

Immigrazione e salute mentale

Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale

Marco Mazzetti

psichiatra, analista transazionale didatta, Milano - Area Sanitaria Caritas Roma,
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Italia

Salvatore Geraci

Caritas Italiana, Roma, Italia

Abstract This chapter discusses psychopathological issues related to migration with particular attention to the so-called “forced migrants”, migrants who are forced to flee their countries to save themselves due to violence. As a consequence, they are more at risk for mental health issues due to the lack of a migration project (which is a resilience factor in migrants) and to the psychotraumatic experiences they suffered. We will describe the psychopathological reactions in traumatized persons, the effect of re-traumatization they suffer in transit countries, the role of Post-Migration Living Difficulties occurring in Italy in worsening mental health of asylum seekers. Finally, we will discuss present difficulties of the Italian National Health Service to adequately cure them, and the indication given by the Italian National Guidelines to create services dedicated to these issues.

Keywords Asylum seekers. Refugees. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Psychotraumatology. Psychopathology.

Sommario 1 Introduzione. - 2 Traumatizzazione e ritraumatizzazione. - 3 Esiti di torture e violenze sulla salute mentale. - 4 Accogliere il paziente traumatizzato. - 5 Politiche per la salute e linee guida per la tutela assistenziale. - 6 Conclusioni.



Edizioni
Ca' Foscari

Sapere l'Europa, sapere d'Europa 5

e-ISSN 2610-9247 | ISSN 2611-0040

ISBN [ebook] 978-88-6969-358-8 | ISBN [print] 978-88-6969-359-5

Peer-review | Open access

Submitted 2019-06-20 | Accepted 2019-07-01 | Published 2019-12-06

© 2019 | © Creative Commons Attribution 4.0 International Public License

DOI 10.30687/978-88-6969-358-8/019

1 Introduzione

Lo straniero separato dai suoi concittadini
e dalla sua famiglia
dovrebbe ricevere un amore maggiore
da parte degli uomini e degli dei
(Platone)

La *Heimweh*, questa malattia così spesso mortale, non è stata finora descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla Patria, e che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di *mal du pays* (malattia della patria), e, poiché essa non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da *nòstos*, il ritorno in patria, e *àlgos*, dolore e sofferenza.

Così il medico svizzero Johannes Hofer descriveva, nella sua tesi di dottorato del 1688, una malattia che osservava tra i mercenari svizzeri, presso i quali svolgeva la sua opera di medico: non solo ha coniato un termine che da allora descrive con efficacia quel particolare sentimento di chi lascia un ambiente caro, ma ha anche dato quella che probabilmente è la prima codificazione psichiatrica di una patologia dell'emigrazione. Egli, inoltre, come terapia di un quadro clinico psichiatrico proponeva un intervento di tipo sociale: il trasloco del paziente nella sua terra. Nella *Dissertatio Medica de Nostalgia* di Hofer ci sono già *in nuce* gli elementi riconosciuti come essenziali nella moderna psichiatria dell'immigrazione: un ruolo decisivo è giocato dall'esperienza stessa di migrare, e dalle condizioni di vita in cui gli emigrati/immigrati si trovano a vivere; di conseguenza, anche gli interventi curativi e riabilitativi non possono prescindere, per essere efficaci, dalla dimensione sociale.

Fatto salvo il precedente di Hofer, è però dall'Ottocento che le osservazioni cliniche sulla salute mentale degli immigrati cominciano a trovare uno spazio regolare sulle pubblicazioni scientifiche; tuttavia per molti anni esse hanno presentato caratteristiche essenzialmente aneddotiche, e fino alla metà del Novecento sembrano soprattutto aver contribuito a creare e a mantenere stereotipi e pregiