiati analizzandolo da diverse prospettive e arricchendosi a vicenda.

La sfida ora è quella di poter mettere a valore il percorso sinora svolto, incardinando la figura del mediatore linguistico-culturale all'interno di una gestione del sistema salute integrato nelle organizzazioni sanitarie in un'ottica di investimento di lungo periodo atta a garantire integrazione della popolazione migrante, equità di accesso e appropriatezza nelle cure.

Rosa Costantino

Le linee guida sulla tutela sanitaria nell'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

Di Salvatore Geraci

Introduzione

L'immigrazione in Italia, una quarantina di anni fa, ci ha forse colto di sorpresa e in ambito sanitario si è tardato nel dare delle risposte concrete al bisogno di salute che esprimeva questa nuova popolazione. La storia del diritto alla tutela della salute si è articolata in una progressiva emersione dei diritti assistenziali¹, con alcuni rallentamenti o ripensamenti, in una dialettica tra nazionale e locale spesso in un quadro di mancata o timida *governance*² ed infine anche con qualche incoerenza istituzionale.

Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Per questo da una parte diventa necessario sostenere la produzione e la diffusione di documenti di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica, nell'ambito di programmi a valenza interregionale affidati al coordinamento di istituzioni nazionali che hanno specifico mandato sugli obiettivi e competenze sul metodo. Dall'altra è necessario una reale *governance* nazionale e locale che possa garantire l'applicazione delle normative, e quelle italiane sono particolarmente avanzate, e attualizzare e implementare le indicazioni, gli indirizzi, le evidenze che progressivamente vengono prodotte. Sono questi veri e propri «strumenti di *governance*» che non possono rimanere sulla carta, ma devono essere fruiti a livello nazionale e soprattutto in ambito locale.

La normativa sull'immigrazione da oltre 20 anni ha ben definito diritti e doveri in ambito sanitario e assistenziale con una impostazione «inclusiva», coerente con il mandato Costituzionale; pensata prima della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, tale impostazione ha comunque risentito del fatto che la tematica «immigrazione e salute» appare ambiguamente sospesa tra la legislazione «esclusiva» (quella dello Stato: immigrazione e asilo) e la legislazione «concorrente» (quella delle Regioni e Province autonome: assistenza sanitaria) in ciò che abbiamo definito «pendolo delle competenze e delle responsabilità»³.

¹ Geraci S.: *Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy*. In *Sistema salute*, vol. 61, n. 3, luglio settembre 2017, Perugia, pp. 15:28

² Facciamo riferimento alla definizione come indicato dalla Redazione di Lingua Italiana del Portale Treccani. *Governance*: Dal latino medievale *gubernantia* di Boezio (a sua volta dal verbo, del latino classico, *gubernare*, da cui il nostro governare). A partire dal linguaggio aziendale, in cui indica maniera, stile o sistema di conduzione e di direzione di un'impresa, il significato del sostantivo si è rapidamente allargato all'accezione di insieme dei principi, dei modi, delle procedure per la gestione e il governo di società, enti, istituzioni, o fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sociali.

³ Bonciani M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?* In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Lombar Key, Bologna, 2011; 71:83

Principali indicazioni normative per l'accesso al SSN

Norma di Riferimento	Livello di Assistenza	Beneficiario
Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 34 (Testo Unico immigrazione: TU)	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	<i>Gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno ... per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo.</i>
Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	<p>Motivi del soggiorno che determinano l'iscrizione obbligatoria al SSR ai sensi nell'art. 34, comma 1 del TU e successiva normativa in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●..... ● Asilo politico/rifugiato ● Asilo umanitario - motivi umanitari - protezione sussidiaria ● Richiesta di protezione internazionale ● Richiesta di asilo (anche "Convenzione Dublino") <p>In tutti i casi in cui il cittadino straniero sia in attesa di primo rilascio di permesso di soggiorno per uno dei motivi che determinano il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, si procede all'iscrizione temporanea sulla base della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno,</p>
Circolare Ministero della Sanità 5 del 24 marzo 2000	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	<p><i>Asilo politico;</i> <i>Asilo umanitario;</i> <i>Richiesta di asilo;</i> <i>... l'iscrizione obbligatoria riguarda coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario. Rientra in questa fattispecie la tutela del periodo che va dalla richiesta all'emanazione del provvedimento incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego del rilascio del permesso di soggiorno e viene documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia.</i></p>
Decreto Legislativo 142 del 18 agosto 2015, art. 21	<i>I richiedenti hanno accesso all'assistenza sanitaria secondo quanto previsto dall'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (iscrizione obbligatoria al SSN - LEA), fermo restando l'applicazione dell'articolo 35 del medesimo decreto legislativo nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale (STP vedi sotto)</i>	Immigrato che richiede protezione internazionale
Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 35 e Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012	<p>Tessera STP Stranieri Temporaneamente Presenti.</p> <p><i>Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.</i></p> <p><i>Sono in particolare garantiti:</i></p> <p><i>a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;</i></p> <p><i>c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;</i></p> <p><i>d) gli interventi di profilassi internazionale;</i></p> <p><i>e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;</i></p> <p><i>f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.</i></p>	<p><i>Gli STP, sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR.</i></p> <p>Immigrato senza permesso di soggiorno (mai avuto o scaduto e non rinnovato o diniegato e senza ricorso)</p>

tratto da "Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale". Regione Lazio, 2018

Il federalismo sanitario, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, ha prodotto un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza spesso con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Per cercare di ridurre tale problematica, dopo un ampio e attento lavoro di studio e un confronto serrato tra le Regioni ed i ministeri competenti, nel 2012 si è arrivati ad un Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (n. 255 del 20 dicembre 2012, pubblicato sul Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale), per delle *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"* che, richiamando i dettami costituzionali, il Diritto comunitario e le norme primarie dello Stato, è il più completo strumento operativo di riferimento.

Questa impostazione generale ha retto anche alle modifiche del fenomeno immigratorio e in particolare, a partire dal 2011, agli arrivi numericamente significativi prevalentemente via mare, di richiedenti asilo e profughi. Se l'ossatura giuridica ha avuto bisogno solamente di qualche piccolo aggiustamento, dal punto di vista organizzativo e gestionale è stato necessario garantire dei nuovi strumenti di *governance* specificatamente pensati.

Alcuni «Strumenti di governance» per garantire la salute di immigrati e rifugiati

Accordo CSR 2012

Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 255 CSR del 20 dicembre 2012

"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"
Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale

Accordo CSR 2017

Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 43 CSR del 30 marzo 2017

«(Linee guida) per la programmazione degli interventi di assistenza, riabilitazione nonché trattamento dei disturbi psichici dei richiedenti e dei titolari di Protezione Internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale»

Decreto Ministero Salute 3 aprile 2017 Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2017

Accordo CSR 2018

Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 108 CSR del 10 maggio 2018

Linea Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli». Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza.

Accordo CU 2020

Accordo Conferenza Unificata n. 73 CU del 9 luglio 2020

Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati

Le Linee guida «I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli»

Partendo da tali premesse, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), l'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno avviato uno specifico programma di attività finalizzato alla elaborazione e disseminazione di linee guida clinico-organizzative sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti⁴. Sono stati individuati, con una metodologia partecipata, alcuni temi prioritari, e contestualmente si è avviato un processo di ricognizione e raccolta di revisioni sistematiche, linee guida e altri documenti di sanità pubblica già prodotti da istituzioni e agenzie internazionali sul tema della salute e dell'accesso

⁴ Baglio G., Fortino A., Geraci S., Marceca M., Tosti M.L., Vella S.: Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti. In Atti dell'XIV Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Pendragon, Bologna, 2016; 31-34

ai servizi da parte della popolazione immigrata. I 143 documenti selezionati e analizzati sono stati preziosi strumenti per un gruppo di esperti che ha definito una prima Linea Guida dal titolo: «*I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza*». Questo documento, approvato in Conferenza Stato Regioni e Province Autonome il 10 maggio 2018, vuole offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari - a fronte dell'incertezza e della variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali - raccomandazioni *evidence-based* circa la pratica dei controlli sanitari su migranti e profughi richiedenti protezione internazionale, al momento dell'arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza. A tale riguardo, è infatti emersa, a seguito di un'ampia consultazione degli stakeholder per la definizione delle priorità del Programma nazionale Linee Guida Salute Migranti, la necessità di uniformare misure e modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria e della tutela della salute dei migranti rispetto a condizioni patologiche giudicate rilevanti per l'individuo o per la sanità pubblica.

Il documento è orientato lungo tre direttrici principali:

- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

Assistenza sanitaria: dal soccorso all'accoglienza

Le fasi del soccorso e dell'accoglienza in Italia sono regolate da norme e regolamenti che risentono della diversa impostazione politica governativa che comunque non mette mai in discussione il fatto che l'assistenza sanitaria deve essere fornita in ogni fase del percorso di accoglienza per migranti e richiedenti asilo: dal soccorso in mare, al collocamento in vari tipi di strutture d'accoglienza, fino all'integrazione. In particolare, durante le operazioni di soccorso in mare viene fornita una prima valutazione medica dalla Guardia Costiera a bordo della nave, e un certificato di "libera circolazione" viene rilasciato al molo dagli Uffici Portuali, Aeroportuali e Sanitari di Frontiera (USMAF - Ministero della salute). L'assistenza sanitaria viene poi offerta in banchina o negli *hotspot* o in altre strutture di primissima accoglienza attraverso la collaborazione dell'USMAF con l'ASL, ovvero con la partecipazione di ONG con specifico mandato sanitario.

La prima accoglienza è organizzata in Centri/Hub governativi, a livello regionale o interregionale. Durante questa fase, che dovrebbe durare in linea di principio da 1 settimana a 1 mese dopo l'arrivo, i richiedenti asilo possono confermare o esplicitare la richiesta di protezione internazionale (in realtà il Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015 ha definito il Richiedente protezione internazionale o richiedente (asilo) in questi termini: «*Lo straniero che ha presentato domanda di protezione internazionale su cui non è stata ancora adottata una decisione definitiva ovvero ha manifestato la volontà di chiedere tale protezione*»). In queste strutture collettive come anche nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) di programmazione Prefettizia, l'assistenza sanitaria è erogata dagli stessi centri, talvolta in collaborazione con l'ASL, ma, in genere, senza accesso diretto al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Da ricordare che in realtà, il richiedente ha diritto all'iscrizione al SSN indipendentemente dal perfezionamento della pratica amministrativa ma spesso succede che i documenti richiesti (codice fiscale temporaneo o definitivo, domicilio e/o luogo di effettiva dimora - la residenza non è un requisito vincolante, ...) non siano ancora in possesso del beneficiario ed i tempi di attesa siano particolarmente lunghi. Lo stesso Decreto legislativo citato in precedenza (D.lvo 142/2015), per ovviare a questo possibile *empasse* amministrativo, ha previsto all'articolo 21 che i richiedenti abbiano accesso all'assistenza sanitaria secondo quanto previsto dall'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (ndr: iscrizione al SSN), fermo restando l'applicazione dell'articolo 35 del medesimo decreto legislativo (ndr: codice STP) nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale.

La seconda accoglienza è stata garantita prima attraverso lo SPRAR, Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati; poi con il SIPROIMI; il Sistema di accoglienza dedicato ai beneficiari di Protezione Internazionale e ai Minori non accompagnati, mentre i richiedenti asilo potevano accedere solo ai CAS; attualmente con il SAI, Sistema di

Accoglienza e Integrazione che ha ridefinito la popolazione target ed il tipo di intervento. I beneficiari di protezione internazionale e i richiedenti asilo hanno obbligo di iscrizione al SSN italiano una volta che formalizzano la domanda di protezione internazionale: da questo momento hanno diritto ad avere un Medico di Medicina Generale o un Pediatra e possono ricevere assistenza sanitaria all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, a parità di condizioni con i cittadini italiani.

I quesiti

Tenendo conto di questo ipotetico percorso e delle varie possibilità di assistenza, sono stati formulati dei quesiti e effettuata un'attenta revisione della letteratura che ha indicato approcci efficaci per l'identificazione precoce dei bisogni di salute: questi approcci includevano la ricerca attiva dei casi basata sui segni/sintomi della malattia; test offerti ai membri asintomatici di determinati gruppi; screening di massa; o integrazione nei servizi sanitari nazionali di routine⁵. La scelta si è basata su considerazioni epidemiologiche (come il livello endemico nel paese di origine o l'esposizione a fattori di rischio specifici), disponibilità e sostenibilità del trattamento/cura e considerazione etica. In particolare, la ricerca attiva dei casi di segni/sintomi di malattia (casi sintomatici) è raccomandata per la tubercolosi, la malaria, le malattie sessualmente trasmissibili, i parassiti intestinali, il diabete, l'anemia e la gravidanza. Il test (screening) dovrebbe essere offerto a individui asintomatici provenienti da aree endemiche o esposti a specifici fattori di rischio per le seguenti condizioni: infezione da TB latente, HIV, HBV, HCV, sifilide, clamidia, gonorrea, strongiloidi, schistosoma, diabete. Lo screening di massa di tutti i migranti asintomatici e richiedenti asilo è raccomandato per l'anemia e l'ipertensione. I programmi di screening e vaccinazione contro il cancro cervicale dovrebbero essere offerti ai migranti e ai richiedenti asilo dopo l'integrazione nel Sistema Sanitario Italiano, attraverso gli stessi programmi specifici per età offerti alla popolazione italiana. Per ogni infezione/patologia/condizione considerata è consigliato, se richiesto, il rinvio del migrante o del richiedente asilo al percorso diagnostico-terapeutico dedicato per l'intera popolazione.

Quesiti

Q1 Quali strumenti di triage (ad esempio SIEVE, START, SORT, CESIRA, MIMMS, SATS ecc.) sono indicati per identificare nei migranti al momento dell'arrivo condizioni che necessitano di interventi sanitari urgenti?

Q2 È indicata una visita medica generale cui sottoporre tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza? Esistono strumenti (protocolli e check-list) per la valutazione dello stato di salute dei migranti attraverso una visita medica generale, anche in riferimento a esiti di traumi fisici?

Q3 Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della malattia tubercolare e dell'infezione tubercolare latente nei migranti durante il percorso di accoglienza?

Q4 Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della malaria nei migranti durante il percorso di accoglienza?

Q5 È indicato un programma di screening dell'HIV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

Q6 È indicato un programma di screening dell'HBV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

Q7 È indicato un programma di screening dell'HCV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

Q8 Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce delle IST

nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening della sifilide?

Q9 È indicata l'esecuzione di un esame parassitologico delle feci come screening delle parassitosi intestinali nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening dello Strongyloides? È indicato un programma di screening dello Schistosoma?

Q10 È indicato un programma di screening del diabete rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

Q11 È indicato un programma di screening di anemia rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

Q12 È indicato lo screening dell'ipertensione arteriosa mediante misurazione della pressione nei migranti durante il percorso di accoglienza?

Q13 È indicata l'offerta di un test di gravidanza a tutte le donne migranti in età fertile al momento dell'arrivo in Italia?

Q14 È indicata l'offerta precoce dello screening per il carcinoma della cervice uterina alle donne immigrate durante il percorso di accoglienza?

Q15 È indicata l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ai migranti durante il percorso di accoglienza?

⁵ Tosti ME., Marceca M., Eugeni E., D'Angelo F., Geraci S., Declich S., Della Seta M., Ferrigno L., Marrone R., Pajno C., Pizzarelli S., Rosso A., De Ponte G., Mirisola C., Baglio G.: Health assessment for migrants and asylum seekers upon arrival and while hosted in reception centres: Italian guidelines. Health Policy (in press). doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.010

Inoltre, durante tutto il percorso di accoglienza, è necessario porre l'accento sulla dimensione linguistica e socio-relazionale dell'assistenza nei diversi contesti di intervento; pertanto i contenuti e le forme dei messaggi dovrebbero essere adattati ai sistemi di riferimento culturale dei migranti e dei richiedenti asilo. È inoltre necessario che gli operatori sociali e sanitari siano adeguatamente formati in un approccio transculturale e ricevano un adeguato supporto psicologico quando si affrontano situazioni emotivamente stressanti. In particolare sugli aspetti psicologici e psicotraumatologici le Linee Guida rimandano ad un altro documento edito dal Ministero della salute⁶ che, pur definendosi Linee Guida, in realtà sono delle linee di indirizzo per la diagnosi precoce, il trattamento e la riabilitazione di richiedenti asilo e rifugiati che hanno subito violenza intenzionale. Il documento dettagliato e documentato⁷ è uno strumento che perfettamente si integra con le Linee Guida sulla tutela sanitaria nelle varie fasi dell'accoglienza.

Le raccomandazioni

Le Linee Guida sono state concepite come uno strumento da offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori socio-sanitari⁸. Lo scopo è quello di promuovere valutazioni sanitarie efficaci ed appropriate sui migranti e richiedenti asilo all'arrivo in Italia e durante le successive fasi di accoglienza, al fine di evitare incertezze e variabilità delle pratiche a livello regionale e locale.

È la prima volta che viene prodotto in Italia un documento con questo rigore metodologico su un tema così importante. Documenti simili sono generalmente focalizzati solo sulle malattie infettive come quello pubblicato dall'ECDC nel 2018⁹, mentre queste Linee Guida si occupano di uno spettro più ampio di condizioni (pensiamo all'importanza dell'aver incluso alcune malattie croniche e oncologiche). La particolarità originalità del documento è anche quella di fornire un palinsesto completo e ritagliato sulle diverse fasi del percorso di accoglienza italiano.

Ciò implica che, a parità di condizione di salute, l'approccio consigliato può differire a seconda della specifica fase di accoglienza così come dell'organizzazione dei servizi, della permeabilità del SSN, della competenza ed esperienza degli operatori.

Viene anche sottolineato che, in ogni fase del percorso, a qualsiasi individuo con diagnosi di patologie dovrebbe essere garantito l'accesso a un trattamento adeguato. Oltre alle valutazioni relative a specifiche condizioni di salute, si raccomanda l'instaurazione di un rapporto costante tra personale sanitario e migranti e richiedenti asilo, al fine di consentire una consulenza efficace sulle malattie più frequenti, sui loro fattori di rischio e sulle misure di prevenzione. Gli operatori sanitari dovrebbero ricevere una formazione adeguata sulla situazione epidemiologica nei paesi di origine e di transito dei migranti e sui segni e sintomi di malattie infettive specifiche. Inoltre, dovrebbero essere formati su un approccio culturalmente competente, che tenga conto delle competenze linguistiche e del sistema culturale del paziente. In alcune occasioni dovrebbero essere assistiti da interpreti e mediatori culturali. Dovrebbero anche ricevere un adeguato supporto psicologico per gestire situazioni emotivamente stressanti ed evitare il *burnout*. A questo proposito, sebbene questo documento sia focalizzato sui migranti appena arrivati e sui richiedenti asilo, le sue raccomandazioni forniscono indicazioni utili anche per il personale sanitario che lavora con le comunità di migranti stanziali.

⁶ Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 43 CSR del 30 marzo 2017 «(Linee guida) per la programmazione degli interventi di assistenza, riabilitazione nonché trattamento dei disturbi psichici dei richiedenti e dei titolari di Protezione Internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale». Decreto Ministero Salute 3 aprile 2017 Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2017

⁷ Mazzetti M., Geraci S.: Immigrazione e salute mentale. Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale. In Tortura e migrazioni. Torture and migration. A cura di Perocco F.. Sapere l'Europa, sapere d'Europa 5. Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2019; 381:402 doi:10.30687/978-88-6969-358-8/019

⁸ Tosti ME., Baglio G., Marceca M., D'Angelo F., Ferrigno L., Eugeni E., Declich S., Pajno, Marrone R., Rosso A., Geraci S.: Italian guideline on "health checks and protection pathways for migrants on arrival and while hosted in reception centres". 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health – Abstract Supplement: Oral Presentation: 109

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control: Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; November 2018

Raccomandazioni

Visita medica generale

R2.1 - Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta all'anamnesi clinica, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose – in particolare tubercolosi, malaria, IST, parassitosi, anemia, diabete – ai fini di un tempestivo accesso alle cure.

R2.2 - La visita medica deve includere la valutazione dello stato nutrizionale, dell'apparato cardiorespiratorio, dell'acuità visiva e uditiva, un'accurata ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi (di frequente riscontro nei migranti di recente arrivo) e la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture.

R2.3 - In considerazione della particolarità del *setting*, si raccomanda che il personale sociosanitario sia in possesso delle necessarie conoscenze circa il quadro epidemiologico nei paesi di provenienza e in quelli di transito, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*.

R2.4 - È raccomandato l'impiego di mediatori culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie, al fine di supportare la relazione medico-paziente.

R2.5 - È raccomandato l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la pronta disponibilità di dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della privacy del paziente, lungo tutto il percorso di accoglienza.

Tubercolosi

R3.1 - La ricerca attiva della malattia tubercolare deve essere avviata precocemente, già al momento della valutazione sanitaria iniziale allo sbarco (o in altro punto di ingresso), e proseguita lungo tutto il percorso di accoglienza.

R3.2 - Al fine di favorire l'accesso tempestivo alla diagnosi e al trattamento, è necessario fornire ai migranti – già in prima accoglienza – informazioni adeguate sui sintomi d'esordio della tubercolosi e sulle modalità di contagio dell'infezione, prestando attenzione alle difficoltà di comprensione linguistica e adattando i contenuti e la forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento.

R3.3 - Nei pazienti con tosse persistente da più di 2 settimane, è raccomandata l'effettuazione di una radiografia del torace e di successivi esami di approfondimento diagnostico. Ove non sia possibile garantire un accesso tempestivo al controllo radiografico (per esempio in fase di soccorso), è raccomandata l'esecuzione di un test molecolare rapido per la diagnosi di TB, al fine di identificare precocemente i casi di malattia contagiosa e predisporre le opportune misure di isolamento.

R3.4 - Non è raccomandato l'utilizzo di TST o IGRA per la ricerca della malattia tubercolare attiva.

R3.5 - Non è raccomandato lo screening radiografico e/o microbiologico di routine su soggetti asintomatici.

R3.6 - È necessario garantire a tutte le persone con diagnosi confermata di tubercolosi una presa in carico globale, che includa la garanzia di accesso tempestivo e gratuito al trattamento, e la continuità delle cure, in particolare in caso di trasferimento della persona ad altri centri (o in altri paesi), fino al completamento del follow-up.

R3.7 - È raccomandata l'offerta del TST o, in alternativa, del test

IGRA (quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione) a tutti i soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB >100/100.000), ospiti presso centri di accoglienza con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi.

R3.8 - Nei bambini di età <5 anni lo screening deve essere effettuato utilizzando il TST.

R3.9 - I soggetti positivi al TST (diametro ≥ 10 mm) o all'IGRA devono essere sottoposti a radiografia del torace (e a eventuali ulteriori esami diagnostici), al fine di escludere la malattia tubercolare. Il diametro ≥ 5 mm è considerato clinicamente significativo nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività all'HIV.

R3.10 - La terapia per l'infezione tubercolare latente deve essere offerta a tutte le persone positive a TST o IGRA e negative all'RX, per prevenire nuovi casi di malattia.

Malaria

R4.1 - È necessario avviare, già in fase di soccorso, una ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di malaria (in particolare febbre) in migranti che riferiscono di aver vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica.

R4.2 - Si raccomanda che i professionisti della salute coinvolti nella valutazione dei migranti, nelle diverse fasi di soccorso e accoglienza, siano formati a riconoscere segni e sintomi della malaria e della malaria grave, anche al fine di evitare ritardi diagnostici e terapeutici.

R4.3 - Nei soggetti con segni e/o sintomi di malaria, deve essere tempestivamente offerta l'emoscopia come procedura iniziale di diagnosi; in alternativa, trattandosi di soggetti sintomatici, il ricorso a test rapidi rappresenta una valida opzione, in considerazione della velocità di risposta e della facilità d'uso, anche in fase di soccorso e di prima accoglienza.

R4.4 - Nel corso di accertamenti clinici effettuati su soggetti che riferiscono di aver vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica, si raccomanda di considerare con particolare attenzione la diagnosi di malaria in presenza di splenomegalia e/o trombocitopenia, in quanto predittivi di tale condizione anche in assenza di sintomi.

R4.5 - I pazienti con diagnosi confermata di malaria devono essere sottoposti a una valutazione specialistica. Si raccomanda di procedere con particolare urgenza nei casi di malaria da *Plasmodium falciparum* e di malaria grave non *falciparum*, ai fini di una tempestiva presa in carico, dal momento che il quadro clinico può aggravarsi rapidamente soprattutto nei bambini, nelle donne in gravidanza e nei soggetti immunodepressi.

HIV

R5.1 - A tutti i migranti, nell'ambito della presa in carico sanitaria, deve essere offerto un adeguato *counseling* che garantisca informazioni chiare ed esaustive sull'infezione da HIV, sull'AIDS e sulla possibilità di accedere a cure efficaci. Tali informazioni devono essere fornite secondo una prospettiva culturalmente sensibile, possibilmente nella lingua madre, e avvalendosi di mediatori linguistico-culturali.

R5.2 - Si raccomanda di offrire il test HIV a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni provenienti da paesi a elevata endemia (stime di prevalenza di HIV >1%) alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del *counseling*, riferiscono di essere stati esposti a fattori

di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali) o presentino concomitante IST o infezione tubercolare.

R5.3 - Il test HIV viene altresì offerto ai minori di età <16 anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare.

Epatite B

R6.1 - Si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HBV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HBsAg >2%* e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, *partner* sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori) e alle donne in gravidanza.

R6.2 - Lo screening deve prevedere la valutazione sierica di HBsAg, HBcAb e HBsAb.

R6.3 - In caso di positività all'HBsAg, il paziente deve essere inviato a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento.

Epatite C

R7.1 - Si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HCV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HCV >3%* e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, parametri epatici alterati, pratiche che prevedono penetrazione della cute a scopo non terapeutico).

R7.2 - Lo screening deve prevedere la valutazione sierica degli anticorpi anti-HCV.

R7.3 - I soggetti positivi al test devono essere sottoposti a ulteriore valutazione di conferma con HCV-RNA e, in caso di positività, inviati a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento.

Infezione sessualmente trasmissibile

R8.1 - Nei migranti di recente arrivo, in occasione dei controlli medici presso i centri di accoglienza, si raccomanda di indagare con attenzione la presenza di segni/sintomi suggestivi di IST (secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, *rash* cutanei, linfadenopatie inguinali). I soggetti sintomatici devono essere sottoposti a una valutazione specialistica.

R8.2 - È necessario che il medico effettui, nel corso della visita, un adeguato *counselling* sulla salute sessuale e sulle misure di prevenzione delle IST.

R8.3 - Ai soggetti asintomatici con fattori di rischio (*partner* multipli, nuovi *partner*, recente storia di IST, violenza sessuale) è raccomandata, nel contesto della presa in carico sanitaria, l'offerta di test diagnostici per infezione da *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, basati sull'esecuzione di PCR su primo mitto o, nelle donne, preferibilmente su tamponi cervico-vaginali.

R8.4 - Si raccomanda l'offerta del test sierologico per la sifilide, nell'ambito della presa in carico sanitaria, a tutti i soggetti di età ≥16 anni provenienti da paesi a elevata endemia per infezione da HIV (stime di prevalenza di HIV >1%)* e a quanti, a seguito di adeguato *counselling*, ritengono di essere stati esposti a fattori di rischio.

R8.5 - Nei minori di età <16 anni, il test per la sifilide deve essere offerto in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, abusi/violenze sessuali) o di altre IST.

Parassitosi intestinale

R9.1 - Si raccomanda di considerare, nel contesto della valutazione medica iniziale e durante tutte le fasi del percorso di accoglienza, la presenza di sintomi quali diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria (anche anamnestica), in quanto suggestivi di parassitosi.

R9.2 - Nel corso degli accertamenti clinici, il riscontro di eosinofilia deve essere considerato quale possibile marcatore indiretto di elmintiasi.

R9.3 - In presenza di segni e sintomi compatibili con parassitosi intestinale e/o di eosinofilia, si raccomanda di offrire l'esame copro-parassitologico per rilevare l'eventuale presenza di parassiti intestinali.

R9.4 - Nei migranti, anche asintomatici, che hanno vissuto o viaggiato in aree endemiche per strongiloidosi e schistosomiasi, è raccomandato l'esame sierologico, nell'ambito della presa in carico sanitaria. Il riscontro di sierologia positiva per *Strongyloides stercoralis* e *Schistosoma spp.*, in soggetti non trattati di recente, deve essere considerato come infezione in atto e come tale meritevole di trattamento.

Diabete

R10.1 - Si raccomanda di indagare, già in fase di prima accoglienza, l'eventuale presenza di diabete, anche attraverso un'accurata anamnesi e la ricerca di segni/sintomi di malattia. Sui soggetti sintomatici è raccomandata la valutazione della glicemia a digiuno.

R10.2 - Lo screening glicemico è raccomandato nei soggetti asintomatici di età ≥35 anni, provenienti da paesi ad alta prevalenza di diabete (Subcontinente indiano, Medio Oriente, Nord Africa, Africa subsahariana) e con specifici fattori di rischio (ipertensione, iperlipidemia, familiarità per malattia diabetica), nell'ambito della presa in carico sanitaria, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'avvio al trattamento.

R10.3 - È necessario fornire ai migranti tutte le informazioni sulla prevenzione della malattia, sulle possibili complicanze e sugli stili alimentari e di vita favorevoli a una buona salute, utilizzando modalità comunicative comprensibili e culturalmente orientate.

Anemia

R11.1 - Si raccomanda di valutare la presenza di segni e/o sintomi di anemia già in occasione della valutazione medica iniziale, ai fini di un tempestivo accesso alle cure.

R11.2 - Si raccomanda di offrire l'esame emocromocitometrico completo a tutti i migranti, come parte integrante della valutazione dello stato di salute.

Ipertensione

R12.1 - Si raccomanda di indagare nei migranti, in occasione dei controlli medici presso i centri di accoglienza, l'eventuale presenza di ipertensione, mediante misurazione della pressione arteriosa.

Gravidanza

R13.1 - È necessario accertare tempestivamente nelle donne migranti l'eventuale stato di gravidanza, al fine di attivare un percorso di accoglienza differenziato. Si raccomanda di valutare, nelle donne

in età fertile, l'opportunità di un test di gravidanza già in occasione dei controlli medici iniziali, anche in considerazione del rischio di violenze sessuali subite durante il percorso migratorio.

R13.2 - In caso di gravidanza, deve essere garantito alle donne immigrate quanto previsto dal Servizio sanitario nazionale per tutte le donne nella medesima condizione, favorendo la presa in carico delle gestanti da parte di personale sanitario e di mediatori linguistico-culturali di sesso femminile.

Carcinoma della cervice uterina

R14.1 - La diagnosi precoce del cancro della cervice uterina deve essere garantita alle donne immigrate di età compresa tra 25 e 64 anni, mediante inserimento nei programmi di screening pubblici territoriali.

R14.2 - Si raccomanda di creare un *setting* di intervento rispettoso dei valori culturali, delle esperienze e delle preferenze individuali, anche favorendo la presa in carico delle donne da parte di personale sanitario di sesso femminile.

Vaccinazioni

R15.1 - Nell'ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai bambini (0-14 anni) che non sono mai stati vaccinati, o che presentano documentazione incerta, le vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età.

R15.2 - Negli adulti che abbiano storia vaccinale incerta o assente, si raccomanda di offrire le seguenti vaccinazioni:

- ✓ antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse
- ✓ antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella a esclusione delle donne in gravidanza
- ✓ anti-HBV a tutta la popolazione adulta sottoposta a screening e risultata negativa ai marcatori sierologici (si vedano a riguardo le raccomandazioni R6.1 e R6.2 su HBV e screening)

Dopo aver redatto le raccomandazioni, per facilitarne l'attuazione, ognuna di esse è stata collocata nella fase appropriata del percorso di accoglienza (soccorso in mare, prima e seconda accoglienza): l'obiettivo era quello di proporre continuità di cura e orientamento per la standardizzazione dei protocolli locali ed un progressivo inserimento nel sistema assistenziale italiano. Pertanto, sulla base delle evidenze di efficacia e delle opportunità fornite dal *setting*, è stato proposto un approccio modulato e progressivo.

Interventi sanitari nelle diverse fasi dell'accoglienza

SOCCORSO PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<p>Valutazione medica iniziale</p> <p>presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza</p>	<p>Visita medica</p> <p>rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose</p>	<p>Presenza in carico sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening) • prevenzione primaria (vaccinazioni)

In particolare, durante la fase di soccorso si raccomanda una valutazione medica di segni e sintomi indicativi di condizioni cliniche che richiedono assistenza sanitaria o cure urgenti: di conseguenza, si è ritenuto opportuno che durante questa fase si prestasse attenzione a segni e sintomi di condizioni quali come la tubercolosi, la malaria, l'ectoparassitosi, i parassiti intestinali e l'anemia.

Durante la prima accoglienza, la visita medica avviene in un contesto più protetto e con la disponibilità di più tempo: è quindi possibile avere una seduta di consulenza e valutare anamnesi personale e familiare per malattie croniche e/o infettive, anamnesi farmacologica, trauma.

Inoltre, la ricerca di segni e sintomi dovrebbe essere eseguita in questo momento, al fine di identificare la possibile presenza di malattia come tubercolosi, malaria, ectoparassitosi, malattie a trasmissione sessuale, parassiti intestinali, diabete, anemia e ipertensione. In questa fase è opportuno accertare la gravidanza e indirizzare le gestanti al percorso di accoglienza dedicato.

Durante la seconda accoglienza, tutte le persone dovrebbero essere iscritte al SSN, avere un proprio medico di riferimento e vivere una maggiore stabilizzazione territoriale: c'è quindi una presa in carico del SSN dei migranti e richiedenti asilo. In questa fase, il medico di medicina generale può proporre test di screening e vaccinazioni. In particolare, secondo criteri epidemiologici (alta endemicità) e/o alla valutazione dell'esposizione al rischio, dovrebbero essere eseguite indagini attive su malattie/infezioni (infezione da TBC latente, HIV, HBV, HCV, sifilide, clamidia, gonorrea, strongiloidi, schistosoma, diabete), anche in forme subcliniche: possono essere offerte specifiche procedure di screening agli asintomatici. La prevenzione primaria è fornita ai bambini attraverso le vaccinazioni, secondo il programma nazionale; alcune vaccinazioni sono consigliate anche per gli adulti. Lo screening di massa è consigliato per l'emocromo completo e le donne di età compresa tra 25 e 49 anni dovrebbero essere incluse nei programmi di screening del cancro cervicale locale.

Implementazione locale

Si rimanda al documento completo per ulteriori approfondimenti¹⁰ e, per concludere, si vuole porre attenzione come sia fondamentale contestualizzare ed implementare a livello locale quanto definito sul piano nazionale. Con questo intento la Regione Lazio, con Deliberazione 590 del 16.10.2018, ha approvato il documento *"Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale"*.

La Regione con questa Delibera di Giunta non solo recepisce i più importanti documenti programmatici nazionali per la tutela sanitaria nell'accoglienza, ma li connette l'uno con l'altro, li contestualizza e fornisce alle ASL e agli operatori dei centri d'accoglienza strumenti per una corretta e uniforme presa in carico dei richiedenti asilo. La

¹⁰ Baglio G., Fortino A., Geraci S., Marceca M., Tosti M.E., Vella S. (Comitato scientifico): I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Sistema Nazionale per le linee guida. Linee Guida Salute Migranti - 1. Roma, 2017

Delibera fa particolare riferimento a coloro che sono in condizione di maggiore fragilità, come i minori non accompagnati, le vittime di violenze intenzionali e di torture e le persone con bisogni di assistenza e di cura.

Una ulteriore sfida è quella della ricaduta capillare e operativa sul territorio e nella quotidianità, e per fare questo oltre all'impegno in termini di programmazione aziendale, anche in campo formativo, è necessaria la partecipazione di ciascun operatore e la collaborazione dell'intera comunità perché la tutela della salute non può escludere alcuno.

Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale nella Regione Lazio

Seppur la **popolazione target** di questo documento sia in particolare quella di richiedenti protezione internazionale in ogni fase della loro presenza, si precisa che nei percorsi assistenziali previsti debbano essere inclusi tutti coloro che siano vittime di violenza intenzionale, di tortura o di tratta, comunque presenti nel nostro territorio indipendentemente del proprio status giuridico.

Fase di prima accoglienza

In relazione alla pianificazione della ASL, presso la struttura di prima accoglienza o presso l'ambulatorio STP, deve essere effettuata una **visita medica con valutazione anamnestica e clinica dei migranti** da parte di un medico del SSR, ovvero del servizio STP, ovvero di altro medico, secondo modalità concordate con la ASL. Tale visita include un colloquio – che può prevedere il supporto di mediatori culturali o interpreti (eventualmente forniti dall'Ente Gestore) – volto a raccogliere l'anamnesi personale e familiare per pregresse malattie infettive, condizioni croniche, allergia a farmaci, e a verificare la presenza di segni di traumi e/o esiti di torture, e l'eventuale stato di gravidanza. Dal punto di vista clinico, vanno ricercati attivamente **segni e/o sintomi suggestivi di patologia**, anche di interesse psico-traumatologico. Particolare attenzione deve essere prestata a:

- tosse da ≥ 2 settimane (TB);
- febbre, splenomegalia (malaria);
- ispezione della cute per identificazione di ectoparassitosi;
- secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali (IST);
- diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria in atto o pregressa (parassitosi);
- segni e/o sintomi di diabete;
- segni e/o sintomi di anemia;
- misurazione della pressione arteriosa.

Ai fini della raccolta dei dati di rilevanza sanitaria, è stata predisposta una Scheda per la visita medica per la rilevazione di anamnesi, segni e sintomi. Tale scheda deve essere compilata alla prima occasione di contatto con il medico. Una copia va consegnata al paziente e una va inviata alla ASL di competenza (ogni ASL comunicherà il servizio a cui inviare la documentazione) che annualmente produrrà un resoconto per la Regione.

tratto da «Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale». Regione Lazio, 2018

Seconda accoglienza e presa in carico

Se il profugo si trova in seconda accoglienza (SPRAR) o se la previsione che i tempi di permanenza nei CAS o nei CARA e comunque nei centri di prima accoglienza siano prolungati (almeno di 3/6 mesi), deve configurarsi una vera e propria **presa in carico sanitaria**. La valutazione clinica appare estremamente importante ed è quella che deve guidare eventuali accertamenti successivi e/o visite specialistiche.

Questa è la fase in cui, accanto alla sorveglianza attiva dei quadri clinici in acuzie, è possibile effettuare **screening e interventi di prevenzione oncologica e vaccinale** a carico della ASL territorialmente competente.

In particolare, si considerano le seguenti attività di prevenzione primaria (vaccinazioni adulti e bambini, come riassunto nell'allegato 8) e secondaria (screening per il carcinoma della cervice uterina, nell'ambito dei programmi territoriali).

La ricerca attiva di condizioni precliniche è rivolta ai soggetti individuati sulla base dei seguenti criteri epidemiologici (alta endemia) e/o di esposizione a fattori di rischio:

- TST/IGRA su migranti asintomatici da paesi con incidenza TB >100/100.000;
- test HIV su migranti ≥16 aa. da paesi con prevalenza >1%, su donne in gravidanza o in allattamento, e su soggetti (anche minori) esposti a fattori di rischio o con coinfezioni (altra IST o TB);
- sierologia HBsAg, HBcAb e HBsAb su migranti da paesi a prevalenza di HBV >2% e/o su soggetti con fattori di rischio o donne in gravidanza;
- test HCV su migranti da paesi a prevalenza >3% e/o soggetti con fattori di rischio
- test diagnostici per infezione da Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae, in soggetti asintomatici con fattori di rischio per IST;
- sierologia per sifilide su migranti da Paesi con prevalenza HIV >1% e/o esposti a fattori di rischio;
- sierologia per Strongyloides stercoralis e Schistosoma spp in migranti che abbiano vissuto o viaggiato in aree endemiche;
- glicemia a digiuno su migranti ≥35 aa. da paesi a elevata prevalenza di diabete e con specifici fattori di rischio.

A tale riguardo è stata predisposta una scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria. Tale scheda deve essere compilata alla prima occasione di contatto con il medico, secondo le stesse modalità descritte per la prima accoglienza.

Tratto da «Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale». Regione Lazio, 2018

Il diritto alla salute dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale

Di Filippo Gnolfo

Premessa

La Linea Guida *"I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli"* nasce nell'ambito del *"Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti"*, sviluppato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Il documento nasce come strumento operativo per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari impegnati nell'assistenza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale; affronta il tema degli accertamenti sanitari da effettuare nella fase di soccorso e prima assistenza, e nelle diverse fasi del percorso di accoglienza. La finalità è assicurare controlli appropriati e uniformi sul territorio nazionale. Il nodo strategico è il diritto alla salute dei migranti e richiedenti protezione.

In Italia l'assistenza sanitaria è garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sistema pubblico che si basa sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, che trova fondamento nella Costituzione della Repubblica Italiana. L'art. 32 della Costituzione definisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, unico dopo i principi fondamentali della prima parte della Costituzione. Viene tutelato dunque l'individuo, non solo il cittadino italiano, pertanto sono tutelate anche le persone straniere presenti sul territorio nazionale.

In Italia, l'assistenza sanitaria per gli stranieri, cittadini di paesi non appartenenti all'Unione europea, è disciplinata dal Decreto legislativo n.286 del 25 luglio 1998, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*¹¹.

I principi e le disposizioni contenuti in questo decreto hanno trovato concreta applicazione nel Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (DPR n.394 del 31 agosto 1999) e nella Circolare del Ministero della Sanità n.5 del 24 marzo 2000.

Questa normativa, in particolare l'art. 34 del Testo Unico, garantisce l'iscrizione al SSN agli immigrati regolarmente soggiornanti, in maggioranza presenti con permessi di soggiorno di media e lunga durata (lavoro, famiglia, protezione), a parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani. Gli stranieri regolarmente soggiornanti che non rientrano nelle precedenti categorie che hanno l'obbligo di iscrizione al SSN, possono iscriversi volontariamente al SSN corrispondendo un contributo annuale a titolo di partecipazione alle spese. In entrambi i casi l'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

L'art. 35 del Testo Unico estende l'assistenza sanitaria anche agli immigrati non in regola con le norme d'ingresso e soggiorno¹², ai quali sono garantite oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali e continuative, e i programmi di medicina preventiva.

Sono in particolare garantiti:

- 1 La tutela sociale della gravidanza e della maternità;
- 2 La tutela della salute del minore;

¹¹ Il Testo unico sull'immigrazione aggiornato con le modifiche apportate, da ultimo, dal D.L. 14 giugno 2019, n. 53, convertito con modificazioni dalla L. 8 agosto 2019, n. 77 e dal D.L. 4 ottobre 2018, n. 113 convertito, con modificazioni, dalla L. 1° dicembre 2018, n. 132.

¹² Cittadini provenienti da paesi che non appartengono all'Unione Europea, privi del permesso di soggiorno, oppure soggiornanti in Italia con permesso di soggiorno scaduto e non rinnovabile

- 3 Le vaccinazioni;
- 4 La profilassi internazionale;
- 5 La profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive;
- 6 La cura, prevenzione e riabilitazione delle dipendenze;
- 7 La tutela della salute mentale;
- 8 L'assistenza protesica (Regione Lazio)¹³.

Nel Lazio è prevista la fornitura di ausili e protesi esclusivamente nel caso in cui:

- a l'evento morboso o traumatico è avvenuto durante la permanenza dello straniero sul territorio laziale;
- b lo straniero è ricoverato, in conseguenza dell'evento morboso o traumatico, presso le strutture ospedaliere della Regione Lazio;
- c la mancata fornitura di ausili e dispositivi protesici/ortesi rende impossibili le dimissioni ospedaliere.

Gli stranieri in condizioni di irregolarità giuridica possono richiedere agli sportelli distrettuali il rilascio di un codice STP¹⁴, utilizzato per le prescrizioni e la registrazione delle prestazioni. Il rilascio è subordinato ad una dichiarazione di indigenza nella quale si attesta di non possedere risorse economiche sufficienti. A tal fine non è necessario esibire un documento d'identità, è sufficiente dichiarare le proprie generalità.

Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, ha validità di sei mesi e può essere rinnovato fin tanto persista la situazione di irregolarità giuridica. Gli stranieri titolari di codice STP non hanno il medico di medicina generale e, quindi, possono rivolgersi agli ambulatori STP delle ASL oppure del privato sociale che abbiano protocolli d'intesa con le ASL¹⁵.

Gli stranieri STP sono esentati, a parità di condizioni con il cittadino italiano per le seguenti situazioni:

- 1 Prestazioni di primo livello;
- 2 Gravidanza e Interruzione volontaria di gravidanza;
- 3 Malattie croniche e invalidanti;
- 4 Malattie rare;
- 5 Interventi di prevenzione collettiva;
- 6 Età inferiore ai 6 anni e superiore ai 65 anni (*Codice E08*)¹⁶.

Quando lo straniero STP non ha risorse economiche sufficienti per il pagamento del ticket, il medico dell'ambulatorio STP può applicare sulla ricetta il *codice di esenzione X01*¹⁷, a seguito di una dichiarazione di indigenza. Il medico prescrittore pubblico potrà apporre sulla ricetta il codice di esenzione X01 tenuto conto dell'attribuzione dello stesso codice effettuata in prima istanza dal medico dell'ambulatorio STP. Il codice X01 deve essere utilizzato soltanto quando lo straniero STP non gode dell'esenzione ticket ad altro titolo (gravidanza, patologia, età).

¹³ DGR n.427 del 25 marzo 2005 "Assistenza protesica per Stranieri Temporaneamente Presenti"

¹⁴ Acronimo di Straniero Temporaneamente Presente. Codice identificativo di 16 caratteri composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

¹⁵ DGR n.5122 del 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per straniero temporaneamente presenti"

¹⁶ DCA U00158 del 19/05/2014. La Regione Lazio ha introdotto nuovi codici di esenzione ticket, come il *codice di esenzione E08*. L'esenzione ticket ha validità semestrale, coincidente con la validità del tesserino STP

¹⁷ All. 12 disciplinare tecnico Decreto Ministero Economia e Finanze 17 marzo 2008

Barriere di accesso ai servizi e disuguaglianze di salute

A livello centrale, quanto stabilito dagli art.34 e 35 del Testo Unico è rientrato nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)¹⁸, l'insieme di prestazioni/servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, allo scopo di garantire condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale.

A livello locale, la riforma del Titolo V della Costituzione ha finito per generare una deriva regionalista con 21 sistemi sanitari differenti, le regioni sono andate in ordine sparso sull'assistenza sanitaria agli immigrati (Geraci S, Bonciani M, Martinelli B 2010; Maffini F 2006).

Inoltre al carattere inclusivo delle normative nazionali su immigrazione e asilo (materie di competenza esclusiva dello Stato), ha fatto da contrappunto la discrezionalità delle regioni nell'applicare le politiche sanitarie e sociali definite a livello centrale (materie di competenza concorrente delle Regioni). Per superare le disomogeneità regionali e permettere una applicazione corretta e omogenea della normativa per l'assistenza sanitaria agli stranieri, nel dicembre 2012 è stato sottoscritto un Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome¹⁹.

In Italia sulla base della normativa vigente, i richiedenti protezione internazionale hanno diritto all'iscrizione al SSN anche nel periodo in cui sono in attesa del permesso di soggiorno, al pari di tutti coloro che hanno avuto il riconoscimento dello status di rifugiato, la protezione sussidiaria o la protezione speciale, il permesso per casi speciali o per cure mediche (art. 19, comma 2, lettera d-bis Dlgs n.286/1998).

Disposizioni europee²⁰ precisano che deve essere garantita la necessaria assistenza sanitaria ai richiedenti protezione, con attenzione specifica a esigenze sanitarie particolari (donne, bambini, disabili, vittime di tratta, vittime di tortura e di violenza), compresa la tutela della salute mentale (EASO 2010).

Nonostante la normativa, persistono difficoltà nell'accesso alla procedura di asilo e alle misure di accoglienza, nell'accessibilità e nella fruibilità dei servizi sociali e sanitari, in particolare nell'iscrizione al SSN.



Fig. 1 Le barriere di accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati (Giunti S, 2011)

¹⁸ Art.62 e art.63 DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

¹⁹ Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2012: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome» (Rep. Atti n.255/CSR del 20/12/2012).

²⁰ Art.19 Direttiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale. La Direttiva è stata adottata dall'Italia con il Dlgs n.142 del 18 agosto 2015 (cd. decreto accoglienza)

Una serie di barriere normative e burocratico-amministrative mettono continuamente in discussione l'esigibilità del diritto alla salute, dalla presentazione della richiesta di protezione internazionale, al rilascio del permesso di soggiorno, all'audizione di fronte alla commissione territoriale, al ricorso avverso l'eventuale diniego della commissione.

Da segnalare situazioni di mancato adempimento o difforme applicazione della normativa attualmente in vigore, di discrezionalità delle procedure di iscrizione al SSN che determinano una serie di nodi critici che emergono in diversi momenti dell'iter della procedura d'asilo:

- 1 Richiesta di protezione internazionale;
- 2 Rilascio del codice fiscale;
- 3 Rilascio del permesso di soggiorno;
- 4 Iscrizione anagrafica;
- 5 Dichiarazione di domicilio;
- 6 Durata del permesso di soggiorno;
- 7 Rinnovo del permesso di soggiorno;
- 8 Ricorso avverso il diniego della richiesta;
- 9 Rilascio dell'esenzione ticket.

Nodi critici e advocacy

In questi anni associazioni, società scientifiche, reti locali hanno sviluppato un'azione di *advocacy istituzionale*, con proposte di policy fatte proprie dal governo nazionale, da enti locali, uffici e agenzie della Pubblica Amministrazione, per rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno esercizio del diritto alla salute dei richiedenti protezione, per adeguare anche le procedure telematiche in sintonia con le normative vigenti.

Per far fronte alla difficoltà di rilascio del codice fiscale, la normativa aveva previsto che ai richiedenti protezione fosse comunque garantita sin da subito l'assistenza sanitaria tramite il rilascio del codice STP²¹, modalità incongrua da utilizzare comunque per un periodo limitato perché i livelli di assistenza ed i percorsi assistenziali sono meno consolidati rispetto a quelli garantiti agli iscritti al SSN.

Al fine di consentire ai richiedenti protezione di iscriversi al SSN per usufruire di una copertura sanitaria completa, l'Agenzia delle entrate ha poi stabilito di attivare una procedura telematica per l'attribuzione di un codice fiscale provvisorio numerico, già al momento della verbalizzazione della domanda di asilo da parte della Questura²². Nel 2016 l'ASGI ed altre nove associazioni hanno denunciato come la nuova procedura non consentiva il pieno accesso ai diritti, tra i quali l'iscrizione al SSN anche a causa dell'incapacità dei sistemi operativi telematici di riconoscere la validità del codice fiscale numerico.

Inoltre il cedolino o l'attestato nominativo rilasciati dalla Questura e il permesso di soggiorno pur essendo equipollenti, non erano accettati da diversi uffici pubblici, sportelli distrettuali o municipali.

Il 'decreto accoglienza' ha sancito che la *ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale*, sulla quale viene riportato il codice fiscale numerico, *costituisce permesso di soggiorno provvisorio*²³. In attesa del

²¹ Art.21 Dlgs n.142 del 18 agosto 2015

²² Agenzia delle Entrate. Circolare n.8 del 26 luglio 2016. *Stranieri richiedenti la protezione internazionale - attribuzione del codice fiscale da parte di Questura/Polizia di frontiera con procedura telematica*

²³ Art.4 Dlgs n.142 del 18 agosto 2015

rilascio del permesso di soggiorno si procede all'iscrizione al SSN sulla base della ricevuta rilasciata dalla Questura.

A seguito dell'azione di *advocacy istituzionale* di singole ASL e/o associazioni ed in particolare del GrIS Lazio²⁴ (Gnolfo 2012), nel corso degli anni la Regione Lazio è intervenuta con diversi atti su alcuni nodi critici²⁵.

In particolare a seguito dell'entrata in vigore del Decreto Salvini su sicurezza e immigrazione (DL n.132/2018 convertito nella legge n.132 del 1 dicembre 2018) che ha escluso i richiedenti protezione dall'iscrizione anagrafica, la Regione Lazio ha precisato che i richiedenti, *compresi coloro che hanno fatto ricorso contro il diniego del riconoscimento dello status di rifugiato*, devono essere iscritti al SSN, *con durata annuale, rinnovabile fino alla definizione della pratica indipendentemente dalla scadenza del documento che attesta lo status di richiedente*²⁶.

Ai fini dell'iscrizione al SSN si fa riferimento a:

- a codice fiscale numerico o alfa numerico;
- b documentazione che attesti lo status di richiedente: cedolino, modulo C3, attestato nominativo, permesso di soggiorno o ricorso cartaceo;
- c *dichiarazione di effettiva dimora* rilasciata alla ASL territorialmente competente in relazione al domicilio dichiarato.

I richiedenti e i titolari protezione hanno comunque sempre incontrato problemi sulla residenza e sul domicilio, in molti casi il luogo di effettiva dimora non corrisponde a quello riportato sul permesso di soggiorno. Per l'iscrizione al SSN dei richiedenti protezione si prescinde dalla residenza e dal domicilio riportato sul permesso di soggiorno, pertanto possono essere iscritte persone con indirizzo in altro Comune o altra Regione²⁷. Anche i titolari di protezione internazionale/sussidiaria possono iscriversi al SSN nella ASL in cui dichiarano di domiciliare, ma con l'obbligo, nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno, di richiedere la variazione di domicilio alla Questura competente e di presentare alla ASL il permesso di soggiorno riportante il domicilio effettivo²⁸.

Alla fine dell'anno scorso, la nuova normativa (DL n. 130/2020 convertito nella legge n.173 del 18 dicembre 2020) è intervenuta per correggere e superare gli aspetti più critici e incostituzionali del Decreto Salvini, in particolare viene confermato in modo esplicito il diritto dei richiedenti protezione ad essere iscritti all'anagrafe e ad ottenere il rilascio della carta d'identità²⁹.

La legge n.132/2018 ha introdotto nuove tipologie di permessi di soggiorno per le quali è garantita l'iscrizione obbligatoria al SSN:

- 1 Permesso di soggiorno per cure mediche, art. 19, c.2, lett. D-bis Dlgs n.286/98

²⁴ Il GrIS Lazio (Gruppo immigrazione e Salute) è una rete di 60 organismi del pubblico e del Terzo settore

²⁵ Circolare n.125820/4A/09 del 18 novembre 2003. *Iscrizione al SSN dei richiedenti asilo e dei rifugiati politici*; Circolare n.42013/AV/09 del 5 aprile 2006. *Iscrizione obbligatoria al SSR per cittadini stranieri con permesso di soggiorno per "Motivi umanitari", "Asilo politico", "Richiedenti asilo"*; Circolare n. 91883/45/04 del 3 agosto 2009. *Assistenza sanitaria agli stranieri Richiedenti protezione internazionale*; Circolare n.140271/db/27/15 del 24 luglio 2013. *Iscrizione annuale al SSR per i richiedenti protezione internazionale*;

²⁶ Regione Lazio. Circolare n.U0061187 del 25 gennaio 2019. *Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E: precisazioni a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 132/18*.

²⁷ Accordo Stato Regioni n.255 CSR del 20 dicembre 2012; Regione Lazio. Circolare n.42013/AV/09 del 5 aprile 2006. *Iscrizione obbligatoria al SSR per cittadini stranieri con permesso di soggiorno per "Motivi umanitari", "Asilo politico", "Richiedenti asilo"*. La Regione Lazio ha provveduto ad operare modifiche sul sistema informativo regionale, che permettono l'effettiva applicazione del diritto di iscrizione al SSN per i richiedenti protezione. Circolare n.1128262 del 23 dicembre 2020. *Iscrizione al SSR dei Richiedenti Protezione Internazionale*.

²⁸ Accordo Stato Regioni n.255 CSR del 20 dicembre 2012; Regione Lazio. Circolare n.42013/AV/09 del 5 aprile 2006. *Iscrizione obbligatoria al SSR per cittadini stranieri con permesso di soggiorno per "Motivi umanitari", "Asilo politico", "Richiedenti asilo"*

²⁹ Ministero dell'Interno. Circolare n.11-bis del 27 ottobre 2020 avente per oggetto l'art.3 DL n.130 del 21 ottobre 2020. *Iscrizione anagrafica dei richiedenti protezione internazionale*. La Corte Costituzionale, con sentenza n. 186 depositata il 31 luglio 2020, aveva già dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 13 DL n.113/2018 che escludeva i richiedenti protezione dall'iscrizione anagrafica

- 2 Permesso di soggiorno per "casi speciali" relativo a motivi di:
- 3 protezione sociale, ossia vittime di violenza e sfruttamento, art.18 Dlgs n.286/98 ;
- 4 vittime di violenza domestica, art.18 Dlgs n.286/98;
- 5 situazioni di eccezionale calamità, art.20 bis Dlgs n.286/98; particolare sfruttamento del lavoratore che abbia presentato denuncia e cooperi
- 6 nel relativo procedimento penale, art.22, c.12-12 quater Dlgs n.286/98;
- 7 atti di particolare valore civile, art. 42 bis Dlgs n.286/98;
- 8 Permesso di soggiorno per "protezione speciale", art.32, c.3 Dlgs n.25/2008 rilasciato al richiedente asilo che non possa ottenere la protezione internazionale ma per il quale la Commissione Territoriale ritenga sussistenti il rischio di persecuzione o di tortura nel caso di rientro nel paese di origine³⁰.

L'iscrizione al SSN ha durata pari a quella indicata sul permesso di soggiorno, è rinnovabile, non decade in fase di rinnovo del permesso di soggiorno.

Nel 2015 diciotto organizzazioni hanno denunciato in una lettera aperta al Ministero della Salute l'inadeguatezza della normativa italiana in materia di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Per la normativa europea i richiedenti protezione possono contribuire a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria solo qualora dispongano di sufficienti risorse, se ad esempio sono stati occupati per un ragionevole periodo di tempo³¹.

Il richiedente protezione internazionale viene equiparato al disoccupato con diritto all'esenzione solo per il periodo in cui non è autorizzato a svolgere attività lavorativa, periodo ridotto dal 'decreto accoglienza' a sessanta giorni³². Alla fine di questo periodo, il richiedente protezione perde il diritto all'esenzione, che abbia o meno trovato effettivamente un lavoro³³.

La Regione Lazio, nonostante avesse stabilito che il diritto all'esenzione era valido per tutta la durata del permesso di soggiorno³⁴, aveva dovuto modificare il decreto limitando il periodo di esenzione a soli sei mesi, sulla base dei rilievi sollevati dai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute³⁵.

Nel 2021 il codice di esenzione E06 viene nuovamente esteso per tutta la durata della richiesta di protezione, fino alla definizione della pratica, incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego³⁶.

In egual modo, nel caso dei minori stranieri non accompagnati, la Regione Lazio aveva dovuto limitare il periodo di esenzione ai sei anni di età. Alla fine del 2020 il codice di esenzione E05 è stato esteso nuovamente a tutti i minori di anni diciotto privi di un sostegno familiare, come previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2020 (legge n.160 del 27 dicembre 2019)³⁷.

³⁰ Nella nuova formulazione conseguente al DL n. 130/2020, è un permesso della durata di due anni, rinnovabile e convertibile in permesso di soggiorno per lavoro.

³¹ Art.17 par.4 Direttiva 2013/33/UE

³² Art.22 Dlgs n.142 del 18 agosto 2015

³³ Ministero della Salute Circolare n. 29186 del 3 novembre 2015 *Richiesta di chiarimenti sul pagamento del ticket a carico dei cittadini stranieri richiedenti asilo*

³⁴ DCA n.U00158 del 19/05/2014. Il decreto ha introdotto nuovi codici di esenzione ticket: E05 per minori stranieri non accompagnati, E06 per richiedenti protezione internazionale, E07 titolari di codice ENI, E08 titolari di codice STP

³⁵ DCA n.U00366 del 31/10/2014. La Regione Lazio era sottoposta a "Piano di rientro", gli atti regionali sottoposti a verifica del governo centrale

³⁶ DGR n.134 del 16 marzo 2021; Circolare prot. n.270468 del 2 marzo 2021. L'esenzione ticket ha validità annuale, coincidente con la validità dell'iscrizione al SSN

³⁷ DGR n.280 del 11 dicembre 2020; Circolare prot. n.1129174 del 23 dicembre 2020

Altri nodi dell'accesso ai servizi

a) La legge n.132/2018 aveva abrogato il permesso di soggiorno per motivi umanitari e introdotto nuove tipologie di permessi per tutelare particolari condizioni vulnerabili, tra le quali il permesso di soggiorno per cure mediche, come modificato all'art.19 c. 2, lett. d bis Testo unico sull'immigrazione (*Divieti di espulsione e di respingimento. Disposizioni in materia di categorie vulnerabili*).

Questa modifica non riguarda lo straniero che entra in Italia con il visto per cure mediche al fine di sottoporsi a terapie o interventi chirurgici, come previsto dall'art.36 dello stesso Testo unico (*Casi di ingresso e soggiorno per cure mediche*).

Riguarda invece lo straniero che versa in "gravi condizioni psico-fisiche o derivanti da gravi patologie"³⁸, caso in cui non è ammessa l'espulsione o il respingimento perché potrebbe determinare un pregiudizio alla salute, un danno all'integrità fisica e psichica della persona.

Abbiamo avuto modo di sperimentare alcune distorsioni nell'applicazione della normativa.

Il permesso di soggiorno per cure mediche (ex art.19 c.2 l.d bis Dlgs 286/98) dà diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN. Il problema è sorto perché a questo permesso di soggiorno è stata data la stessa denominazione dell'altro titolo di soggiorno (ex art.36 Dlgs 286/98) che non permette l'iscrizione al SSN.

È accaduto a cittadini stranieri che il documento, rilasciato dalla Questura, riportasse solo la dicitura generica *cure mediche*, senza precisare che si trattava del nuovo permesso introdotto dal decreto, pertanto gli operatori di sportello non procedevano all'iscrizione al SSN.

b) I nuovi LEA hanno sancito l'obbligo dell'iscrizione al SSN dei minori stranieri a prescindere dal permesso di soggiorno, nella pratica non si può procedere all'iscrizione dei minori non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno perché privi di codice fiscale³⁹. La mancanza di disposizioni esecutive rende di fatto inefficace la normativa nazionale (NAGA 2019). In attesa di disposizioni ministeriali, la Regione Lazio ha stabilito che si possa procedere all'iscrizione al SSN e all'attribuzione del PLS dei minori stranieri in possesso di codice fiscale:

- 1 Figli di genitori precedentemente regolarmente soggiornanti, ai quali non è stato rinnovato il permesso di soggiorno;
- 2 Figli nati in Italia da genitori non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, ai quali all'atto dell'iscrizione anagrafica, è stato rilasciato il codice fiscale dalle autorità competenti.

Questa panoramica sull'assistenza sanitaria dei migranti, dei richiedenti protezione, mostra come le istituzioni procedono con il passo del gambero un passo avanti...due passi indietro...vengono emanate normative che introducono misure per limitare diritti inalienabili, normative inclusive sono rese di fatto inoperanti per il mancato adeguamento delle procedure applicative. Durante la pandemia Covid-19 abbiamo assistito all'aumento delle disuguaglianze e a politiche poco attente alle fasce di popolazione vulnerabili, interventi di prossimità (Golfo F, Iannace A, Scardala S 2021) e azioni di advocacy (Bonciani M et al 2017) hanno permesso il reale esercizio del diritto alla salute da parte di migranti, di richiedenti protezione.

La prossimità è il luogo delle relazioni che ridefiniscono i contorni della sanità pubblica, le interazioni/intersezioni delle reti locali. L'impegno è perseguire azioni di *advocacy critica* che permettano di modificare le scelte politiche disattenti agli *invisibili* (Soumahoro A 2021)⁴⁰, attraverso due principali modalità (SIMM 2020):

- 1 Farsi "portavoce" dei gruppi di popolazione vulnerabili e marginali che non riescono a veder tutelati i propri diritti;
- 2 Promuovere processi di autonomia e auto-organizzazione dei migranti, protagonisti nel rivendicare i propri diritti.

³⁸ La formulazione è stata introdotta dal DL n.130/2020, la precedente versione in vigore prevedeva il divieto di espulsione o di respingimento degli stranieri in condizioni di salute di particolare gravità. Il Questore rilascia un permesso di soggiorno per cure mediche valido per il tempo attestato dalla certificazione sanitaria e comunque per un periodo non superiore ad un anno. Il titolo di soggiorno è rinnovabile finché persistono le condizioni di salute citate.

³⁹ Regione Lazio. Nota n.461873/GR11/15 del 11 agosto 2014 *Iscrizione al SSR di minori stranieri non appartenenti alla U.E, figli di genitori non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP)*.

⁴⁰ Articolo a nome della *Comunità degli Invisibili in movimento*. Aboubakar Soumahoro è nato in Costa d'Avorio nel 1980 e si è laureato in Sociologia a Napoli nel 2010. Sindacalista e attivista, si è occupato della tutela dei diritti dei braccianti, di organizzare le diverse istanze del popolo degli invisibili

Bibliografia

Bonciani M, Calacoci M, Gnolfo F, Surace L. *Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dalle esperienze della SIMM e dei Grls. Sistema Salute 2017 luglio-settembre; 61 (3):*
https://www.isde.it/wp-content/uploads/2019/08/sistema_salute_2_2019_isde.pdf

EASO (European Asylum Support office). *Guida alle condizioni d'accoglienza: norme operative e indicatori, settembre 2016* <https://easo.europa.eu/sites/default/files/Guidance-on-ReceptionConditions-IT.pdf>

Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche sociali. Quaderni di InformaA-rea, n.7, giugno 2010.*

Giunti S. *L'accesso ai servizi sanitari degli immigrati in Italia. Analisi delle problematiche attraverso la metodologia della growth diagnostic. In: Jura Gentium, rivista filosofica del diritto internazionale e della politica globale, 2011*
<https://www.juragentium.org/topics/global/it/giunti.htm>

Gnolfo F. *Analisi di un modello di rete socio-sanitaria. La storia. Le storie della rete GrlS Lazio. In: Geraci S, Gnolfo F (eds). In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Bologna, Pendragon editore, 2012*

Gnolfo F, Iannace A, Scardala S. *Emergenza sanitaria e violenza simbolica. Etnografie della rassegnazione nelle esperienze di medicina di prossimità. In: Osservatorio sulle Migrazioni a Roma e nel Lazio (sedicesimo rapporto). Centro ricerche e studi IDOS, 2021*

Maffini F. *"Sanità Etnica più federalista". Il Sole 24 ORE, 10 settembre 2006*

NAGA. *Olivani P, Panizzut D (eds) Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale. Rapporto 2019. Milano, 9 ottobre 2019* https://naga.it/wp-content/uploads/2019/10/NAGA_LEGISLAZIONE_SANITARIA-6.pdf

SIMM-Consiglio di presidenza Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. *Bodini C, Bonetti M, Calacoci M; Di Maria E; Gattiglia N, Lanotte A, Rinaldi A (eds). Documento di lavoro "Organizzazione e gestione dei processi di advocacy", 2020.*

Soumahoro A. *"Siamo gli invisibili, decidetevi a guardarci". L'Espresso, 15 febbraio 2021*

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

Di Francesco Colosimo

Il percorso di assistenza: dall'individuazione alla riabilitazione

Introduzione

Nelle *Linee Guida per l'identificazione e il trattamento delle vittime di violenza intenzionale- (2017)* veniva messo in evidenza che i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche e che, come indicato da diversi studi, circa il 25-30% dei rifugiati ha subito esperienze di tortura, stupro o altre forme di violenza estrema.

I traumi estremi sono traumi di natura interpersonale ripetuti o prolungati nel tempo, subiti in regime di coercizione o di impossibilità alla fuga.

Si stima che il 33-75% dei sopravvissuti a traumi estremi, sviluppino, nel periodo successivo all'esperienza traumatica un disturbo francamente psicopatologico, che impatterà anche sulle generazioni successive (tortura transgenerazionale) (*Linee Guida per l'identificazione e il trattamento delle vittime di violenza intenzionale- 2017*).

Le conseguenze degli eventi traumatici subiti possono essere spesso disturbi psicopatologici di grado lieve e moderato e sintomi o disturbi latenti o subclinici, ma altre volte esitano in disturbi di maggiore gravità.

Una caratteristica del gruppo di altamente vulnerabili è quella di tendere al peggioramento o alla cronicizzazione dei disturbi in assenza di un adeguato trattamento.

In più, in situazione non facili, di sospensione rispetto al proprio futuro e alla decisione delle commissioni, delle lungaggini burocratiche, cioè di fronte a quei fattori che possono rappresentare una ritraumatizzazione, possono emergere sintomi e i disturbi che sino a quel momento non si erano presentati.

Gli eventi traumatici che colpiscono i richiedenti e titolari di protezione internazionale determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività.

Non è raro inoltre che un disturbo post-traumatico complesso non diagnosticato sia la causa dei ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso d'integrazione/autonomia.

È quindi importante identificare precocemente le persone vulnerabili per prevenire l'insorgenza di disturbi psichici e prendersi cura del disagio psichico già emerso, ed è importante all'interno della categoria dei vulnerabili individuare la categoria ad alto rischio di sviluppare gravi disturbi: Depressione, PTSD, dissociazione post-traumatica e modificazioni della personalità indotta dalla tortura.

Eventi traumatici

Parliamo di eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri e parliamo di tortura.

Esistono molte definizioni di tortura: possiamo qui riportare la definizione dell'ONU, del 1984: tortura è "ogni atto mediante il quale siano inflitti intenzionalmente a una persona dolore o sofferenza gravi, sia fisiche che mentali,...

.inflitto o istigato con il consenso di un pubblico ufficiale o altra persona che agisce ufficialmente per conto di un governo” .

La tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali vengono praticate sistematicamente in numerosi paesi del mondo e rappresentano eventi “al di fuori delle comuni esperienze umane” come definito nel DSM IV (2006) dall'APA (American Psychiatric Association).

Sono eventi drammaticamente straordinari che mettono a dura prova le normali capacità umane di elaborazione, integrazione e adattamento.

Il trauma “psico-politico” subito dalle vittime di tortura è fra le peggiori che l'essere umano possa immaginare e subire; esso viene inflitto volontariamente dall'uomo al fine di distruggere la persona e privarla della sua identità culturale e sociale (Sironi, 2001).

I metodi di tortura sono numerosi e si può fare una distinzione tra tortura fisica, tortura psicologica, tortura sessuale. Si rimanda per approfondimento alla classificazione del Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999).

La tortura ha come obiettivo esplicito quello di estorcere informazioni, di ottenere testimonianze false, di vendetta. Gli obiettivi impliciti della tortura sono invece quello, di distruggere una personalità, di distruggere un corpo sociale, di privare la persona della propria identità, di isolarla socialmente, di far sentire il torturato non più appartenente al genere umano.

La tortura produce nella vittima un senso profondo di impotenza: nella sessione di tortura il potere è tutto nelle mani dell'altra persona e anche se nella situazione presente non è più così, la persona che è stata torturata tende a mantenere un profondo senso di impotenza e in questo modo il potere del torturatore continua ad agire.

La tortura produce altresì profonda sfiducia in sé stessi e negli altri, difficoltà a legarsi e a fidarsi dell'altro e un attacco al senso dell'identità personale: la vittima perde il controllo di sé e perde la propria individualità. Può produrre anche una difficoltà a pensare in termini logici, e a perdere i nessi di causalità e una difficoltà a organizzare nel tempo i ricordi del passato (memoria traumatica) per cui la vittima può fare una narrazione confusa della sua storia, tende a invertire gli eventi e a produrre un racconto incoerente e frammentato.

Fattori traumatizzanti e reazioni psicopatologiche al trauma

I traumi che la persona subisce possono essere occorsi prima, durante o dopo la migrazione.

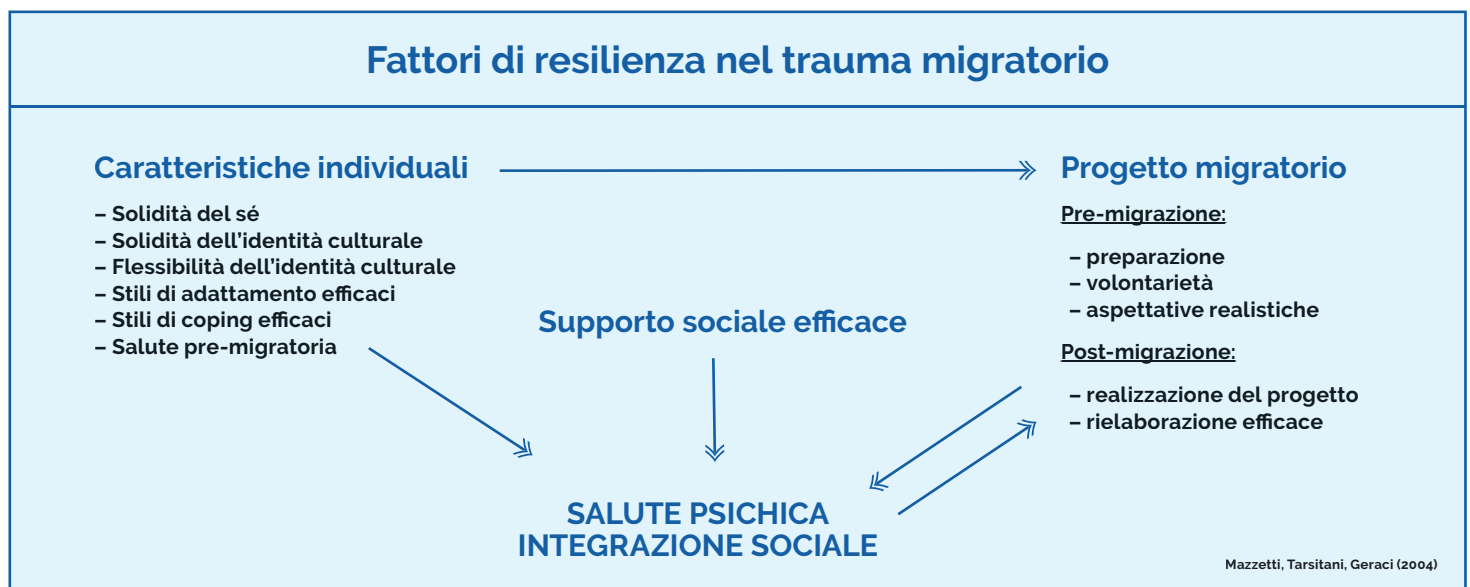


Non tutte le persone esposte ad eventi traumatici sviluppano una sintomatologia psichica e le variabili in gioco sono numerose (personalità, fattori socioculturali ecc.). Possiamo evidenziare fattori di vulnerabilità e fattori di resilienza che entrano in gioco in questo processo.

Fattori di resilienza e di vulnerabilità nel trauma migratorio

Sulla base delle esperienze cliniche e di quanto riportato dalla letteratura scientifica possiamo raggruppare i fattori di resilienza in due insiemi principali, quelli che fanno capo alle caratteristiche individuali e quelli connessi al progetto migratorio dell'individuo. Un terzo gruppo rilevante può essere individuato nel supporto sociale che l'immigrato trova sul suo cammino (Aragona et al 2014).

Questi fattori di resilienza validi per il trauma migratorio in generale, possono essere altrettanto validi anche quando valutiamo le persone che hanno subito traumi intenzionali.



Tra i fattori di resilienza possiamo mettere in evidenza la solidità del Sé e il Supporto sociale adeguato: i migliori esiti dopo un trauma dipendono dalla capacità di mentalizzare, cioè di concettualizzare sé e gli altri in base ai pensieri e alle emozioni di ciascuno e di comportarsi di conseguenza (Allen et al., 2004; Allen, 2006); Fonagy e collaboratori (1994) sostengono che questa capacità è un fattore chiave nel promuovere la resilienza.

D'altra parte sappiamo che uno degli effetti della violenza intenzionale (spesso espressamente cercato da chi la perpetra) è quello di danneggiare il Sé delle persone rendendolo più fragile, di mettere fuori uso i loro meccanismi di coping e di scompaginare le dinamiche di attaccamento (Sironi, 1999).

Un **supporto sociale** efficace, quello in grado di sostenere l'individuo sia emotivamente sia nei suoi bisogni materiali, e che può essere dato da familiari e amici, agenzie pubbliche o del privato sociale, è un fattore di resilienza; viceversa la sua assenza e precarietà, come avviene molto spesso nel caso della popolazione che stiamo considerando, costituisce un fattore di vulnerabilità: spesso il rifugiato arriva solo in un paese non scelto: anche quando il richiedente asilo si muova in gruppo, le persone con cui fugge possono non essere in grado di offrirgli supporto sociale, perché anch'esse traumatizzate e sofferenti.

Migrazione e Salute Mentale

Fattori di vulnerabilità

Caratteristiche individuali

- Solidità del sé
- Fragilità dell'identità culturale
- Stili di attaccamento deficitari
- Stili di coping inefficaci
- Morbilità pre-migratoria

Progetto migratorio

- assente (migrazione forzata)
- fallito (o minaccia di fallimento)

Altri fattori

- stress da transculturazione (shock culturale)
- perdita di status
- nostalgia, lutto
- supporto sociale assente o inadeguato

**SOFFERENZA PSICHICA
EMARGINAZIONE SOCIALE**

Mazzetti, Tarsitani, Geraci (2004)

Per quanto riguarda il **progetto migratorio**, diversi studi che si occupano di salute mentale e migranti mettono in evidenza che il fallimento del progetto migratorio è uno dei principali fattori di rischio psicopatologico e, al contrario avere un progetto e realizzarlo è un fattore protettivo (Mazzetti, 2003, 2008). Le vittime di migrazioni forzate: rifugiati e richiedenti asilo sono persone che migrano senza un progetto, se non quello immediato di salvare la loro vita, e sono quindi esposte ad un maggiore rischio psicopatologico. Altri fattori di vulnerabilità di rilievo sono la perdita di status sociale e la povertà, entrambe condizioni molto frequenti per i rifugiati.

Da tutto ciò risalta come il rifugiato si configura come un immigrato in cui i fattori di vulnerabilità sopravanzano ampiamente quelli di resilienza e come **i fattori sociali e sanitari** che il Paese di accoglienza deve mettere in atto sono fondamentali per prevenire eventuali malattie ed eventi psicopatologici e per tutelare chi è più vulnerabile.

Riconoscimento e prevenzione

I problemi mentali conseguenti alla tortura sono diversi: studi epidemiologici hanno evidenziato che i due quadri clinici psichiatrici più frequenti nelle popolazioni di rifugiati sono il **Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)** e i **disturbi depressivi**.

Anche altri disturbi d'ansia, i disturbi da somatizzazione e altri sintomi di disagio "misti" sembrano estremamente probabili in questi gruppi (Aragona et al., 2012a, 2012b, 2013; Turner e Gorst-Unsworth, 1990). Anche i quadri psicotici sembrano essere in aumento in questa popolazione, ma è necessario fare molta attenzione perché spesso le vittime manifestano ricordi associati alle violenze subite, intrusioni e non allucinazioni, una sintomatologia che può condurre a diagnosi non corrette. Nella nostra esperienza clinica non sembrano essere rare **reazioni paranoide** che a volte configurano un vero e proprio quadro di disturbo della personalità.

Sintomi del PTSD

Possiamo suddividere i sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico nei seguenti gruppi: (American Psychiatric Association, 2013)

ALTERAZIONI MARCATE DELL'AROUSAL E DELLA REATTIVITÀ

Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi

nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
Comportamento spericolato o autodistruttivo.

Ipervigilanza.

Esagerate risposte di allarme.

Problemi di concentrazione.

Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

SINTOMI INTRUSIVI

Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico.

Incubi.

Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando.

Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

SINTOMI di EVITAMENTO

Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

ALTERAZIONI NEGATIVE di PENSIERI e EMOZIONI

Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico.

Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri, o al mondo.

Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico, che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.

Persistente stato emotivo negativo (per es. paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna).

Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.

Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.

Persistente incapacità di provare emozioni positive.

Non sempre troviamo il quadro un PTSD conclamato, ma più spesso volte il paziente presenta solo una piccola parte dei sintomi del PTSD, con il rischio che il quadro post-traumatico non venga riconosciuto. Ad esempio: difficoltà a dormire o eccessiva sonnolenza, difficoltà di concentrazione, umore depresso, mancanza di iniziativa, difficoltà nell'apprendimento dell'italiano. In questi casi sapere che questi problemi possono essere la spia di problematiche più ampie può consentire di attivare la necessaria rete di supporto, senza limitarsi a un intervento meramente psicofarmacologico.

Disturbi associati frequentemente al PTSD

DISTURBI PSICOSOMATICI

La persona può presentare una serie di sintomi vissuti a livello somatico, come se fossero patologie internistiche, dolori di vario tipo, in varie parti del corpo. Occorre invece che il clinico sia formato a riconoscere il disagio psichico

che sottende questa sintomatologia somatica. Le somatizzazioni non sono necessariamente un sintomo post-traumatico, ma le ricerche hanno messo in luce, nei migranti, una chiara correlazione tra esperienze traumatiche, somatizzazioni e sintomi post-traumatici. Occorre quindi prestare una particolare attenzione a questi segni, che possono essere il segnale visibile di una sintomatologia post-traumatica di cui la persona non parla.

DISTURBI DEPRESSIVI che possono manifestarsi con:

- Umore depresso
- Sentimenti di disperazione
- Marcata diminuzione di interesse per tutte le attività
- Insonnia o ipersonnia
- Faticabilità
- Sentimenti di colpa e autosvalutazione
- Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
- Pensieri ricorrenti di morte

DISTURBO da ABUSO DI SOSTANZE

- Dipendenza da alcolici, sostanze psicotrope, farmaci.

L'abuso di sostanze è frequente in pazienti con patologia post-traumatica i quali spesso hanno un vissuto depressivo così importante da aver bisogno di gestirlo con varie forme di automedicazione come l'abuso di alcool o altre sostanze che hanno un effetto prevalentemente sedativo e/o "rilassante" (come la cannabis).

DISTURBI DISSOCIATIVI

DEPERSONALIZZAZIONE

- Persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo (per es., sensazione di essere in un sogno;
- sensazione di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo).

DEREALIZZAZIONE

- Persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (per es., il mondo intorno all'individuo viene da lui vissuto come irrealistico, onirico, distante o distorto).

AMNESIA DISSOCIATIVA

- Incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche

DISTURBI DELLA MEMORIA

- Alterazioni della memoria esplicita

Ri-traumatizzazioni e qualità dell'accoglienza

Le difficoltà di vita post-migratorie come le barriere burocratiche e amministrative nel percorso di riconoscimento della protezione, le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari, la povertà, la disoccupazione, i problemi di alloggio, la preoccupazione per le sorti dei familiari rimasti a casa, il senso di disperazione e inutilità sono responsabili di un peggioramento significativo dei sintomi post-traumatici.

La letteratura psichiatrica è ricca di evidenze secondo cui le cosiddette "*post-migration living difficulties*" (difficoltà

esistenziali post-migrazione), cioè le condizioni di vita che i rifugiati trovano nel paese ospite, giocano un ruolo paragonabile all'entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica, e in alcuni casi anche maggiore (Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998, Aragona et al., 2012a).

La qualità dell'accoglienza incide quindi notevolmente sulla salute mentale di queste persone: è ormai chiaramente dimostrato che i migranti che vengono rinchiusi in centri come i CIE, a distanza di anni da quest'esperienza stanno ancora male e hanno livelli di funzionamento e integrazione sociale nettamente peggiori di coloro che sono stati accolti in un percorso di accoglienza adeguato (Steel et al., 2011).

Anche una ricerca di Medici per i Diritti Umani (Barbieri et al., 2020) evidenzia che fattori di stress post-migratori, come ad esempio condizioni di vita precarie in grandi e sovraffollati centri di accoglienza, producono effetti negativi sulla salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo al pari delle violenze subite nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria.

Questo è un problema di civiltà nelle politiche di accoglienza ma anche un problema medico: esporre questi pazienti a situazioni ritraumatizzanti così gravi e ripetute significa produrre, aggravare e cronicizzare sintomi psicopatologici invalidanti e ciò rende estremamente difficile il loro processo di integrazione sociale con conseguenti elevati costi sociali.

Esistono tra i vulnerabili quadri psicopatologici conclamati di grado medio-severo, che possono rapidamente peggiorare se non si mettono in atto trattamenti adeguati.

Per la natura dei disturbi che presentano e per le condizioni di vita che affrontano dopo il loro arrivo, queste persone hanno un'estrema difficoltà nel processo integrativo, nel processo verso l'autonomia. E tutto ciò implica gravi ricadute sul sistema di accoglienza e può determinare una difficile e lenta uscita di queste persone dal sistema di protezione nonché ricadute economiche sulla funzionalità del sistema.

Già nel seminario nazionale "La salute mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale" del 2010 veniva messo in evidenza che all'interno del gruppo ad alta vulnerabilità c'è una quota di queste persone, all'incirca del 8-10 % che possono essere definiti come «altamente vulnerabili ad alto rischio» (Germani 2010).

Queste persone devono essere trattate adeguatamente dal punto di vista medico, psicologico, farmacologico, supporto sociale, supporto legale, misure specifiche, introduzione nel mondo del lavoro con tipologie di tirocinio di tipo particolare. Lo stato di sofferenza della persona ospitata, in questi casi, si costituisce come ostacolo alla realizzazione del progetto individuale di inclusione sociale

Nelle linee guida del 2011 (Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali- linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione umanitaria) venivano evidenziati i limiti del sistema di accoglienza, dal momento che il disagio mentale presentato dai titolari/richiedenti protezione internazionale e l'emersione delle conseguenze fisiche e psichiche delle violenze intenzionali, politiche e culturali, da loro subite costituiscono possibili evenienze che sottopongono le strutture di accoglienza a particolari tensioni organizzative e professionali.

La complessità presentata dalle situazioni vulnerabili rappresenta un limite strutturale dell'azione dei centri di accoglienza, così come sono strutturati attualmente, comporta l'interazione costante e formalizzata con altri soggetti istituzionali.

Gli operatori dei centri di accoglienza si trovano a dover affrontare situazioni che esulano dalle loro competenze di accoglienza e supporto (acuzie psicopatologiche, rischi di comportamenti auto o etero-aggressivi, etc.).

Si registra una difficoltà, se non l'impossibilità, di individuare ed attivare luoghi tecnicamente idonei all'assistenza di queste persone, e ciò determina una loro permanenza indefinita nelle strutture di accoglienza.

E' necessaria allora una maggiore integrazione nella rete territoriale dei servizi.

Gli interventi integrati multidisciplinari e multiculturali devono pertanto articolare i trattamenti sanitari (approcci biomedici, psicoterapia e farmacoterapia) con gli interventi sociali, legali, economici.

La mancata attivazione dei servizi territoriali implica un mancato accesso ai diritti previsti dallo status di richiedente protezione internazionale e di titolare di protezione e può avere conseguenze non solamente dal punto di vista del singolo (una negativa retroazione sul percorso più strettamente sanitario e sulle prospettive di cura e riabilitazione), ma anche, più in generale, può causare un «sovraccarico del sistema di accoglienza dedicato che si trova a far fronte a percorsi di accoglienza sovradimensionati e senza termine.

Linee Guida per l'identificazione e il trattamento delle vittime di violenza intenzionale.

Le "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" (2017), sono state formulate per cercare risposte a queste difficoltà con l'obiettivo di una individuazione precoce e per attivare un lavoro di rete con i servizi sociali e sanitari territoriali.

Obiettivo principale delle Linee Guida

È **assicurare un'assistenza sanitaria** in linea con la necessità di tutelare i diritti di titolari e richiedenti lo status di rifugiato e protezione internazionale, delle persone che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità, che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, dei Dublinati, dei Diniegati e **fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale** attraverso percorsi per

- l'individuazione
- la presa in carico
- il trattamento

di vittime di violenza intenzionale e di tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria.

Strumento fondamentale è un approccio multidisciplinare, partecipato, integrato che prevede un **percorso di assistenza alle vittime, dall'individuazione non sempre facile ed evidente in questo tipo di situazioni alla riabilitazione**. A prescindere dai singoli professionisti presenti è necessario che, all'interno del percorso multidisciplinare, siano rappresentate le diverse aree di competenza: area "Sanitaria", area "Sociale", area "Giuridica", area "Mediazione»

Un focus specifico è stato previsto sulla **certificazione**, essenziale nell'iter della richiesta di asilo e sulla **mediazione** indispensabile per la costruzione della relazione oltre che sulla **tutela della salute degli operatori coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle vittime** e la loro formazione.

Le linee guida Forniscono indicazioni

- su come operare il **delicato passaggio di competenze tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati (SPRAR o altri programmi) e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria** in particolare in tutte quelle situazioni nelle quali è necessario assicurare una continuità terapeutico-assistenziale.

Le esigenze specifiche di richiedenti e titolari di protezione internazionale LGBTI

- Nell'ambito della violenza di genere assume particolare rilievo quella avente come matrice l'omotransfobia.

Le persone LGBTI (**lesbiche gay bisessuali transgender intersessuali**) infatti sono spesso vittime nel Paese di origine di **atti discriminatori o persecutori, inclusa la violenza fisica e psicologica**, che, per modalità, specificità e frequenza, possono avere un notevole impatto sul benessere psicofisico della persona. E' utile ricordare, inoltre, come i rapporti tra persone dello stesso sesso siano penalmente sanzionati, in alcuni casi con la pena di morte, in molti stati nel mondo. Per questo motivo, le persone LGBTI sono portatrici di **bisogni ed esigenze specifiche** nel corso di tutte le fasi della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale. Inoltre, per le persone transgender il rifiuto o l'impossibilità di accedere nel Paese di origine a trattamenti a sostegno del percorso di transizione, che vanno dalle terapie ormonali agli interventi chirurgici, rappresenta una forma grave di violenza psicologica in quanto negazione dell'identità di genere.

Particolare attenzione deve essere posta in presenza di richiedenti o beneficiari di protezione internazionale intersessuali, che potrebbero aver subito trattamenti medici o interventi chirurgici con fini di "normalizzazione" o adeguamento forzoso a un genere per i quali si raccomanda un'adeguata valutazione del caso specifico .

Percorso di assistenza: dall'individuazione alla riabilitazione

Individuazione Precoce

- Alcune vulnerabilità (minori non accompagnati, genitori soli, persone anziane, sopravvissuti a naufragio) possono risultare immediatamente individuabili durante la fase dello sbarco.
- In altri casi (come per le vittime di tortura o trauma estremo) le vulnerabilità non sono rilevabili durante le procedure di soccorso e identificazione al porto, spesso caratterizzate da tempo limitato e setting inadeguato.
- Nel caso di vulnerabilità acclerate si rende necessario l'immediato trasferimento delle persone in centri d'accoglienza dotati di servizi adeguati, anche al fine di predisporre gli ulteriori approfondimenti per una compiuta individuazione della vulnerabilità, in collaborazione con le ASL competenti per territorio.
- Tutti i rifugiati sono da considerarsi come soggetti potenzialmente vulnerabili poiché l'esilio è di per sé un'esperienza di tipo traumatico.
- La particolare vulnerabilità e il bagaglio di sofferenza di cui è portatore ogni rifugiato, non necessariamente e automaticamente però si traducono in disturbi psicopatologici.
- I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici.
- L'individuazione precoce di queste persone prevede una corretta e precoce valutazione clinico diagnostica e una appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

Secondo le Linee Guida il Programma per l'individuazione precoce prevede 3 livelli:

1° Livello

- Il **primo livello** di intervento dovrebbe prevedere la segnalazione, da parte degli operatori, del centro di accoglienza, dei richiedenti presumibilmente vittime di violenze estreme al **medico e allo psicologo del Centro di accoglienza**.
- l'elevata vulnerabilità sociale delle donne migranti, gli operatori della prima accoglienza devono considerare le **donne quali soggetti ad elevato rischio attuale e/o pregresso di violenze** e valutare il loro eventuale invio al colloquio con il personale medico e psicologico, adeguatamente formato al riconoscimento della violenza di genere.

2° Livello

- Il **medico e lo psicologo della struttura ospitante o di riferimento del Centro di accoglienza, attraverso alcuni colloqui ed eventualmente con il supporto di strumenti specifici** per l'individuazione precoce (questionario, intervista semi-strutturata, etc), valuteranno il grado di vulnerabilità e la probabilità che il soggetto abbia vissuto esperienze di tortura o altre forme di violenza estrema oltre a **indicare l'eventuale urgenza per il successivo invio presso Servizi specialistici (3° Livello)**.

3° Livello

- I RTP, individuati sulla base delle procedure di cui sopra, **saranno tempestivamente inviati, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d'accoglienza presso strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche, del SSN o da esso riconosciute, per la conferma diagnostica e la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva.**
- Tali strutture sanitarie avvieranno **percorsi multidisciplinari integrati nell'ambito dei servizi disponibili del SSN che può avvalersi di Associazioni e altre Istituzioni operanti sul territorio, individuate sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, di attenzione agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere, di multidisciplinarietà e di collaborazione con servizi dedicati ai RTP.**
- In particolare per le donne, riconosciute come vittime di violenza o vittime di tratta, le attività terapeutiche e di riabilitazione potranno essere svolte in collaborazione con i servizi territoriali dedicati alla violenza di genere e i programmi di protezione per le vittime di tratta.

Per i Minori stranieri non accompagnati

L'accoglienza rappresenta – nella quasi totalità dei casi – la prima fase della presa in carico del minore, sia esso inserito nel proprio nucleo familiare che non accompagnato. Ai minori deve essere garantito un percorso di accoglienza integrata in strutture di seconda accoglienza a ciò deputate. Qualora vi siano problematiche di natura psicologica e/o legate alla salute psico-fisica del minore, il personale operante nel centro di accoglienza deve procedere **all'invio del minore presso una struttura sanitaria o figure professionali deputate alla presa in carico terapeutica dello stesso.**

La mediazione culturale

Ci si deve adoperare per **rendere tutti i servizi culturalmente competenti**, producendo dispositivi organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati.

È insufficiente ai fini del riconoscimento e della presa in carico delle persone vittime di violenza e tortura, delegare esclusivamente a figure più o meno specializzate, collettive o individuali, il compito della comunicazione, della mediazione e della relazione

Le Linee Guida si concentrano quindi sull'individuazione precoce degli esiti dei traumi premigratori (tortura o violenza estrema) nella fase immediatamente successiva all'arrivo ma risultano in larga misura non ancora applicate, sia a causa dell'attuale riorganizzazione del sistema di accoglienza che per il fatto che rimangono delle indicazioni non vincolanti per il Servizio Pubblico.

Nelle Linee Guida, infine, sono poco definite le procedure previste per la tutela a lungo termine del benessere psico-sociale, presupposto indispensabile di ogni percorso di integrazione.

Accesso ai servizi di salute mentale

Esistono delle barriere di accesso ai servizi di salute mentale come riportato anche in un recente lavoro del progetto PSYCARE: Queste barriere hanno a che fare con:

- una maggiore difficoltà, sia da parte del migrante che da parte di chi è deputato a prenderlo in carico, a riconoscere il bisogno di cura in caso di sofferenza psicologica
- la scarsa conoscenza da parte di questa utenza del sistema di cura in ambito psichiatrico.
- barriere all'accesso legate alla scarsa permeabilità di servizi territoriali che sono spesso sovraccarichi e anche intimoriti dalle difficoltà che sorgono nella relazione terapeutica con un paziente di cui non si conoscono la lingua e la cultura.
- obiezioni di natura burocratica
- assenza dello psicologo nell'attuale organizzazione dell'equipe dei CAS, figura che facilitava la segnalazione ai servizi dei casi più problematici e sosteneva l'equipe del centro nella gestione interna delle dinamiche psicologiche e relazionali tra utenti.

Tale figura, purtroppo nei più recenti capitolati non è più prevista nei CAS.

- La scarsa disponibilità e lo scarso utilizzo nel Servizio Pubblico dei servizi di mediazione culturale,
- La carenza di una solida preparazione professionale e di attività formativa continua per gli operatori dei centri di accoglienza.

Progetti specifici nel servizio pubblico

Per tentare di superare alcune di queste difficoltà sono in atto negli ultimi anni alcuni progetti specifici con fondi Europei che hanno l'obiettivo di estendere territorialmente la risposta ai bisogni di salute mentale di questa popolazione ai quali fino ad ora risponde quasi esclusivamente, almeno nel territorio romano, il privato sociale, il centro di riferimento regionale del SAMIFO e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

Uno di questi nuovi progetti è il FARI 2 (Progetto Formare Assistere Riabilitare Inserire 2). Il progetto FARI 2, cofinanziato dall'Unione Europea e dal Ministero degli Interni (Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020), ha come obiettivo il rafforzamento dei servizi territoriali al fine di migliorare la risposta ai bisogni di salute fisica e mentale dei Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI).

La popolazione target è rappresentata dagli RTPI ospitati nei centri di accoglienza del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR e SIPROIMI) e nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS).

Obiettivo generale del progetto è quello di **fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei RTPI** (anche minori), attraverso azioni di sistema nei territori delle ASL regionali, rafforzando o sperimentando modelli di intervento sanitari integrati.

Obiettivi specifici sono:

- individuazione precoce e presa in carico nel sistema sanitario regionale dei RTPI e dei minori stranieri anche non accompagnati (attraverso il rafforzamento del PUA);
- attivazione e rafforzamento di modelli di intervento sanitario integrati;
- formazione degli operatori ASL e dei centri di accoglienza regionali;
- formazione e orientamento sanitario ai RTPI;
- valutazione dell'esperienza di assistenza sanitaria dei RTPI e le performance dei servizi sanitari regionali attraverso l'analisi dei dati raccolti.

Le attività previste per questo progetto nel territorio di Roma vedono il coinvolgimento dei Distretti socio-sanitari e del Dipartimento Salute Mentale attraverso:

- il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) attraverso la creazione di Centri di Orientamento Sanitari (COS) presso alcuni Distretti socio-sanitari;
- l'individuazione precoce del disagio mentale e la presa in carico nel Dipartimento di Salute Mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale che ne hanno bisogno.
- formazione presso i centri di accoglienza, finalizzata all'addestramento degli operatori sul riconoscimento precoce delle vittime di tortura
- accoglienza presso centri unici aziendali o presso sportelli di ascolto ubicati presso alcuni centri di salute mentale
- valutazione del bisogno emerso e eventuale invio del paziente presso i Servizi territoriali competenti.
- È previsto che le attività vengano svolte da una équipe multidisciplinare.

La certificazione medica degli esiti di violenza

La parte che segue sulla certificazione è interamente tratta dal libro curato da Carlo Bracci e in particolare dai contributi di Carlo Bracci, Gabriele Norcia, Monica Ciardi, al quale si rimanda per una trattazione completa. Gli schemi in coda che riportano dei modelli di certificazione sono invece tratti dalle Linee Guida del 2017.

La certificazione medica degli esiti di violenza si basa sul sapere della Medicina Legale e su un insieme di norme di diritto internazionale a tutela dei diritti civili che hanno riflessi anche nella pratica medico legale: la Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo (1948), il Patto ONU sui diritti civili del 1966, la Convenzione ONU contro la tortura e altre pene o trattamenti inumani o degradanti del 1984 segnano un progressivo avanzamento nella tutela dei diritti umani. Particolare importanza per il nostro lavoro ha poi il "Manuale per lo studio e la documentazione della tortura e di altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti", elaborato nel 1999 da esperti di 37 organizzazioni di tutto il mondo, denominato Protocollo di Istanbul, a cura dell'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite (UNHCR, 1999).

Altro elemento da tener presente ai fini del **riconoscimento dello status di rifugiato** è che la giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea ha affrontato problemi di interesse medico legali e ha così stabilito una inversione dell'onere della prova in casi in cui erano state denunciate violenze subite in carcere: non è la vittima che deve dimostrare che è stata l'autorità di polizia a causargli lesioni, ma è il Governo che deve dimostrarne la causa. Il

richiedente deve provare, quanto meno in via presuntiva, il concreto pericolo cui andrebbe incontro con il rimpatrio, precisando l'effettività e l'attualità di esso.

L' esame della domanda del richiedente da parte della Commissione Territoriale deve essere fatto su base individuale, attraverso la **valutazione**: a) di tutti i fatti pertinenti che riguardano il paese d'origine, b) della dichiarazione e della documentazione presentate dal richiedente: se ha già subito o rischia di subire persecuzioni o danni gravi; c) della situazione individuale e delle circostanze personali del richiedente, e d) deve stabilire se il richiedente è può essere esposto a persecuzione o a danno grave in caso di rientro nel paese.

Inoltre "il richiedente deve dimostrare di essere credibile, assolvendo al relativo onere probatorio secondo le regole del nostro ordinamento.

Il richiedente è tenuto a motivare la domanda di protezione internazionale, ma qualora taluni aspetti delle sue dichiarazioni non siano suffragati da prove documentali o di altro tipo, la loro conferma non è comunque necessaria se sono soddisfatte alcune condizioni le quali ricorrono quando: a) il richiedente ha compiuto sinceri sforzi per circostanziare la domanda; b) tutti gli elementi pertinenti in suo possesso sono stati prodotti ed è stata fornita una spiegazione soddisfacente dell'eventuale mancanza di altri elementi significativi; c) 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; d) 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; e) è accertato che il richiedente è in generale attendibile.

L'attività medico legale svolta nell'ambito della presa in carico dei richiedenti asilo e rifugiati ha diverse finalità:

- certificazione degli esiti di violenze subite nel paese di origine
- certificazione di malattie croniche e invalidanti che richiedono interventi terapeutici e riabilitativi non attuabili nel Paese di origine;
- certificazioni di infermità che per vari motivi controindichino il viaggio verso Centri lontani da Roma o verso il primo paese europeo in cui il rifugiato è arrivato secondo la convenzione di Dublino.

Il giudizio medico legale non può che essere basato sulla raccolta di indizi: i caratteri delle violenze subite sono quelli riferiti dai richiedenti asilo, raramente suffragati da prove testimoniali. Il giudizio si basa anche sulla conoscenza della diffusione delle pratiche di tortura nei paesi di origine.

Le lesioni sono viste a distanza di tempo dal momento delle violenze subite; in rari casi è disponibile una documentazione medica del paese di origine.

Il giudizio medico legale non può quindi che essere basato sulla raccolta di indizi, considerati nel loro complesso.

La certificazione medico legale deve essere inserita in un percorso terapeutico riabilitativo, durante il quale tutti gli operatori lavorano assieme nella raccolta di notizie utili per la preparazione all'esame della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato ed oltre al suo valore legale, ha un valore terapeutico: la stessa consegna della certificazione al richiedente asilo può assumere un significato simbolico: io, professionista del paese cui hai chiesto protezione, ho verificato la verità delle tue affermazioni. È un intervento speculare a quello del torturatore che spesso dice: non parlerai mai di quello che ti è stato fatto.

Certificare gli esiti fisici e psichici della tortura

Una disamina degli esiti fisici della tortura può essere tratta dal Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) oltre che dai testi di medicina legale.

La lesività medico legale, si distingue tenendo conto della particolarità dei vari agenti lesivi, dei loro meccanismi d'azione e della reazione organica all'azione traumatica violenta e può così essere riassunta:

1. lesività da energia fisica

- meccanica, sia esogena che endogena (lesioni da sforzo),
- Elettrica
- termica

- barica,
- radiante,
- fotica,
- vibratoria.

2. lesività da energia chimica

3. lesività da energia biodinamica

Per estensione, nel **trauma psichico** si comprendono tutte quelle alterazioni conseguenti ad azioni violente, tanto improvvise, quanto reiterate nel tempo come le aggressioni verbali, le intense emozioni come nel caso di uno spavento, che agiscono sulla psiche di un individuo, pur non essendo esse dotate di una energia fisica.

Il certificatore è chiamato a dover identificare le lesioni riportate durante pratiche di tortura, a volte anche a distanza di molti anni dall'avvenimento dei fatti, con non poche difficoltà nell'inquadrare correttamente ed adeguatamente la lesività riportata al fine di poter esprimere un giudizio medico legale più aderente alla realtà in accordo anche con il racconto del vissuto dell'interessato.

La visita e il giudizio medico legale

Il richiedente asilo, o il ricorrente in giudizio, giungono alla visita medico legale alla fine di un percorso in cui accoglienza sociale e psicologica si intrecciano con il momento diagnostico e terapeutico realizzato dal medico di medicina generale con il ricorso a visite specialistiche e ad accertamenti strumentali e di laboratorio.

L'intervento è complesso e si realizza in tappe successive: accoglienza, orientamento ed accompagnamento.

Durante questo percorso si stabiliscono relazioni utili per la comprensione da parte del richiedente asilo dei suoi diritti e per la preparazione all'audizione da parte della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato. La storia delle violenze subite è per quanto possibile ridotta. Questa parte del colloquio serve anche ad evidenziare i frequenti disturbi della memoria dei traumatizzati e per rilevare quadri che consiglino di allegare alla documentazione anche una relazione psichiatrica in genere già presente nel fascicolo nei casi gravi

Altre volte è sufficiente riportare, tra virgolette, le osservazioni dello psicologo e/o dello psichiatra, il numero e la data delle consultazioni, l'eventuale terapia prescritta.

Giudizio sul rapporto di causalità

Nella formulazione del giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze subite e le lesioni accertate riteniamo che bisogna adottare una terminologia coerente con il linguaggio correntemente usato in sede giudiziaria.

Quando il magistrato pone un quesito a un medico legale incaricato di una consulenza di ufficio, **richiede che il rapporto di causalità venga dimostrato in termini di elevata probabilità**: qualora il consulente si esprima in termini di possibilità (o anche di compatibilità) si intende che il rapporto di causalità non è dimostrato.

Può essere adottata la seguente terminologia distinguendo:

- **Lesioni che sono la conseguenza evidente di violenza intenzionale**; si possono escludere con criteri di elevata probabilità, prossima alla certezza, cause diverse.
- Tra queste rientrano gli esiti di falaaqa, di ustioni prodotte dallo spegnimento di sigarette, di sospensione, quando ai segni, mono o bi-laterali, del mezzo di contenzione ai polsi o alle caviglie si accompagnano lesioni tendinee e/o nervose
- **Lesioni che sono attribuibili a traumi inferti intenzionalmente con criteri di elevata probabilità.**

È il caso di esiti di ferite lacero contuse multiple, specie se sono presenti lesioni tipiche, come quelle da difesa e quelle riferibili a violenze con finalità sessuali; quelle provocate da mezzi di contenzione applicate ai polsi o alle caviglie.

- **Lesioni riferibili a violenze intenzionali, potendosi escludere cause accidentali, non strettamente riconducibili a tortura o trattamenti infamanti, quali le percosse.**

Allegato 1 - Schema di CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE / MEDICA

Redigere la certificazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura.

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico.
- Luogo di dimora.
- Struttura o professionista inviante.
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita.
- Descrizione di eventuali patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), rilevate, allegare i referti, se presenti, e ogni altra documentazione medica.
- Indicazione dell'eventuale documentazione psichiatrica psicologica o di relazione specifica ove presente, ed allegare.
- Indicazione di eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali ed allegare.
- Descrizione degli esiti traumatici evidenziati all'esame obiettivo (il riferimento scientifico è il protocollo di Istanbul).

Conclusioni che prevedano:

- Valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie descritte.
- Temporalità degli esiti fisici.
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica.
- Riferimento a eventuale certificazione psichiatrica/psicologica o/a referti significativi.
- Rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare.
- Giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal protocollo di Istanbul e riportate in legenda.
- Firma e qualifica del certificatore.
- Luogo e data della certificazione.
- La struttura e il contenuto della certificazione possono variare in relazione a formali quesiti/richieste da parte della commissione o del magistrato da riportare nella certificazione stessa.
-

LEGENDA da inserire a piè di pagina o sul retro della certificazione:

Formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul:

- *non compatibile*: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto.
- *compatibile*: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause.
- *altamente compatibili*: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili.
- *tipico*: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause.
- *specifico*: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto.

Allegato 2 - Schema di CERTIFICAZIONE PSICHIATRICA

Redigere la certificazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura.

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico.
- Struttura o professionista inviante.
- Luogo di dimora.
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita.
- Numero di visite effettuate e relative date.
- Patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), allegare la documentazione medica.
- Pregressa documentazione di interesse psichiatrico se presente.
- Anamnesi personale e familiare psichiatrica con particolare attenzione alle fasi pre, durante e post migratorie e ad eventuali esperienze traumatiche personali e familiari.
- Descrivere eventuali trattamenti e/o ricoveri in ambiente specialistico e allegare, ove presenti, referti e documentazione.
- Indicare ed allegare eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali.
- Descrizione dei principali sintomi psicopatologici.
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria.
- Trattamenti farmacologici e non.
- Decorso e prognosi.
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica.
- Indicazioni delle cautele da adottare in particolare durante l'audizione in commissione.

Conclusioni che prevedano:

- valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie sopradescritte,
- riferimento a eventuale certificazione medico-legale o medica o referti significativi,
- rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare,
- giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal Protocollo di Istanbul e riportate in legenda,
- firma e qualifica del certificatore,

luogo e data della certificazione.

Formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul:

- *non compatibile*: la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto
- *compatibile*: la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause
- *altamente compatibili*: la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto e ci sono poche altre cause possibili
- *tipico*: la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause
- *specifico*: la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto

Bibliografia

- Allen J.R., Bennet S., Kearns L. (2004) Psychological mindedness: A neglected developmental line in permission to think. *Transactional Analysis Journal*, 34: 3-9.
- Allen J.R. (2006) Oklahoma City ten years later. *Transactional Analysis Journal*, 36: 120-133.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Atti del seminario nazionale LA SALUTE MENTALE DI RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE - Verso una definizione di standard comuni di accoglienza e presa in carico specialistica - Roma, 21/4/2010
- Aragona M., Colosimo F. (2000) Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia: dati epidemiologici e psicopatologia clinica. *Psichiatria e Territorio*, 17: 1-6.
- Aragona M., Tarsitani L., Colosimo F., Martinelli B., Raad H., Maisano B., Geraci S. (2005) Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35: 241-248.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012a) Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9: 67-74.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013) Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 49: 169-175.
- Aragona M., Rovetta E., Pucci D., Spoto J., Villa A.M. (2012b) Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17: 477-91.
- Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di): *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*- Pendragon, 2014
- Barbieri A. et al (2020) (Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: A latent class analysis) *International Journal of Social Psychiatry*
- Cheung P. (1994) Post-traumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 40: 17-26.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgitt A. (1994) The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 231-257.
- Gorst-Unsworth C., Goldenberg E. (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172: 90-94.
- Mazzetti M. (2003) *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Carocci, Roma.
- Mazzetti M. (2008) *Trauma and migration. A transactional analytic*
- Mazzetti M. : *Strappare le radici- Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano- L'Harmattan Italia*, 1996
- Sironi F. (1999) *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture*. Odile Jacob, Paris.
- Turner S., Gorst-Unsworth C. (1990) The psychological sequelae of torture: a descriptive model. *British Journal of Psychiatry*, 157: 475-480.
- United Nations (1999): *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - Istanbul Protocol Submitted to the United Nations High Commissioner for Human Rights 9 August 1999*

Sitografia

AAVV . Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali – linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, 2011-
<http://www.comune.torino.it/pass/php/4/img/guide/accoglienza%20rifugiati.pdf>

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 - Ministero della Salute - 2017 -
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

Diritto di asilo e accoglienza dei migranti sul territorio.
<https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105104.pdf>

Bracci C. (a cura di) La Tutela medico legale dei diritti dei rifugiati Sviluppo Locale edizioni , 2009 - <http://www.cam-minidisalute.org/wp-content/uploads/2015/09/LA-TUTELA-MEDICO-LEGALE-DEI-DIRITTI-DEI-RIFUGIATI-Carlo-Bracci-2009.pdf>

Psychcare - **Psychiatric Services for Refugees** – Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati – Istituto Psicanalitico per le ricerche sociali , settembre 2020.

United Nations (1999): Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - Istanbul Protocol Submitted to the United Nations High Commissioner for Human Rights 9 August 1999

Valutazione e gestione delle manifestazioni cliniche dei disturbi da stress posttraumatico

Di Emilio Vercillo, Rossella Carnevali, Melania Guerra

Una introduzione alla patologia post-traumatica nei richiedenti protezione internazionale

di Emilio Vercillo

Quale trauma

Immaginiamo di essere stati coinvolti in un incidente stradale in cui delle persone siano rimaste uccise, e di essere stati trasportati in ospedale, visto la gravità dell'impatto, il fatto che abbiamo battuto la testa e le nostre gambe sono rimaste incastrate nell'auto deformata per l'urto. Una volta che, effettuate le dovute ricerche, viene constatato in Pronto Soccorso che non abbiamo riportato danni, ci viene comunque detto che le nostre gambe verranno comunque ingessate, e un neurochirurgo aprirà il nostro cranio esplorerà le nostre meningi, visto che siamo stati coinvolti in un trauma, e, anche se non sono state evidenziate fratture alle gambe o emorragie encefaliche, l'evento di cui siamo stati vittima giustifica le misure mediche proposte.

L'assurdità di tale ragionamento clinico, quando presentato in ambito medico generale, evidentemente non appare più tale se lo spostiamo al campo psicologico. Infatti nel nostro lavoro riceviamo moltissime richieste di presa in carico, giustificate unicamente sulla base della storia di violenze riferite dai singoli soggetti, nel paese di origine o durante il viaggio migratorio. Se la persona racconta di torture, maltrattamenti e violenze subite o cui ha assistito, ecco che scatta la richiesta di visita psichiatrica o psicologica, o di 'presa in carico per supporto psicologico'. Eppure la logica clinica non è differente rispetto alle fratture o alle emorragie: se non ci sono danni, lesioni, non si procede a interventi terapeutici. L'equivoco nasce anche dal termine *trauma*, usato in maniera estensiva e impropria. Infatti in medicina 'trauma' non è il fatto, l'evento, ma la lesione che ne consegue; se non ci sono conseguenze patologiche, non c'è trauma, c'è solo una brutta esperienza e dei brutti ricordi. Parliamo di *evento traumatico* o usiamo il termine *trauma* riferito a un evento solo se questo ha causato una delle forme patologiche riferibile al capitolo delle patologie post-traumatiche. L'evento quindi *causa* un trauma, non è in sé un trauma; anzi, come vedremo, sarebbe più corretto affermare che *può* causare un trauma.

Ritornando alla psicotraumatologia, definiamo trauma la reazione che accade nell'individuo, quando l'evento (o la serie di eventi): 1. supera la capacità di usare normali meccanismi di coping per adattarsi alla situazione, e sopravanza i suoi modi di resilienza; e 2. scompagina il quadro di riferimento individuale del soggetto. Entrambi questi fattori possono essere rivelati dalla comparsa di sintomatologia specifica. La metafora ortopedica della frattura ci verrà utile, visto che non solo l'*evento traumatico* (l'evento capace di provocare *in quel* soggetto un trauma) opera una frattura nel corso vitale dell'individuo, ma nel senso proprio di fratturare, dividere la persona con un disturbo post-traumatico in *parti*, o compartimentazioni del Sé. Diverso sarà il caso di vissuti traumatici infantili continuativi e ripetuti (come è anche una infanzia trascorsa nel contesto di una guerra), e/o in presenza di un *neglect* da parte delle figure di accudimento: qualora ciò porti a una condizione di disturbo dissociativo (la più grave delle patologie post-traumatiche), si tratterà, invece che di una frattura di un osso sano, di qualcosa equivalente a un deficit di ossificazione, del fallimento di quel processo relazionale che a partire da nuclei separati porta a un funzionamento integrato della persona, a un senso unitario del sé. In fondo continuiamo a pensare con Janet (1889) che "la salute mentale si caratterizza per un'alta capacità di integrazione, valido ad unire un'ampia gamma di fenomeni all'interno di una personalità". Con lo stesso autore definiamo con la parola *integrazione* quel processo adattativo che permette di assimilare nel corso del tempo e di contesti diversi le esperienze nel mondo esterno, e il senso dell'io del soggetto. Ed è proprio l'integrazione che supporta e rende possibile la regolazione delle emozioni e la capacità riflessiva.

Senza questa frattura della capacità integrativa non c'è patologia traumatica; neanche un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) semplice, che vede una parte della persona vivere ancora in un tempo passato (il tempo del trauma), per lo meno a livello corporeo e per reazioni riflesse del sistema nervoso autonomo.

È anche vero che (tornando all'esempio iniziale dell'incidente), se nell'esplorazione o nel periodo di osservazione seguito all'accidente scopriamo che quella persona soffre di un tumore o una tubercolosi, non si vincoleranno queste malattie all'incidente occorso, dato che evidentemente non hanno relazioni causali con quello. Come il tumore o la tubercolosi riscontrati in qualcuno che ha fatto un incidente, non è patologia psichica post-traumatica quella che non corrisponde ai *quadri clinici specifici* di tale patologia. Cosa che risulta d'altronde ben chiara nei pazienti rifugiati, in cui si è visto che la presenza di eventi traumatici trascorsi correla con disturbi post-traumatici, ma non correla con la prevalenza di disturbi depressivi, laddove altri fattori correlati con il *lutto migratorio* (tra cui il cosiddetto *trauma post-migratorio*) correlano con quadri depressivi, ma non con patologia post-traumatica. Contrariamente a una visione pan-traumatologica della psicopatologia, pensiamo che il nesso patogenetico tra l'evento traumatico e il quadro clinico post-traumatico vada conservato, pena conseguenze confondenti e pericolose. Una classica tecnica di mascheramento da servizi segreti è quella di annegare l'elemento informativo importante in mezzo a molti elementi simili, e dichiarare tutto di origine traumatica equivarrebbe a dire che in conclusione niente lo è, visto che si tratta di un fattore aspecifico, come accade ad esempio nel DSM-5, in cui per ben 43 diagnosi si invocano come antecedenti fattori stressanti gravi o traumatici.

Qualunque sia il tipo di evento potenzialmente traumatico, resta il fatto che il trauma è specifico della persona: due persone che vedono o sperimentano lo stesso evento o trauma possono non reagire nella stessa maniera. Di fatto risulta accertato che quello che è traumatico per una persona può non esserlo per un'altra, e le percentuali di patologia traumatica risultante dopo l'esposizione diretta o indiretta a un'esperienza di abuso sono sorprendenti. È qui il caso della spesso citata frase di Allport "The same fire that melt the butter hardens the egg", lo stesso fuoco che scioglie il burro rassoda l'uovo.

Infatti l'incidenza di patologia post-traumatica che segue a un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni. È vero che tra trauma di tipo 1 e trauma di tipo 2 le percentuali aumentano considerevolmente, tra il 10-20 % del tipo 1 e il 33-75 % del tipo 2 nelle varie indagini (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995), ma come si vede le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni (che sono in genere di prevalenza e non di incidenza), e non coprono il 100% dei casi. Prendiamo per esempio una condizione estrema di violenza subita come la tortura⁴¹. Anche nel caso della tortura, che è il maggiore singolo determinante per una patologia post-traumatica, il risultato da un punto di vista psicologico non sarà uguale per tutti (Schubert, Punamäki 2016), e le stime di prevalenza nella popolazione di torturati si aggirano tra il 31% (Steel et al. 2007), e il 45% (Johnson & Thompson 2007). Se ne parlerà più estesamente nel capitolo 6 sulle Voci del torturatore, ma quello che risulta evidente da questi dati clinici è che l'attenzione si sposta dalla semplice rilevazione di patologie causate da violenza (più propriamente dalla diade abuse/neglect, abuso/trascuratezza), alla domanda di cosa allora ha altrettanto o maggior rilievo rispetto all'esperienza traumatica (viste le stime percentuali mostrate sopra) per favorire o proteggere dagli esiti clinici. O, se si preferisce, il fuoco si sposta da una serie di considerazioni morali e politiche sulle conseguenze dell'azione crudele dell'uomo sull'uomo, a ragionamenti di natura scientifico clinica: la confusione tra i piani morale-politico e quello scientifico ha portato, a nostro giudizio, più limitazioni e incomprensioni che vantaggi in questo settore, per non parlare di quanto ha allontanato da una pratica terapeutica utile per il paziente.

Se ora passiamo ad esaminare le esperienze che hanno avuto conseguenze traumatiche nei nostri pazienti, vi troviamo eventi violenti che vanno dal vivere costantemente sotto una condizione di guerra nell'infanzia, fino alla tortura da adulto, passando attraverso abuso/violenza fisica e/o sessuale, perdite traumatiche improvvise e violente, prigionia, neglect severo, e molte altre. Ma quello che è importante sottolineare è il fatto che non è necessario che il

⁴¹ Per evitare, come nel caso di evento traumatico, di confondere tutto in una categoria confusa e onnicomprensiva, la parola *tortura* non designa tutti i trattamenti disumani, crudeli e degradanti, ma solo quelli messi in opera a) **per uno scopo preciso**, come ottenere informazioni, o fare pressione sui familiari per ottenere altri soldi -come accade in Africa da parte dei trafficanti di uomini del Sahel o della Libia su chi fugge-, e b) **con una modalità ripetitiva**, con una certa continuità (tale che anche l'attesa angosciata della prossima seduta di tortura abbia in sé effetto torturante).

soggetto sia stato direttamente vittima di tali violenze per sviluppare una patologia post-traumatica: basta che abbia assistito come testimone diretto a quanto è accaduto, o che in particolari condizioni abbia anche solamente ascoltato il racconto di tali violenze. Quest'ultimo è quello che si chiama *trauma vicario*, la forma di trauma cui siamo esposti tutti noi nell'esercizio del lavoro, e tutto il personale che spesso con scarsa formazione viene arruolato nei campi di accoglienza ed esposto al trauma e alla sua narrazione (ne parlerà M.Guerra più avanti).

Un'altra distinzione che può farsi negli eventi traumatici, a partire da Terr (1991) è quella tra *traumi di tipo 1* e *traumi di tipo 2*.

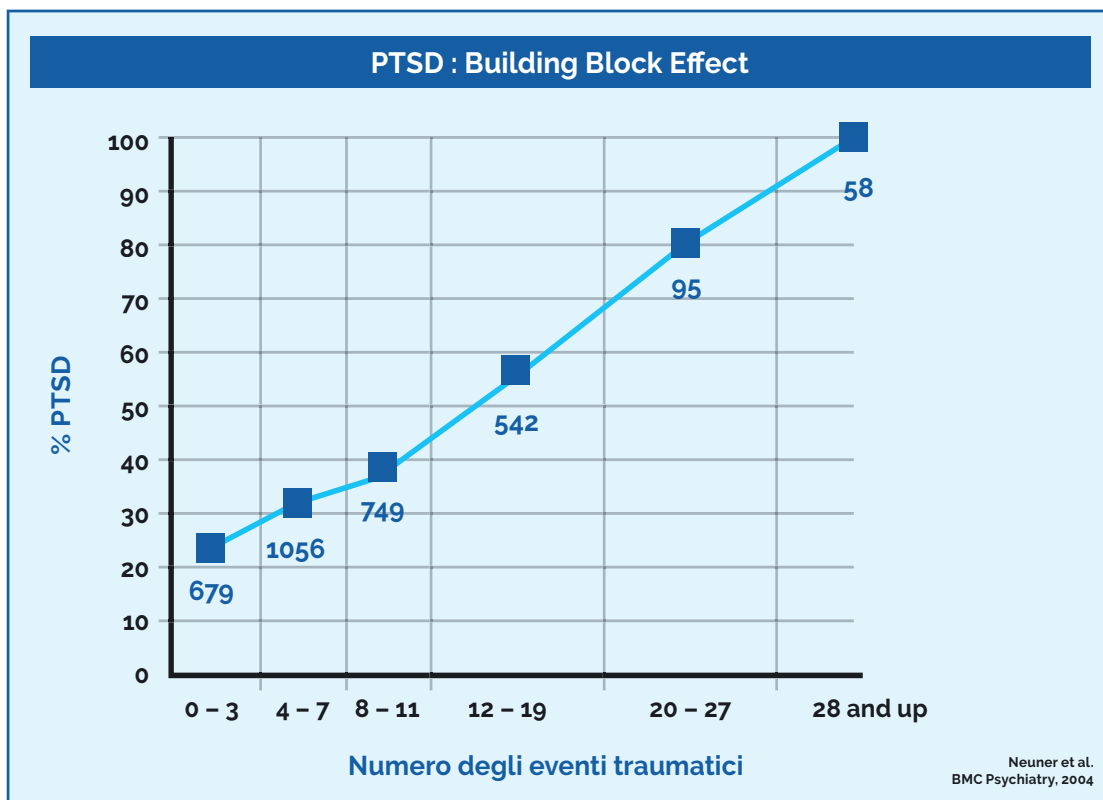
Il **tipo 1** è costituito da un trauma singolo, insorto all'improvviso e inatteso, come disastri naturali, attacchi terroristici, incidenti drammatici.

Il trauma di **tipo 2** invece si riferisce a **trauma complesso** ripetitivo: abusi continuati, violenza domestica, violenza di gruppo nella comunità, guerra, genocidio. Normalmente comporta un tradimento fondamentale della fiducia all'interno di relazioni primarie, e compromette lo sviluppo bio-psico-sociale ed emozionale.

All'interno del tipo 2 si distingue il tipo 2a (traumi multipli esperiti da individui provenienti da backgrounds relativamente stabili, che hanno risorse sufficienti per gestire meglio gli eventi traumatici), e il tipo 2b in cui i traumi multipli sono così soverchianti che la persona quasi non può distinguerli l'uno dall'altro, e in cui la resilienza risulta danneggiata: nel tipo 2b(R) vengono messi gli individui che possiedono capacità di resilienza al principio, mentre nel tipo 2b(nR) risorse di resilienza in loro non sono mai state presenti. Le caratteristiche del trauma complesso sono insomma il fatto che avvenga durante l'infanzia o l'adolescenza, in una finestra d'età sensibile per lo sviluppo dell'identità personale e della relazione con gli altri e col mondo; e soprattutto che distrugga o distorca il fondamentale senso di sicurezza offerto da parte delle figure deputate a fornirlo (creando un fallimento delle relazioni di attaccamento), e il tradimento della fiducia nelle stesse (Cortois & Ford 2009). Se questo è evidente in caso di violenza intrafamiliare, si è visto che è anche vero in caso di crescita in una atmosfera continuata di guerra o ostilità sociale, in cui il fallimento della funzione rassicurante dei genitori avviene a dispetto delle loro intenzioni o condotte.

L'unico tra i fattori favorevoli l'insorgere della patologia post-traumatica per il quale ci siano certezze è il *building block effect* (Schauer et al 2003, fig. 1): il rischio di sviluppare una patologia post-traumatica aumenta in maniera quasi lineare con il numero di eventi di cui si è vittima.

Ma ancora più importanti sono una serie di fattori personologici di base tra cui preminente sventa un *attaccamento disorganizzato*, che sempre più nella ricerca si dimostra essere il fattore di base più rilevante nella persona perché di fronte all'evento in età adulta (o comunque in età successiva a quella in cui prende forma lo



stile d'attaccamento) il soggetto si frattura, e il modo di frattura determina la patologia specifica di quella persona. Infatti, ben al di là dei vari fattori di resilienza descritti in letteratura, e forse alla loro stessa base, il fattore protettivo più potente risiede nelle fondamenta stesse dell'edificio, nello stile di attaccamento che edifica la nostra relazione con il mondo e con gli altri conspecifici, e su cui si fonda la nostra sicurezza. Il campo della psicopatologia post-traumatica non può prescindere, e non solo in quei casi in cui è proprio all'interno della relazione di attaccamento-accudimento che si è sviluppato il trauma: anche quando il/gli eventi traumatici vengono riconosciuti come causativi, lo stile di attaccamento personale del paziente è sempre una concausa, similmente a come i danni che un terremoto causa su una costruzione dipendono dalla struttura di quell'edificio. Quello che nella letteratura scientifica comincia ad essere più evidente è il legame, all'interno della variata sintomatologia post-traumatica, della sintomatologia dissociativa con le forme di attaccamento disorganizzato (Liotti, Farina 2016).

Come trauma

Se la mia gamba subisce un colpo in un punto preciso, sufficientemente violento da provocare una frattura, all'ortopedico che deve diagnosticarla e trattarla non serve sapere qual è l'oggetto che lo ha provocato, se un martello, un'auto o un'astronave: è la sequela patologica la cosa importante, e questa è il destino finale unico anche se conseguente a multiple cause possibili.

Similmente in psicotraumatologia osserviamo che, qualunque sia la storia e i dettagli personali del paziente, la forma patologica che assume la sua sintomatologia è comune a tutte le peculiarità individuali della storia traumatica e personale, le manifestazioni presentano una uniformità nel diverso tempo, nella distinta geografia culturale, e nella multiforme unicità dell'individuo. La cosa non stupisce, se si considera che ad essere sollecitati in maniera abnorme, e a causare tutte le manifestazioni patologiche sono dei sistemi neurologici comuni a tutti i mammiferi, quelli riferibili al *sistema di difesa*, declinato secondo la formula inglese delle 4 F: *Freeze, Flight, Fight, Faint* (congelamento, fuga, combattimento, svenimento), cui si può aggiungere una quinta F, *fright* (paura), per designare l'esperienza emotiva dell'attivazione del sistema di difesa.⁴²

È l'attivazione in varia misura dei vari subsistemi del sistema di difesa a caratterizzare la sintomatologia principale dei vari quadri patologici post-traumatici. Per comodità conviene considerare tre capitoli: il PTSD semplice, con o senza sintomatologia dissociativa, il cPTSD o PTSD complesso, e il capitolo dei Disturbi Dissociativi. Questi ultimi suppongono, oltre alla anomala attivazione dei sistemi di difesa, la non costituzione nello sviluppo individuale di una integrazione tra le funzioni della persona, che risulta così funzionare a "parti" separate. Contrariamente alle vecchie visioni psicoanalitiche, questo è il risultato dell'impatto del trauma complesso in un cervello in età evolutiva, e non una misura difensiva dell'individuo.

Rimandando ai manuali di clinica per le descrizioni cliniche, sommariamente si considera il PTSD semplice caratterizzato, diversamente da altre patologie ad esempio ansiose, tipicamente dalla compresenza di sintomi di iperattivazione somatica e psichica, di ipoattivazione (scambiati per 'depressione': un soggetto che vive il pericolo nella attualità non ha la possibilità di sperimentare depressione), e fenomeni di 'intrusione' delle memorie a vari livelli, da quadri allucinatori complessi -i flashbaks-, a memorie frammentate corporee (sensazioni, odore) o emozionali. Solo la compresenza di questi elementi, insieme con misure di evitamento difensivo dei ricordi o di luoghi e situazioni, permette di vincolare il malessere del paziente a quanto gli è accaduto: di nuovo, trovare un tumore al polmone dopo un incidente d'auto non pone in relazione i due elementi.

Detto questo, tocca precisare la relazione tra *trauma complesso* e PTSD complesso, per non indurre in confusione. Come sopra riportato, il trauma complesso o di tipo 2 è quello che ha caratteristiche continuative e/o ripetute. Ovviamente nessun trauma è semplice nel senso di causato unicamente da un solo elemento, dato che per ogni tipo di trauma l'esito è il risultato di molteplici fattori con una dinamica complessa che si svolge all'interno dell'indi-

⁴² Per approfondimenti su questo tema, e sulle forme cliniche, si rimanda a Vercillo, Guerra (2019): *Clinica del trauma nei rifugiati. Un manuale tematico*

viduo. Ma i fattori messi in gioco da quello che chiamiamo trauma complesso implicano un ambito molto più vasto, avendo la capacità di interferire con lo sviluppo della persona, delle sue relazioni e della capacità di autoregolarsi sui piani affettivo, cognitivo o comportamentale. Il building block effect cui si accennava sopra interferisce con la capacità di ripresa della vittima dal singolo evento traumatico, tanto da poter arrivare a ostacolarne il senso stesso di continuità personale, e la relazione della vittima con l'idea di sé, degli altri, e in genere del mondo. Vale però ricordare di nuovo che, pur aumentando il rischio di sviluppare una patologia con il trauma complesso, la relazione non è comunque lineare. Ad esempio, Cloitre et al. (2014) nella ricerca su 310 pazienti che avevano subito abusi fisici o sessuali nell'infanzia, trovò che accanto a diagnosi di PTSD, C-PTSD (PTSD complesso), disturbi dissociativi, o disturbi borderline di personalità, erano anche presenti consistentemente persone senza alcuna diagnosi clinica.

Una confusione che a volte avviene è quella di confondere o sovrapporre i due concetti di trauma complesso e di PTSD complesso: quest'ultimo non è un evento ma un quadro clinico, e non ha neanche relazione causale biunivoca con il trauma complesso. Infatti se in un C-PTSD possiamo trovare come antecedente un trauma complesso, non si dà il reciproco, cioè che a ogni trauma complesso segua un C-PTSD, come si è visto appena sopra.

Detto questo, cosa distingue dunque un Disturbo da Stress Post-Traumatico da un Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso? Nel C-PTSD sono presenti i raggruppamenti sintomatologici del PTSD (devono esserci i sintomi del normale PTSD per permettere la diagnosi di C-PTSD), ma sono presenti in più una serie di alterazioni del rapporto con sé e con gli altri, nonché una difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti in generale, e un'instabilità emozionale, non presenti nel PTSD semplice. Questo spiega l'apparenza spesso simile a un Disturbo di Personalità che un C-PTSD può mostrare come tratto più evidente; può trattarsi di una forma "clamorosa" e instabile, ad apparenza borderline, o una forma al contrario inibita ed evitante a stile schizoide. Ma non si confonderà (come una corrente di pensiero pan-traumatica vorrebbe) un D. borderline di personalità con un C-PTSD, dato che nel primo non sono presenti i sintomi del PTSD, nelle 4 categorie richieste per la sua esistenza.

Nell'esperienza con la popolazione in esame possono darsi ovviamente evenienze di diagnosi di PTSD, C-PTSD, così come anche di franchi Disturbi Dissociativi, secondo la tipologia di trauma e l'insieme di predisposizioni individuali. Ma nella nostra esperienza i PTSD semplici non sono la categoria più frequente di disturbo post-traumatico, notandosi più spesso una ripercussione importante sul rapporto con il mondo e soprattutto con se stessi. Non si giunge a questa conclusione, per quanto affermato sopra, solo per aver ascoltato *storie di trauma complesso*; anzi, seguendo la nostra prassi, nei primi interventi *non cerchiamo per nulla, per quanto possibile, di sollecitare il paziente alla narrazione dell'accaduto*. È la raccolta della sintomatologia del paziente che ci orienta verso il PTSD complesso. Ad esempio se esplorando i modi in cui il paziente sente di essere cambiato rispetto a prima, o chiedendo cosa mette in atto come strategie per difendersi dai momenti in cui sta male, esce fuori che si isola, evita qualsiasi rapporto umano per quanto possibile (non un evitamento specifico connesso a elementi che possano rimandare alla situazione traumatica, che sarebbe solo un sintomo di PTSD), ci troviamo sul sentiero per esplorare anche altre trasformazioni nel suo modo di essere al mondo, o disregolazioni emozionali, che ci portano a formulare la diagnosi di PTSD complesso. Sempre, lo ripetiamo, in presenza di tutta la sintomatologia del PTSD semplice, esplorata in precedenza.

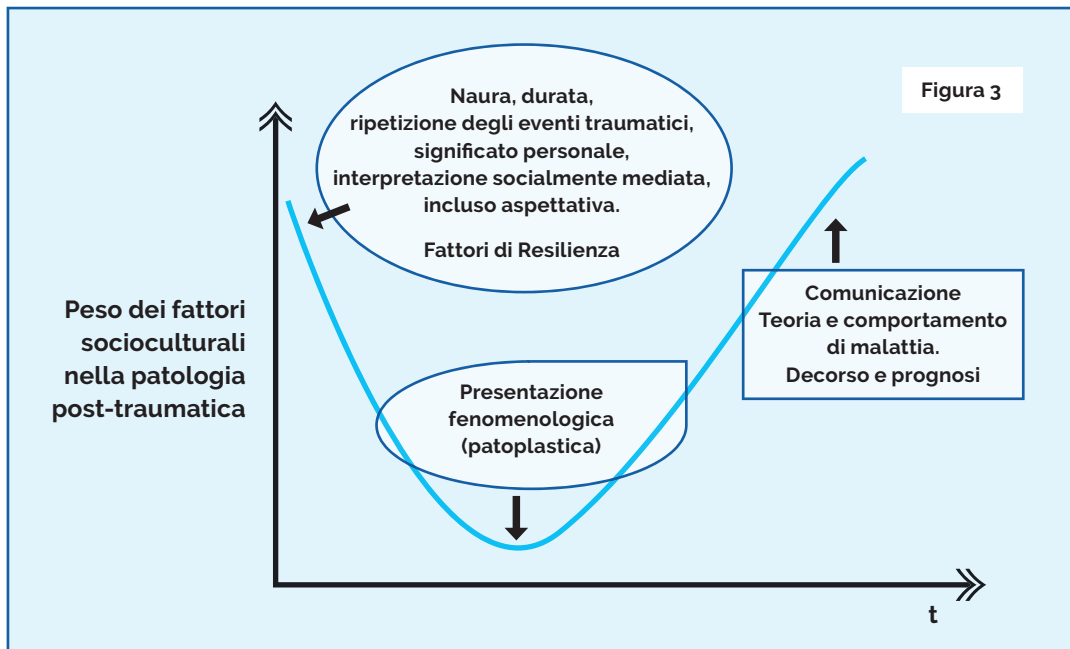
La differenza non è banale al momento di operare, né in quello diagnostico e ancor meno in quello terapeutico. Tutta una serie di terapie su disturbi post-traumatici si basano sulla *esposizione*, o sulla *narrazione sistematizzata e contestualizzata* dell'evento traumatico, dalla terapia cognitivo-comportamentale (Foa 2008), alla NET (Schauer, Neuner, Elbert 2011), e anche il protocollo standard EMDR si centra sull'elaborazione diretta della memoria nelle sue connessioni associative. Vengono consigliate come necessarie anche in caso di PTSD semplice alcune cautele, e si raccomanda l'apprendimento in via preliminare di alcune tecniche di stabilizzazione, (per esempio nell'EMDR il "posto sicuro" o il "posto tranquillo" (Luber2009), o "l'esercizio dei 4 elementi" (Shapiro 2009)), ma ben presto si può procedere a lavorare direttamente sulla memoria del trauma. Nel caso del PTSD complesso invece la necessità di un lavoro più pausato, e di un periodo non breve di terapia centrata sulla stabilizzazione, risulta praticamente inevitabile. Innanzitutto perché qualsiasi rimando al trauma (ai traumi) esita in questi casi per il paziente in un nuovo e angoscioso risperimentare traumatico, con intensi stati di flashback anche in stanza di terapia. Ciò non è solo crudele per la persona che viene da noi per stare meglio, e che potrebbe con qualche ragione in seguito rifuggire da ogni ulteriore contatto con noi, ma anche inutile terapeuticamente, e dannoso: è ormai lontano il tempo in cui si pensava

che l'"abreazione" avesse qualche valore drammaticamente e teatralmente risolutivo. Si tratterebbe in tal caso solo di un altro episodio traumatico che va ad aggiungersi a quelli che hanno causato la sua condizione attuale, dato che viene vissuto dall'organismo, a partire dal corpo del paziente, come identico in termini di realtà all'episodio cui si riferisce, vista la deficitaria capacità di realizzazione del paziente.

Dove trauma

Altro argomento di rilievo in questi preliminari alla clinica del trauma è la relazione tra la patologia post-traumatica e le influenze culturali, il *dove*, il contesto del trauma.

Nella patologia psichiatrica post-traumatica l'influenza di fattori socioculturali è largamente riconosciuta, e non solo per la natura degli eventi che la causano (ovviamente a forte determinazione socio-politico). Infatti, fattori di forte influenza sulla genesi e sul decorso di tali patologie sono stati descritti in letteratura. Nella fig. 3 tentiamo di riassumerne graficamente l'influenza, prima e dopo il manifestarsi della patologia. Precedentemente alla loro formazione giocano per esempio un ruolo (al di là di varianti individuali, genetiche e di stile di attaccamento) gli eventi traumatici: per la loro natura, durata e ripetizione, coinvolgimento familiare e grupppale, il grado di attesa e la preparazione al



trauma, piene di interpretazioni culturalmente mediate, e i fattori di resilienza culturali e comunitari. Similmente dopo l'instaurarsi di un disturbo variano culturalmente gli stili di comunicazione, (i contenuti ritenuti degni di comunicazione al medico, secondo lo stile comunicativo culturale), la teoria culturale di malattia (illness theory, illness behaviour), nonché l'influenza culturale determinante su decorso e prognosi. Ma rimangono fuori da una influenza culturale - secondo la visione vigente nella clinica post-traumatica-

le manifestazioni cliniche, la struttura sintomatologica dei disturbi post-traumatici e dissociativi, determinati più dal bios dei sistemi di allarme e difesa iperstimolati in cronico che da meccanismi di diversificazione su base culturale, differentemente da altri capitoli della psicopatologia. La cosa non stupirà, dato che i sistemi in gioco sono non solo comuni ai membri della specie umana, ma a tutti i mammiferi. Sono i sistemi di difesa, quelli deputati alla sopravvivenza, che vengono sollecitati oltremisura dal trauma, ed è a partire dalla loro disregolazione che originano, e si possono dedurre, tutti i sintomi primari del PTSD. Si tratta come si diceva sopra del sistema riassunto nelle 4F in inglese -fight, flight, freezing, fainting- con cui l'individuo deve fare i conti, nel bilanciamento tra sintomi adrenergici simpatici, e attivazione dei nuclei dorsali del vago parasimpatici; dal gioco relativo di queste funzioni opposte del sistema nervoso autonomo si genera la sintomatologia (Porges 2001, 2011). La sopravvivenza e i modi basilari di far fronte al rischio per la vita non vedono differenze tra lingue e culture.

Specificità cliniche nelle donne richiedenti protezione

Di Rossella Carnevali

L'OMS nel 2020 ha pubblicato una ricerca sulla violenza sulle donne, argomento attuale e molto dibattuto, specialmente negli ultimi anni. La violenza sulle donne ha origini molto antiche e radicate nelle diverse culture del mondo e nel caso delle donne richiedenti e titolari di protezione (RTP) ha una prevalenza molto alta. Infatti, prendendo in considerazione le utenti che giungono al nostro servizio potremmo arrivare a dire che il 90%, ha subito violenza intra e/o extrafamiliare prima, durante o dopo il percorso migratorio. La violenza contro le donne, in particolare la violenza sessuale, è un importante problema di salute pubblica, oltre a costituire ovviamente una violazione dei diritti umani delle donne. Le stime mondiali pubblicate dall'OMS (2020) indicano che circa 1 donna su 3 (35%) è stata vittima di violenza fisica o sessuale, che la maggior parte delle violenze sono commesse dal partner e che circa il 38% degli omicidi, con donne come vittime, sono stati commessi dai partner. Inoltre, le situazioni di guerra, postbelliche o di sfollamento in cui si trovano spesso le RTP, possono esacerbare le violenze già presenti, come gli abusi sessuali, e generare nuove forme di violenza contro le donne. È particolarmente interessante notare che in questa ricerca emerge che le percentuali di donne vittime di violenza tra le diverse aree geografiche non è poi così distante nei diversi continenti: 25.4% in Europa, 29.8% nelle regioni dell'America che fanno parte dell'OMS, 24.6% nella West Pacific Region, 36.6% in Africa, 37% nel Mediterraneo orientale e il 37.7% nel Sudest asiatico. Questo ci fa riflettere sulla differenza tra culture, ovvero, la nostra cultura occidentale spesso viene considerata, in modo etnocentrico, la più progredita, ma evidentemente, non è così più avanzata delle altre per ciò che riguarda la posizione femminile e certamente dobbiamo continuare a compiere degli sforzi per trasformarla, così come per cercare di modificare la situazione a livello globale.

La violenza sulle donne ha delle conseguenze importanti sulla salute fisica, riproduttiva in particolare, mentale e sessuale. L'aver subito violenze, infatti, presenta una correlazione importante con diversi problemi sanitari come i disturbi ginecologici e ostetrici, cardiovascolari, epatici, polmonari, le malattie a trasmissione sessuale, l'HIV, l'obesità e alcuni studiosi sostengono addirittura il cancro. Nel caso dell'associazione di più tipologie di violenza o neglect, sembra che l'aspettativa di vita si possa addirittura ridurre di 20 anni (OMS 2014a).

L'aver subito violenza, l'esserne stato testimone e l'aver subito una trascuratezza (neglect) durante l'infanzia sono determinanti maggiori della salute psicofisica da adulti (Norman et al 2012). È importante sottolineare che il concetto di neglect non indica solamente il maltrattamento o la trascuratezza materiale, come ad esempio non lavare il bambino, non vestirlo adeguatamente o non nutrirlo, ma anche una scarsa attenzione e una scarsa presenza affettive da parte della madre, soprattutto nel primo anno di vita, ed è uno dei determinanti maggiori della salute psichica, assieme ad un passato di violenze (OMS 2014b). Inoltre, l'aver subito violenze sembra anche essere il fattore di rischio più importante per subirne di nuove o per commetterle in prima persona (OMS 2014a). Il report OMS sostiene inoltre che sarebbero sintomi psichiatrici conseguenti alle violenze la depressione, il rischio suicidario (che aumenterebbe di 49 volte rispetto alla popolazione generale) e l'uso di sostanze, in particolare di alcol. In realtà, le patologie che correlano direttamente con episodi di violenza sono le patologie post-traumatiche: PTSD semplice e complesso e i disturbi dissociativi.

Se l'essere donna, come abbiamo visto sinora, aumenta già di per sé la probabilità di essere esposta a violenze, le donne che si rivolgono al nostro servizio, hanno come ulteriore fattore di rischio il fatto di essere RTP. Le nostre pazienti infatti, come già detto, hanno con grande probabilità subito una qualche forma di violenza nel loro paese, durante il viaggio o nella fase post-migratoria. Dinesh Bhugra, psichiatra ex presidente della WPA, in una pubblicazione del 2004 schematizza tutti i fattori che influenzano la salute mentale dei migranti, forzati e non, nelle diverse fasi del loro percorso: premigratoria, migratoria e postmigratoria. Possiamo utilizzare i suoi studi per fare diverse considerazioni sull'azione di questi fattori, che possono avere effetto protettivo, predisponente, causante o slatentizzante rispetto alle patologie mentali, tra cui i disturbi post traumatici.

Tra i fattori della fase premigratoria l'età in cui si verifica un evento potenzialmente traumatico fa la differenza in rapporto alla resistenza individuale, infatti se il trauma avviene durante l'età infantile ha sicuramente un peso diverso rispetto a quanto accade nell'età adulta in cui l'identità e la personalità sono più solide; ma anche l'età in cui avviene

la migrazione è un fattore importante da valutare, poiché se da un lato un adulto normalmente ha una maggiore capacità di resistenza agli stressors, dall'altro i bambini hanno un'alta potenzialità di adattamento.

Per quanto riguarda il genere, lo abbiamo già detto, le donne sono ad altissimo rischio di violenza e una buona parte delle donne RTP sono anche vittime di violenza sessuale. Anche se, da ricerche svolte di recente, risulta che la violenza sessuale sugli uomini migranti è comune, ma viene riferita con minore facilità (Kiss et al 2020; WRC 2019).

Nella fase premigratoria ovviamente intervengono anche fattori sociali, economici, culturali, politici e religiosi, che determinano (ragioni migratorie) o influenzano il progetto migratorio. Il futuro migrante forzato di solito passa da una condizione di relativa stabilità e benessere ad una condizione di perdita di tale equilibrio, ritrovandosi nella condizione di dover lasciare la sua terra. Solitamente, quando questa fase è duratura, le aspettative che si creano sono maggiori, al contrario di quando il soggetto è costretto a scappare all'improvviso. Le aspettative dipendono da fattori personali ma anche familiari e culturali. La famiglia è quella che dà il cosiddetto "mandato migratorio", cioè al migrante viene affidata ad esempio la responsabilità di arrivare a destinazione in Europa, trovare un lavoro e mantenere la famiglia. Sappiamo inoltre che alcune culture esaltano la migrazione come un atto eroico di coraggio, quindi, se fallirà, il migrante sentirà non solo di aver fallito nel proprio progetto, ma anche di aver deluso i propri familiari, la propria comunità, la propria cultura. Nel caso delle donne, spesso capita che il marito si rechi in Europa per primo ed accade che le mogli rimaste a casa con i figli si trovino spesso in una situazione a rischio di violenza per diversi anni. In tali condizioni non di rado sviluppano aspettative irreali riguardo alla loro vita futura in Europa. Così, mentre si preparano al ricongiungimento familiare, immaginano che il marito abbia già un lavoro, una casa e dunque un'indipendenza economica e sociale. Quando lo raggiungono, non di rado insieme ai figli, pensano di arrivare in una situazione ideale, ma in realtà si ritrovano di frequente in un centro d'accoglienza, a convivere con altre persone, senza una fonte immediata di guadagno e quindi prive dell'indipendenza socioeconomica che davano per scontata. Questa delusione gioca un ruolo importantissimo nella vita di coppia. Infatti, il ricongiungimento è già di per sé un momento complesso, poiché spesso avviene dopo anni in cui marito e moglie non si sono visti e non hanno vissuto insieme e devono dunque trovare un nuovo equilibrio. Le aspettative disilluse caricano la coppia di ulteriori difficoltà, che in alcuni casi ricadono sulla salute mentale della donna, ad esempio portando alla luce un disturbo post traumatico finora celato. Una nostra giovane paziente ha vissuto una storia simile, da figlia. Insieme alla madre e ai fratelli sono giunti in Italia in seguito al ricongiungimento familiare, richiesto dal padre arrivato sette anni prima. Dopo un iniziale, apparentemente calmo, periodo di convivenza, un giorno i genitori hanno avuto una discussione accesa e il padre ha alzato le mani sulla madre. Madre e figli hanno denunciato l'accaduto e sono stati allontanati da casa. La madre e le due figlie sono state inviate e sono attualmente seguite da specialisti della salute mentale del nostro centro.

In questa nostra rassegna dei fattori premigratori che influenzano la salute mentale nel genere femminile dobbiamo necessariamente affrontare il ruolo che la donna ha nel paese di origine. È necessario valutare se nella zona del paese da cui proviene la donna che visitiamo è particolarmente presente la violenza di genere (ad esempio, il numero di matrimoni forzati, lo stupro, lo sfruttamento della prostituzione, le MGF ecc.) e se la violenza si verifica nel contesto sociale e/o all'interno della famiglia. In alcune culture esistono pratiche tradizionali violente, il matrimonio forzato è una di queste. Può accadere che esso non emerga nel corso dei colloqui; la paziente, infatti, può non avere la consapevolezza che sia una violenza, perciò è opportuno indagare chiedendo, con delicatezza, se voleva sposare suo marito o se abbiano deciso i genitori per lei, così da permettere l'emersione del fenomeno e del vissuto che lo accompagna e poterlo affrontare. Questa pratica può essere giustificata dalla comunità che può attribuirle un ruolo riparatore, quando una donna rimane incinta a seguito di uno stupro, o essere un mezzo per il sostentamento della famiglia per cui le figlie femmine vengono vendute e/o date in sposo per la dote. Un'altra pratica tradizionale molto diffusa in alcuni luoghi è il matrimonio forzato della vedova con il fratello dello sposo defunto. In alcuni casi, in contesti in cui gli abusi sessuali sono molto diffusi, le famiglie utilizzano il matrimonio come "prevenzione", dando in sposa le figlie appena adolescenti, al fine di evitarne lo stupro e la conseguente difficoltà di darle in sposo in seguito a tale violenza. È noto, inoltre che la pratica delle MGF è diffusa in diversi paesi del mondo. Al servizio consultoriale del Centro SAMIFO le donne in cui viene riscontrata una MGF alla visita ginecologica giungono per lo più dal Corno d'Africa e dalla Nigeria. Purtroppo, tale pratica viene effettuata anche in Europa, in maniera illegale, importata dalle popolazioni immigrate che la mantengono giustificandosi con la tradizione. Fortunatamente le campagne di sensi-

bilizzazione e contrasto sono sempre più importanti, tanto che, in alcune zone dove la pratica era molto diffusa, come nei villaggi Masai in Kenya, si è riusciti ad abolirla pressoché completamente (AMREF Health Africa 2019). Le conseguenze psicologiche di questa pratica dipendono da diversi fattori: il grado di mutilazione, che può andare dal tipo 1 in cui c'è l'escissione del cappuccio del clitoride, al tipo 2 a lesività crescente, e 3 in cui il grado più estremo comporta l'asportazione di clitoride, grandi e piccole labbra con cucitura seguente; l'età a cui è stata praticata la mutilazione che influenza il ricordo che può averne la donna, infatti, le pazienti che l'hanno subita da più grandi hanno una maggiore probabilità di sviluppo di sintomatologia post-traumatica; il contesto in cui è stata eseguita la mutilazione; le conseguenze sulla salute fisica, sessuale e riproduttiva della donna. Per quanto riguarda il contesto, può accadere ad esempio che una figlia nata e cresciuta in Europa, in occasione delle vacanze con la famiglia in Africa, senza preavviso né spiegazioni, venga costretta a farsi mutilare. Si può solo immaginare quanto possa essere traumatico per qualcuno che vive da sempre nel continente europeo ritrovarsi sottoposto a una tale violenza, giustificata ancora una volta con la tradizione⁴³.

Un altro fattore potenzialmente traumatico per la salute fisica e psichica delle donne è la tratta. In alcuni contesti le donne vengono costrette a prostituirsi per mantenere la famiglia, in altri vengono vendute alle organizzazioni che sfruttano la prostituzione, in loco o in paesi vicini, in altri casi ancora, la donna che fugge dalla violenza in famiglia e si ritrova per strada senza sostentamento, può essere costretta a vendere il proprio corpo per sopravvivere. Anche nel caso della prostituzione, ci può essere un condizionamento culturale. Noto è il rituale del *juju* in Nigeria, per il quale si fa prestare giuramento di obbedienza alle donne che vogliono arrivare in Europa, che in cambio saranno sottomesse, fino a che non sarà pagato il debito, alla volontà dell'organizzazione che le porterà a destinazione. Il giuramento ha un valore magico-religioso, per cui le ragazze credono di essere controllate dagli spiriti e dunque, se non obbediscono all'organizzazione o se rivelano questo segreto, moriranno o verrà fatto del male a qualcuno della loro famiglia. Tramite questo giuramento, queste donne restano nelle maglie della rete dello sfruttamento per molti anni ed è per questo motivo che è molto difficile identificare le vittime di tratta ed aiutarle ad uscire dal mercato della prostituzione.

La preparazione al viaggio assume un ruolo molto importante tra i fattori premigratori. Infatti, anche nella migrazione forzata ci può essere una progettualità. Le donne possono avere consapevolezza di ciò a cui vanno incontro durante il viaggio e si preparano a questo. Ad esempio, alcune donne si fanno impiantare a livello sottocutaneo un anticoncezionale per evitare di rimanere incinte a seguito delle possibili violenze sessuali che subiranno. La preparazione ai pericoli che si affronteranno è certamente un fattore protettivo per il benessere psicologico, viceversa la violenza spesso ha una maggiore valenza traumatica.

La separazione dagli affetti più importanti interessa la salute mentale del migrante in tutto il suo percorso. Lo sradicamento provocato dall'allontanamento da tutto ciò che è familiare, l'abbandono delle persone care, influenzano profondamente la sua salute mentale. Infatti, la migrazione avviene molto spesso in solitudine, si lascia la propria famiglia e la propria terra, con tutto quello che comporta questo cambiamento e allontanamento dal proprio modo di vivere, dalla cultura, dalle usanze e abitudini. Achotegui (2002) definisce la condizione psicologica conseguente a tale separazione *lutto migratorio*, che è stato anche denominato *perdita ambigua* (Boss, 2000; Falicov, 2004), in altre parole è una separazione che rimane impossibile perché i migranti non hanno la certezza assoluta che non potranno mai più incontrare coloro che sono rimasti indietro, spesso hanno perso tutti i contatti, quindi non sanno nemmeno dove siano quelle persone, se siano ancora in salute o addirittura in vita. Questo porta la persona migrante a non avere mai una definizione interna della separazione, restando sempre con un piede nel passato, condizione che spesso non gli permette di guardare realmente e liberamente al futuro.

A questa fase segue quella *migratoria*. Frequentemente i nostri utenti percorrono un cammino lungo in termini sia spaziali sia temporali. Il percorso si svolge spesso attraverso diverse nazioni: le tappe sono necessarie per racimolare sul posto, o farsi inviare dalla famiglia, i soldi necessari per raggiungere il paese successivo. A volte per anni, i RTP si trovano ad affrontare condizioni di solitudine, discriminazione, povertà, mancanza di alloggio e impossibilità di comu-

⁴³ Per approfondimenti rimandiamo agli articoli in merito alle MGF nei numeri 1 e 2 dei quaderni del SAMIFO: <https://www.aslroma1.it/quaderni-del-samifo>

nicazione con gli altri a causa della lingua e della diversità culturale. Possono subire, nei paesi in cui passano irregolarmente, carcerazioni, torture, riduzione in schiavitù, violenze fisiche e sessuali, affrontare lunghe permanenze in campi per rifugiati, essere testimoni di violenze nei confronti di altri e della loro morte. Per le donne il rischio di subire violenze sessuali è più alto e si aggiunge la possibilità di divenire vittime di tratta. Una nostra paziente ha raccontato di essere stata costretta a pagare tutti gli spostamenti tra una nazione e l'altra vendendo il proprio corpo.

Poi ci sono i giorni trascorsi in mare, come tutti sappiamo, spesso su mezzi di fortuna. Una paziente all'arrivo in Italia non riusciva più a camminare, pur non avendo nessun problema fisico. Ci ha raccontato che ha trascorso sette giorni galleggiando in mare, tenendo per mano la cugina più piccola, resistendo quanto possibile per salvarla, ma essendo infine costretta a lasciarla andare, perché, in caso contrario, sarebbero morte entrambe.

La fase *postmigratoria* è quella che ci riguarda più da vicino, perché comprende i fattori su cui noi possiamo agire direttamente per prevenire lo sviluppo di patologie mentali. Studi sempre più numerosi insistono sulla forte influenza dei fattori postmigratori sullo sviluppo, esordio, acutizzazione e cronicizzazione delle malattie mentali. Un comunicato WHO del 2016 (Priebe et al) su depressione, ansia e scarso benessere mentale ci racconta che essi sono tre volte più alti tra i rifugiati rispetto alla popolazione generale. È, però, difficile identificare incidenza e prevalenza dei disturbi mentali, per la varietà dei campioni e delle metodologie usate negli studi. Il PTSD ha certamente incidenza maggiore nei RTP rispetto alla popolazione generale, in particolare nel periodo più vicino all'arrivo, quando invece la prevalenza depressione, disturbi d'ansia, schizofrenia e altri disturbi psicotici, è la stessa della popolazione del paese ospite (Fazel 2005). A 5 anni dall'arrivo, però, aumenta anche la prevalenza di depressione e disturbi d'ansia (Bogic 2015) nei RTPI. Non c'è accordo tra gli autori sulla prevalenza della schizofrenia: alcuni studiosi sostengono che tale patologia sia più frequente nei migranti rispetto alla popolazione del paese ospite (Cantor-Graae & Selten 2005). Infatti, come alcune ricerche evidenziano (Stilo & Murray 2019; Insel 2010), i fattori ambientali assumono un ruolo importante nella patogenesi di questa malattia. In particolare, studi internazionali insistono sul ruolo patogenetico dello scarso supporto sociale, del social defeat e del razzismo nella società ospitante (Morgan et al 2019; Selten & Cantor-Graae 2007; Cantor-Graae & Selten 2005). Al contrario, infatti, la presenza di una comunità di persone del proprio paese di origine nel paese ospite è protettiva rispetto alla salute mentale del migrante (Bhugra 2004).

Le patologie mentali possono inoltre essere slatentizzate, riacutizzate o cronicizzate, da *condizioni permanenti* di instabilità e insicurezza. Nella nostra esperienza clinica, ad esempio, il PTSD molto spesso si sviluppa all'arrivo in Italia, quando i migranti si sentono finalmente al sicuro, ma a volte si può manifestare anche più tardi, a seguito di fattori postmigratori stressanti. La trafila legale che devono affrontare richiedenti asilo è una condizione stressante che lascia le persone a volte per anni in bilico tra la speranza di essere riconosciuti e restare in Europa e il pericolo di diniego con il rischio di rimpatrio (Momartin et al 2006; Silove et al 1998). Infatti, a processi di riconoscimento di protezione più lunghi corrisponde un rischio più elevato di disturbi psichiatrici (Laban et al 2004). Inoltre, gli ospiti di grandi centri per richiedenti asilo e rifugiati, in cui convivono un numero elevato di persone potenzialmente fragili delle più disparate provenienze, tutti in attesa del riconoscimento di protezione, hanno tassi più elevati di PTSD (Steel et al 2009). In aggiunta a questo, negli ultimi anni, i cosiddetti *decreti sicurezza*⁴⁴ hanno tagliato i fondi ai Centri per l'Accoglienza Straordinaria (CAS), di conseguenza non c'è più la figura dello psicologo interno ai centri, le spese per la salute degli ospiti sono sempre più difficili da sostenere e sono stati chiusi i corsi di italiano nelle strutture di accoglienza, ostacolando ulteriormente l'integrazione dei RTP nel nostro paese.

Vogliamo ribadire che i fattori postmigratori sono tutti fattori modificabili, come è stato in parte già fatto per queste leggi, perché legati strettamente alle politiche di accoglienza, costituiscono quindi una responsabilità del paese ospite.

Le patologie psichiatriche più frequenti nei RTP sono le stesse negli uomini e nelle donne, poiché, ovviamente, non esistono patologie psichiatriche femminili. Sicuramente le donne possono manifestare alcune problematiche specifiche, legate, ad esempio, alla gravidanza o alla presenza di figli. Una donna, abituata a vivere la gravidanza e la nascita come momento collettivo, con il sostegno della famiglia e della sua comunità, che si ritrova invece in un

⁴⁴ Decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, coordinato con la legge di conversione 1° dicembre 2018, n. 132; **Decreto-legge 14 giugno 2019, n. 53**, coordinato con la legge di conversione 8 agosto 2019, n. 77.

paese straniero ad affrontare questo periodo di vita da sola può sviluppare difficoltà che altrimenti non si manifesterebbero.

Vista la frequenza delle violenze durante il viaggio, può accadere inoltre che la donna rimanga incinta a seguito di un abuso; in tal caso può essere messa di fronte ad una scelta difficile, tra portare avanti o meno la gravidanza. Sappiamo che spesso l'aborto è considerato un crimine, soprattutto in alcuni contesti culturali e religiosi, perciò è una scelta difficile da sostenere per la donna RTP. Se invece, decide di portare avanti la gravidanza, al momento della nascita sarà messa di fronte alla sfida di dover separare suo figlio, che non ha nessuna colpa, dall'autore della violenza, potendo manifestare ad esempio sintomi ansiosi o depressivi dopo il parto e necessitare quindi l'aiuto di un professionista della salute mentale.

Come già detto in precedenza, anche il ricongiungimento familiare, sebbene sia una situazione auspicabile, spesso è problematico. Coppie che hanno vissuto indipendentemente a migliaia di chilometri di distanza per anni, ognuno con la sua storia di traumi, si ritrovano di nuovo unite sotto lo stesso tetto, spesso condiviso con altre famiglie in un centro di accoglienza, senza un'indipendenza alloggiativa, sociale ed economica e questo può creare una delusione delle aspettative reciproche che, quando grave, può essere motivo di discordia nella coppia e anche causa di scompensi psichici che richiedono un intervento specialistico. Le donne che noi visitiamo provengono spesso da culture in cui è compito dell'uomo occuparsi della famiglia e l'uomo è responsabile di tutti gli aspetti del suo benessere, in misura molto più estrema rispetto a quanto accade in Occidente, perciò spesso la donna che raggiunge il marito e subisce la delusione di cui abbiamo parlato, non può comunicargliela, perché vorrebbe dire umiliare il marito, questo determina un ulteriore allontanamento tra i due. Una nostra paziente originaria del Bangladesh, arrivata in Italia con due figli, dopo sette anni di matrimonio a distanza, trovandosi a vivere in una piccola stanza in affitto in una casa dove vivevano altre tre famiglie, ha sviluppato una crisi depressiva così intensa da non parlare praticamente più. Il marito non capiva assolutamente il perché di questo silenzio ed era costretto a cercare di interpretare il suo malessere, trovandosi in seria difficoltà. La signora si vergognava di esprimere i suoi sentimenti nei confronti del marito o non li aveva nemmeno chiari nella sua mente finché non gli è stata rivolta la domanda diretta: "ti aspettavi che qui le cose fossero diverse vero?" e la paziente si è sciolta in pianto. Non si sono mai chiariti con il marito che l'ha rimandata a casa in Bangladesh insieme ai figli perché pensava, forse non a torto, che stessero meglio con la famiglia di origine. Chiaramente, però, la presa in carico psichiatrica che nel frattempo era avvenuta è stata interrotta.

Anche la mancanza di lavoro e di sostentamento può portare le donne RTP più fragili e vulnerabili al rischio di finire nel mercato della prostituzione, continuando dunque a subire violenze per anni. Lo sfruttamento può avvenire anche nell'ambito di relazioni di coppia quantomeno ambigue, come accaduto ad una nostra paziente diciannovenne: si è fidanzata con un uomo italiano di 45 anni che dopo due mesi è diventato autoritario, non voleva che lei studiasse, anche se il suo sogno è (tuttora) di fare l'università, voleva che stesse sempre a casa con lui e le chiedeva di soddisfare le sue perversioni sessuali. Per fortuna lei si è ribellata e è sfuggita al ricatto economico, ma chissà quante donne non ci riescono.

I rischi principali dei problemi specifici delle donne RTPI elencati fin qui sono diversi. Il primo tra tutti è la ritraumatizzazione: una donna che ha subito un trauma che ha scatenato un PTSD, che con il tempo, la resilienza o le cure era guarito, ora può riemergere nuovamente, come se l'evento postmigratorio facesse da reinnesco. In tal caso, si manifestano di nuovo i sintomi del primo episodio, dunque, possono riemergere anche i ricordi, i flashback e gli incubi relativi all'evento traumatico avvenuto prima di arrivare in Italia. Le condizioni stressanti presenti nella vita della paziente si associano al disturbo post traumatico, causando una ripetizione continua del trauma e sostenendo potenzialmente all'infinito la sintomatologia post traumatica, potendo determinare una cronicizzazione con impossibilità di risoluzione del disturbo finché non si rimuovono gli stimoli quotidiani che lo alimentano.

Un altro rischio è l'attivazione per la prima volta di una sintomatologia post traumatica "trattenuta" fino a quel momento. Una RTPI che ha subito un evento traumatico nel passato ma è apparentemente resiliente, può "crollare" a causa degli stimoli negativi postmigratori.

Inoltre, una donna che vive una situazione post traumatica di ansia, difficoltà, iperarousal, di agitazione, può "contagiare" i figli, cioè far vivere ai figli, soprattutto se piccoli di età, la condizione costante di attivazione ed insicurezza in

cui lei vive, così come contagiosa è la sfiducia verso gli altri che spesso risulta dalle violenze subite. Questa condizione può determinare nei figli gli stessi sintomi della madre, con conseguente bisogno di assistenza.

Tale condizione, detta trauma vicario, si può verificare anche nel personale sanitario che si occupa di questo tipo di pazienti e che ne ascolta i racconti. L'operatore può ad esempio, ascoltando storie di violenze indicibili, iniziare a pensare che gli esseri umani sono cattivi, che forse neanche lui può fidarsi degli altri o contare su di loro e/o sviluppare sintomi post traumatici, ad esempio, di attivazione ansiosa o di ripetizione dell'evento traumatico (che in questo caso è il momento in cui è avvenuto il racconto da parte del paziente). Per questo motivo la formazione è determinante: il trauma vicario è prevenibile con la preparazione del personale e con il confronto continuo in equipe. In alcuni casi più complessi da affrontare (che non è detto siano i casi più gravi) può essere opportuno il ricorso ad una supervisione.

Ciò che impatta la salute mentale delle nostre pazienti sottoposte a violenze, non è tanto la violenza fisica in sé, ma piuttosto la reazione di sgomento rispetto alla possibilità che ha l'essere umano di fare del male; il fatto che una persona sia capace di compiere atti violenti che non si pensavano possibili né immaginabili, delude la naturale fiducia che abbiamo negli altri esseri umani. Avere la consapevolezza che al mondo possano esserci persone così violente può far perdere la fiducia in tutta l'umanità. Per gli operatori sanitari dunque conquistare la fiducia di queste pazienti per affrontare insieme il percorso di cura è complesso e richiede tempo. L'obiettivo però è che le donne RTPI trovino il modo, attraverso la fiducia in noi, di recuperare anche un po' di fiducia negli altri.

L'OMS dà delle indicazioni generali importanti per agire sul problema della violenza sulle donne per quanto riguarda il settore sanitario. Innanzitutto, la problematica dovrebbe essere affrontata in un servizio specifico per le donne che deve essere in grado di favorire spontaneamente il racconto della violenza, senza che ci siano sollecitazioni insistenti al racconto, che possono essere a loro volta una forma di violenza. Il servizio deve essere dotato di personale che possa far fronte alle conseguenze delle violenze, sia dal punto di vista psichico che fisico e tale personale deve essere formato. Ci deve essere inoltre ovviamente la garanzia della privacy e di una risposta comprensiva e multidisciplinare che possa soddisfare le necessità della donna di tipo sociale, psicologico, medico e specialistico (OMS 2020).

Per quanto riguarda le donne RTP vittime di violenza che, oltre ad appartenere al genere femminile, categoria generale più a rischio di violenza, appartengono anche ad una categoria sociale svantaggiata dal punto di vista della storia di vita, delle differenze linguistiche e culturali, della situazione socioeconomica, del riconoscimento dei documenti e di quanto abbiamo detto finora, l'assistenza sanitaria richiede attenzioni ancora più specifiche. Nel colloquio in ambito sanitario con la donna RTP l'ambiente deve essere accogliente, è necessario presentarsi, chiarire i ruoli e spiegare con chiarezza che noi siamo sanitari, non abbiamo niente a che fare con l'ottenimento dei documenti, con il centro di accoglienza, con le forze dell'ordine, la commissione territoriale o il tribunale e siamo tenuti a rispettare la legge sulla privacy e il segreto professionale. Questo è essenziale per costruire un rapporto di fiducia reciproca con le nostre pazienti. L'approccio di genere è importante, ma non bisogna estremizzare. Ad esempio, se la paziente è donna non deve per forza essere visitata da una psichiatra o psicoterapeuta donna, perché l'importante è che lo specialista sia formato al lavoro con i RTP. In tal caso, il fatto che lo psichiatra sia uomo o donna non è particolarmente influente per le pazienti né per il loro percorso terapeutico. A volte può accadere che il genere del mediatore invece faccia la differenza. Infatti, se il mediatore uomo è dello stesso paese della paziente, può capitare che la donna non voglia che sia presente, perché preferisce evitare di raccontare la sua storia davanti a un uomo sconosciuto delle sue stesse origini per paura del suo giudizio. Per questa ragione a volte le pazienti preferiscono un mediatore donna, perché sentita come meno giudicante, o anche uomo che parli la stessa lingua, ma che provenga da un altro paese.

Chiedere alle pazienti cosa si aspettano da noi e chiarire cosa effettivamente possiamo fare per loro è fondamentale. Non bisogna forzare mai il racconto della storia né consentire alla paziente di raccontarla tutta in una volta nei minimi dettagli. Soprattutto al primo colloquio, quando ancora non si è instaurata una relazione di fiducia e il rapporto non è percepito come stabile dalla paziente, il racconto può causare una slatentizzazione di un PTSD, una ritraumatizzazione o un'acutizzazione dei sintomi di PTSD, se già presente. A fine colloquio bisogna fornire tutti gli strumenti per una decisione autonoma, cioè spiegare quello che consigliamo e perché lo consigliamo, assicurarci che la paziente abbia capito e far decidere lei, come dovrebbe avvenire per qualunque paziente italiano o straniero che

sia. Infine, è necessario che ogni membro dell'equipe abbia un ruolo definito e abbia chiaro fin dove arrivano le proprie competenze. I pazienti RTP di frequente hanno problemi sociali, economici, di lingua, rispetto ai documenti o altro, perciò spesso arrivano con mille richieste (dal biglietto dell'autobus, alla mancanza di alloggio, ai problemi nel centro di accoglienza), necessitando dunque di un approccio multidisciplinare. Se i singoli professionisti coinvolti non hanno chiari i propri limiti, si può generare un'insoddisfazione in loro stessi e nel paziente, con il rischio di burn out, perciò occorre fare tutto il necessario nell'ambito di quello che il proprio ruolo consente, potendo però anche contare su un'equipe multidisciplinare perché essa estende le possibilità delle nostre pazienti di ricevere un'assistenza completa. Se non disponiamo di tale equipe, buone relazioni di rete con gli altri servizi possono compensarne la mancanza. La capacità di lavorare in rete o in equipe è una caratteristica che non può mancare negli operatori che lavorano con i RTP, altrimenti si rischia di sentirsi impotenti di fronte alle molteplici necessità del paziente.

Un ruolo fondamentale lo gioca la formazione del professionista al lavoro con il mediatore linguistico culturale e alla cultural competence (Kirmayer 2012; Thackrah & Thompson 2013; Cross et al 1989). La formazione del personale sanitario fa parte dell'elenco dei fattori postmigratori che possono influenzare la salute mentale dei nostri pazienti e che possiamo e dobbiamo incrementare. Può accadere infatti che in alcuni servizi non specializzati ci sia una sottovalutazione delle difficoltà linguistiche e culturali. La presenza del mediatore culturale purtroppo non è scontata nel sistema sanitario nazionale, ma, quando ve ne è necessità, è importante che gli operatori la richiedano sempre. Non si può fare un colloquio e prendere delle decisioni senza capire quello che ci dice il paziente e senza che il paziente possa capirci. Dare per scontato che non ci sia modo di ottenere la mediazione vuol dire dare per scontato che una intera fetta di popolazione venga curata male. Infatti, in ambito sanitario quando i mediatori sono formati e il personale è a sua volta formato al lavoro con il loro ausilio la mediazione culturale fa la differenza in termini di salute dei pazienti (Minas et al 2001; Hudelson et al 2012; Flores 2015, Karliner et al 2007).

La comprensione a livello linguistico è la base per eseguire un colloquio in qualsiasi disciplina nell'ambito sanitario, in particolar modo quando si parla di salute mentale, materia in cui l'attenzione al paziente non può essere semplicemente oggettiva e meccanica. In aggiunta, quando si parla di mente e del linguaggio usato per esprimere ciò che è legato alla psiche, alcuni termini sono diversi a seconda delle culture. In alcune popolazioni i malesseri psichici vengono definiti con espressioni particolari, che derivano dal significato che la cultura attribuisce al malessere stesso. Ad esempio, un paziente del Ghana arriva alla visita dicendo che ha lo spirito del serpente nella gamba. Se uno psichiatra senza alcuna formazione nella cultural competence incontra questo paziente, può erroneamente diagnosticare uno stato delirante. Conseguenze dirette di un personale non formato sono gli errori diagnostici con conseguenti errori terapeutici e prognostici (Kirmayer et al 2011; Adeponle et al 2012; Minsky et al 2003) che possono determinare nei RTP una ritraumatizzazione, l'attivazione di una sintomatologia post traumatica per la prima volta, così come la riacutizzazione e la cronicizzazione di patologie psichiatriche già presenti. Essere formati alla cultural competence non vuol dire avere una preparazione su tutte le culture del mondo, ma assumere un atteggiamento verso il paziente che non dia per scontato niente. I nostri giudizi, pensieri, opinioni sono influenzati dalla nostra cultura, formazione, storia di vita, così come quelli del paziente. Ad esempio, se sentiamo dire che i nigeriani praticano la magia nera, questo non vuol dire che tutti i nigeriani lo facciano e neanche che ci credano! Dobbiamo perciò indagare sempre l'intreccio tra cultura, storia personale e, come psichiatri, lo stato mentale del paziente che in quel momento si trova davanti a noi. La formazione del personale alla cultural competence consente di ridurre il rischio di errori diagnostici, aumentare la compliance dei pazienti, la fiducia nel sistema di cura e la qualità del trattamento (Kirmayer 2012; Thackrah & Thompson 2013; Cross et al 1989). L'ausilio di mediatori linguistico culturali formati, riducendo anch'esso gli errori diagnostici, aumentando la compliance alla terapia e la fiducia nel sistema di cura, ottimizza i risultati nel sistema di urgenza, aumenta la qualità del trattamento, l'efficacia dei servizi di prevenzione e migliora l'accesso ai servizi sanitari (Minas et al 2001; Hudelson et al 2012).

Traumatizzazione Vicaria

Con gli occhi di chi aiuta: le possibili conseguenze di coloro che lavorano con le vittime di trauma

Di Maria Guerra

“Se ora passiamo ad esaminare le esperienze che hanno avuto conseguenze traumatiche nei nostri pazienti, vi troviamo eventi violenti che vanno dal vivere costantemente sotto una condizione di guerra nell'infanzia, fino alla tortura da adulto, passando attraverso abuso/violenza fisica e/o sessuale, perdite traumatiche improvvisate e violente, prigionia, neglect severo, e molte altre. Ma quello che è importante sottolineare è il fatto che non è necessario che il soggetto sia stato direttamente vittima di tali violenze per sviluppare una patologia post-traumatica: basta che abbia assistito come testimone diretto a quanto è accaduto, o che in particolari condizioni abbia anche solamente ascoltato il racconto di tali violenze. Quest'ultimo è quello che si chiama trauma vicario, la forma di trauma cui siamo esposti tutti noi nell'esercizio del lavoro, e tutto il personale che spesso con scarsa formazione viene arruolato nei campi di accoglienza ed esposto al trauma e alla sua narrazione (Vercillo - Guerra 2019).

Nei precedenti moduli di questo corso è stata fatta una disamina accurata e una descrizione delle manifestazioni cliniche dei disturbi post traumatici, dei criteri di valutazione e delle indicazioni di gestione di tali manifestazioni. L'obiettivo è la costruzione di un linguaggio comune e l'acquisizione di strumenti utili nel lavoro dei professionisti e degli operatori che si occupano di richiedenti asilo e di rifugiati e in generale di coloro che lavorano con persone vittime di trauma. In questa breve esposizione si cercherà di declinare l'argomento spostando il focus del disquisire su coloro che a vario titolo, non solo psichiatri e psicologi, lavorano con le persone traumatizzate e per le quali il trauma vicario è una delle possibili conseguenze (medici, infermieri, assistenti sociali, operatori legali, operatori di comunità, mediatori, volontari). I mestieri di aiuto, per chi ne fa esperienza quotidiana, utilizzano la relazione come strumento privilegiato d'intervento, l'incontro professionale è sempre e comunque un incontro tra persone e affinché possa funzionare ed essere utile dal punto di vista terapeutico non basta la conoscenza, l'ascolto, la gestione delle dinamiche di colui di cui ci prendiamo professionalmente cura, cose assolutamente fondamentali e mai scontate, ma anche la conoscenza di quello che può succedere in noi e quanto questo possa influire nella relazione d'aiuto quando lavoriamo in questi contesti. È importante comprendere quanto il nostro eventuale malessere o difficoltà derivi da una condizione personale e quanto questo possa interferire nella nostra attività lavorativa e viceversa quanto la nostra attività lavorativa in quel momento possa danneggiare e circolarmente influire negativamente nella relazione di cura o di qualsiasi intervento professionale di consulenza e accompagnamento.

Può accadere di avere un problema familiare o personale che prende più energie del solito, più spazio mentale, che preoccupa o determina una diminuzione di energie e di attenzione, ma le cui conseguenze non interferiscono nell'ambiente lavorativo, la professionalità non viene messa in discussione, le relazioni lavorative non vengono danneggiate: questo rientra nella normalità della vita. A volte, invece, accade che alcune problematiche, alcune difficoltà, entrino nella nostra attività lavorativa, la disturbino o la danneggiano e quindi ci costringano a fermarci, a riflettere su ciò che sta accadendo e a intervenire. Questa condizione è descritta in maniera chiara e per certi versi crudele in un film del 2001 diretto da Nanni Moretti

“La stanza del figlio” in cui uno psicoanalista dopo la morte del figlio adolescente non si sente più in grado di continuare il proprio lavoro, che viene radicalmente rimesso in discussione e alla fine interrotto. In tutti e due casi accennati sopra il problema non è lavorativo, ma personale, può entrare o no nella nostra attività e sta a noi gestirlo utilizzando un repertorio di risorse personali, una raccolta di accorgimenti, rimedi e ricchezze pratiche più o meno ampia a seconda delle dotazioni innate, o di quanto appreso per via culturale, familiare, o personale.

Altre volte problemi emotivi, psicologici e comportamentali sono in parte o del tutto la conseguenza di ciò che accade nella nostra attività lavorativa. Può capitare, per esempio, di sentirci progressivamente esauriti dal punto di vista emozionale, di non avere più risorse ed energie sia fisiche che psichiche da investire nel nostro lavoro. Ci sentiamo sovraccaricati di compiti, irritabili, indifferenti o cinici. Adottiamo comportamenti distanzianti o respingenti

nei confronti dei pazienti e dei colleghi, tendiamo a pensare inutile il mettere in campo risorse per cercare di costruire cambiamenti che vediamo improbabili con conseguente riduzione dell'efficacia professionale. Questa sindrome che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha incluso nella nuova versione dell'undicesima International Classification of Diseases (ICD – 11) che entrerà in vigore nel 2022 è da tempo nota e definita con il termine di origine inglese Burn out, che letteralmente significa "bruciato", "esaurito" o "scoppiato". Le variabili esterne sono determinanti per definire il burn out, tanto che per l'OMS il burn out è un "fenomeno occupazionale" derivante da uno stress cronico associato al contesto lavorativo, non una malattia. Possono sicuramente contribuire, come in tutti i casi che vedremo, fattori personali che favoriscono o meno l'insorgenza di questa sindrome, ma prevalentemente è caratterizzata da problemi di tipo strutturale organizzativo. La Maslach (1997) sottolinea nel contempo la componente emozionale e relazionale individuando tre dimensioni principali 1) Esaurimento emotivo in cui prevale la risposta adattiva disfunzionale di fronte alle eccessive richieste dovute al contatto con la gente; 2) La spersonalizzazione caratterizzata da atteggiamenti di rifiuto nei confronti delle persone; 3) La riduzione delle capacità personali cioè ridotta motivazione al successo, diminuzione dell'autostima e delle capacità di affrontare le condizioni di fatica del lavoro. Un'altra condizione psicologica conseguente all'attività lavorativa svolta riguarda le professioni che oltre ad avere un'elevata implicazione relazionale e di responsabilità sono anche esposte a vissuti di sofferenza avendo a che fare con la malattia, il dolore o la morte. Lo psicologo Charls Figley, in seguito al suo lavoro con i veterani del Vietnam ha coniato il termine Compassion Fatigue per descrivere le conseguenze emotive, cognitive e comportamentali di questa condizione. Scegliere una professione d'aiuto con la motivazione di comprendere la sofferenza altrui e di porvi rimedio, cioè scegliere una professione in cui si esercita la compassione può avere delle conseguenze che secondo Figley si inseriscono in un continuum che va da un estremo positivo, di soddisfazione lavorativa (Compassion Satisfaction) a un estremo negativo, di logoramento (Compassion Fatigue). Può accadere che in mancanza di strategie di coping adeguate e in seguito ad un'esposizione prolungata al dolore ciò che ci faceva sentire soddisfatti (Compassion Satisfaction) gradualmente, nel tempo ci affatica, diminuisce, ci fa sentire insoddisfatti. Ci siamo spesi troppo, siamo entrati troppe volte in relazione con il dolore e la sofferenza. La Compassion Fatigue è una forma di Distress cronico che determina una diminuzione del desiderio di prendersi cura e si manifesta in varie forme con episodi di disperazione, ansia generalizzata, disturbi del sonno, instabilità emotiva, perdita di obiettività, modalità di comportamento tendenti all'isolamento, che in alcuni casi possono sovrapporsi ad alcuni sintomi del Disturbo da stress posttraumatico, quali evitamento, confusione, intrusioni (Figley, 2002). Sovrapponibili, ma non corrispondenti: il trauma infatti diversamente dallo stress o dal distress provoca fratture, supera la normale capacità dell'individuo di usare normali meccanismi di coping o di sostegno per adattarsi alla situazione esterna. Se il trauma è complesso può stravolgere e confondere il quadro di riferimento individuale come per esempio le credenze su se stesso e sul mondo. La frattura traumatica però può avvenire non solo per esperienza diretta, ma anche per esperienza indiretta. Il criterio A del DSM 5 per il disturbo da stress post-traumatico specifica che per fare diagnosi ci deve essere una "esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: 1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i. 2- assistere direttamente ad un evento/i traumatico/i accaduto ad altri. 3- venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto ad un membro della famiglia oppure a un amico stretto..... 4- fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abuso su minori) ". Il criterio 4 non si applica però all'esposizione attraverso i media a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto. Molta letteratura che riguarda i testimoni indiretti appartiene al campo della Psicologia dell'Emergenza, una disciplina che ha come finalità lo "studio dei fenomeni psichici, affettivi, emotivi, cognitivi e comportamentali, che insorgono in situazioni di emergenza e nelle risposte da dare alle persone, ai soccorritori, ai gruppi ed alle comunità coinvolte in eventi traumatici". (Ordine Psicologi Lazio 2016) I soccorritori che operano sul teatro dell'evento disastroso (medici, vigili del fuoco, volontari etc.) possono non solo essere esposti a incidenti critici potenzialmente traumatici nel corso della propria attività, ma anche prestare aiuto a coloro che ne sono rimasti direttamente coinvolti, possono manifestare gli stessi sintomi delle vittime del disastro, possono pur non avendoli vissuti in prima persona, ma essendo venuti a contatto con le storie o le manifestazioni emotive e comportamentali delle vittime, manifestare i sintomi di un disturbo da stress posttraumatico una volta tornati a casa. In questi casi è possibile parlare di un trauma vicario. Si ha un trauma vicario quando pur non avendo vissuto un evento traumatico né essendone stati testimoni, ma solo per essere stati esposti all'ascolto ripetutamente delle storie di coloro che lo hanno vissuto, che sono state vittima di un trauma, qualcosa si rompe all'improvviso anche

dentro di noi : non sempre accade , ma è possibile. I sintomi sono gli stessi del PTSD se pur in forma attenuata: oltre ad avere un sintomatologia ipo o iperattivante , sintomi intrusivi associati all'evento , evitamento, alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate sempre all'evento, si avverte un cambiamento delle cognizioni, dell'immagine che abbiamo del mondo e di noi stessi. C'è un prima e un dopo: il mondo che appariva un luogo sicuro per quanto imprevedibile, faticoso o complesso, è diventato pericoloso, i colleghi con i quali avevamo una buona relazione diventano poco affidabili, il sospetto e il ritiro sociale assumono la valenza di modalità difensive e protettive. Abbiamo sviluppato un trauma pur non avendolo vissuto, né visto, ma avendo ascoltato ... ascoltato ... ascoltato ripetutamente le storie di chi ne è rimasto vittima. L'ascolto è un'azione che implica comprensione quindi una partecipazione attiva e una "fatica". Ascoltare significa comprendere all'interno di una relazione di fiducia di buona qualità affettiva e percepite condizioni di fiducia e sicurezza . L'esposizione senza pelle, lo stare completamente dentro , l'esposizione improvvisa e violenta o l'esposizione continua ininterrotta e prolungata, può danneggiare chi ascolta. L'ascolto , che non è un mero sentire oltre che faticoso e rischioso può essere a volte terrifico quando il vissuto dell'altro incontra parti di noi non ancora risolte. Non si deve infatti confondere il trauma vicario con la riattivazione delle memorie traumatiche : può succedere che i sintomi postraumatici descritti si riattivino, in una persona che è stata precedentemente vittima di un trauma non del tutto superato o i cui sintomi non sono mai emersi (i sintomi post traumatici infatti possono manifestarsi anche dopo anni dall'evento). In questo caso non si parla di trauma vicario, ma di riattivazione del trauma vissuto in precedenza: il trauma è della persona che ascolta e il racconto dell'altro lo può avere riattivato. Per questo è sempre importante prestare molta attenzione alla storia personale di chi esercita un mestiere di cura soprattutto in contesti in cui è probabile o sicuro il lavoro con persone traumatizzate. Potrebbe essere un fattore di rischio per noi e per le persone che vogliamo curare . Per esempio lavorare con i migranti e nello specifico con i richiedenti asilo e i rifugiati, spesso necessita della presenza di un mediatore sia nei contesti dedicati alla cura che in quelli dell'accoglienza. I mediatori, parte integrante del setting psicologico i cui interventi assumono una rilevanza fondamentale nella comprensione del paziente e nella cura, possono essi stessi avere vissuto eventi traumatizzanti simili a quelli che ogni giorno ascoltano. E' evidente con questo esempio come la storia personale che a volte può , attivando risorse acquisite essere un fattore protettivo, in alcuni casi possa essere un fattore di rischio che deve sempre essere valutato quando ragioniamo del trauma vicario e in generale di tutte quelle problematiche che possono derivare o essere conseguenti delle relazioni di cura. Un secondo fattore di rischio può essere individuato nella difficoltà nel mantenere un'adeguata distanza relazionale , mantenere i confini , dovuto a un'eccessiva sensibilità o una malintesa empatia che porta ad internalizzare il dolore dell'altro.

L'empatia è efficace quando si svolge ad un livello principalmente cognitivo e ci permette attraverso un'identificazione speculare di comprendere cosa sta sentendo l'altro , quando, cioè, viene intesa come una capacità di comprendere gli altri come differenti da noi. Può essere dannosa quando invece porta ad internalizzare il dolore altrui , a fonderci con l'altro ad eliminare i confini, quando la storia che ascoltiamo diventa la nostra o la nostra si confonde con quella dell'altro le emozioni possono sopraffare incontrollatamente e confusivamente inficiando il rapporto ,per esempio terapeutico, e ponendo le basi per una probabile patologia. Si possono comprendere le emozioni dell'altro, se è chiaro che sono differenti dalle nostre, si può empatizzare solo se non si è invischiati, confusi, nel senso etimologico del termine cioè mescolati insieme senza distinzione e senza ordine, chi è empatico partecipa, non si fonde con l'altro. Nel training del clinico si lavora molto per il raggiungimento della distanza ottimale con il paziente, che è differente per ogni paziente e serve a salvaguardare sia lui che noi stessi. Un terzo fattore di rischio riguarda gli aspetti strutturali organizzativi in cui c'è una scarsa o nulla organizzazione del lavoro e una non chiara definizione dei ruoli e dei compiti. Un efficace lavoro d'equipe, per esempio richiede una chiara suddivisione dei ruoli degli operatori tenendo presente quali dovrebbero essere le competenze specifiche, gli strumenti messi a disposizione o quali i criteri di valutazione. La definizione chiara del ruolo e dell'identità lavorativa permette di eliminare false aspettative, richieste inattuabili, carichi di lavoro insostenibili. Per esempio, chi lavora con i richiedenti asilo e i rifugiati ha avuto esperienza di quanto sia difficile la definizione dei ruoli e dei compiti all'interno dei vari centri di accoglienza e quanto questo possa ricadere sulla salute non solo di chi si accoglie , ma degli operatori stessi. La scarsa o nulla organizzazione di lavoro, favorisce condizioni di distress, che nel campo di cui si sta trattando vanno oltre ad un burn out, facilitando una sindrome post-traumatica secondaria. Fattori di rischio sono le aspettative irrealistiche nei confronti dell'assistito e di noi stessi, riguardante il suo benessere o il suo percorso d'integrazione (...lo salverò) e comportamenti che creano confini deboli tra la vita personale e quella professionale, tra personale e

assistiti. Aspetti generali come l'eccesso di fatica o di stress, la tendenza all'isolamento, a non confrontarsi con gli altri componenti del servizio in cui si opera o chiedere aiuto ai colleghi sono considerati a pieno titolo fattori predisponenti ad un rischio relativo al trauma vicario. Detto questo è consequenziale che i fattori protettivi, come spesso accade, si rivelino in parte l'altra faccia della medaglia dei fattori di rischio. Fondamentale, per prevenire l'insorgenza del trauma vicario, sarà quindi definire chiaramente i ruoli, i contesti e avere una buona organizzazione lavorativa, non essere sovraccaricati di aspettative irrealistiche e impossibili da raggiungere da parte dei servizi in cui si lavora, conoscere i limiti del proprio lavoro e se si opera in equipe avere un obiettivo condiviso. Le riunioni periodiche di lavoro sono utili e possono servire anche a riaffermare e nel caso modificare, gli scopi, gli obiettivi e i mezzi del gruppo di lavoro. Non isolarsi, ma chiedere consiglio e aiuto al gruppo in cui si lavora. Sicuramente la supervisione è uno strumento utile e per i professionisti della salute indispensabile, anche se deve essere ben contestualizzata. La supervisione di gruppo per esempio all'interno di un contesto di lavoro non deve essere focalizzata su temi personali, che se emergono devono essere inviati a percorsi in altra sede, ma può servire principalmente per migliorare la gestione lavorativa e quindi migliorare quei fattori di rischio che possono concorrere all'insorgenza di disturbi psicologici come la traumatizzazione vicaria. Dal punto di vista personale non è in questo caso una banalità dire che possiamo proteggerci «conoscendoci» che è il presupposto per mettere in atto una serie di comportamenti utili per lavorare in questo campo quali porsi chiari obiettivi di vita personale, porre limiti alle aspettative, imparare a conoscere i propri limiti nel lavoro e nei carichi di lavoro, cercare di tenere distinti gruppi personali da quelli di lavoro, sapere ricaricare le batterie con regolarità, non solo quando assolutamente necessario, cercare di dedicarsi nel tempo libero ad attività sportive, fare esercizio fisico, meditazione, la Mindfulness è uno strumento utile nell'affrontare alcuni sintomi e condizioni relative a situazioni stressanti. Così come anticipato all'inizio, conoscere i meccanismi del trauma e sapere riconoscere i segnali, è sicuramente un fattore protettivo che permette di monitorare e monitorarci cogliendo all'origine le criticità leggendo i campanelli di allarme personali e ambientali. Cosa possiamo fare allora quando ci succede di riconoscere i sintomi di uno stress eccessivo. Intanto il riconoscerli è già un primo passo significa che la capacità autoriflessiva e la conoscenza sull'argomento sono efficaci. Evitare di isolarsi e confrontarsi con i colleghi e soprattutto con il gruppo di lavoro e nel caso di un trauma vicario rivolgersi ad uno specialista. *Conoscere i meccanismi alla base del fenomeno e le strategie per fronteggiarlo è il primo passo verso la promozione del benessere individuale e della soddisfazione professionale*

Bibliografia

AAVV, Quaderni del SAMIFO,1 e 2, 2016-2017.
<https://www.aslroma1.it/quaderni-del-samifo>

Achotegui J. La depresion en los inmigrantes: una perspectiva transcultural, Mayo 2002, Barcelona.

American Psychiatric Association DSM -5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali
Raffaello Cortina Editore 2014

AMREF Health Africa (2019), Our vision to end FGM/C by 2030.
<https://amrefusa.org/wp-content/uploads/2019/12/FGM-Vision-2030.pdf>

Bhugra D., Migration and mental health, in "Acta Psychiatrica Scandinavica", 109, 2004, pp. 243-258.

Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2015;15(1):29.

Boss, P., Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief. Harvard University Press, 2000.

E. Cantor-Graae, J-P. Selten, Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review, in "The American Journal of Psychiatry", 162, 2005, pp. 12-24.

Falicov, C. J., Ambiguous loss: Risk and resilience in Latino immigrant families. In M. Suarez-Orozco, & M. Paez (Eds.). Latinos: Remaking America (pp. 274-288), 200, Berkeley: University of California Press.

Fazel M. et al, Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. Lancet: 9-15 Apr, 2005

Figley R., 2002 – Compassion Fatigue: Psychoterapists' chronic lack of self-care – Psychoterapy in practice, vol. 58 (11)

Grandori M., Quando le esperienze traumatiche non colpiscono solo il paziente: il trauma vicario nel terapeuta
<https://www.stateofmind.it/2015/07/trauma-vicario-terapeuta/>

http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

Insel T.R., Rethinking Schizophrenia, Nature, vol 468, 11 November 2010, pp.187-193

Kiss L. et al, Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low- and middle-income countries. Conflict and Health volume 14, Article number: 11 (2020)
<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-020-0254-5>

Laban CJ, Gernaat H, Komproue ih, Schreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. J Nerv Ment Dis 2004, Vol. 192, pp. 843-51

Linee Guida dell'Ordine degli psicologi del Lazio "Best Practices per gli Psicologi che operano in contesti di emergenza iscritti all'Ordine degli Psicologi del Lazio" 2016

Maslach C., La sindrome del burnout. Assisi: Cittadella Editrice 1992

Momartin S, Steel Z, Coello M, et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. Med J Aust. 2006, Vol. 185(7), pp. 357-361.

Morgan C., Knowles G., Hutchinson G., Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. World Psychiatry, 2019, 18, pp. 247-258

Norman R.E. et al, The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A

Systematic Review and Meta-Analysis, Plos Medicine, November 2012, 9, 11.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507962/pdf/pmed.1001349.pdf1>

OMS (2014)a Global status report on violence prevention 2014,

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/

OMS (2014)b Social Determinants of Mental Health.

OMS (2020) Infographics

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>

Porter M. & Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons, JAMA 2005, Vol 294 (5), pp.602-612.

Priebe et al (2016), Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326308/9789289051651-eng.pdf>

Selten J.P. & Cantor-Graae E., Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? in "British Journal of Psychiatry", 191, 51, 2007, pp. 9-12.

Silove D., Steel, Z., McGorry P., Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants, Acta Psychiatrica Scandinavica 1998, Vol.97, pp. 175-181.

Steel Z, Silove D, Brooks R, et al. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. Br J Psychiatry. 2006, Vol.188, pp.58-64.

Steel Z. et al., Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. JAMA, August 5, 2009, Vol 302, 5, pp. 537-549.

Stilo A. & Murray R., Non-genetic factors in schizophrenia, Current Psychiatry Reports, 2019, 21: 100

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1091-3>

Vercillo E., Guerra M., Clinica del trauma nei rifugiati. Un manuale tematico, 2019, Mimesis Edizioni

W.H.O., Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

W.R.C. (Women's refugee commission), More than one Million Pains: Sexual violence against men and boys on the central Mediterranean route to Italy. 25 Marzo 2019.

<https://www.acaps.org/sites/acaps/files/key-documents/files/libya-italy-report-03-2019.pdf>

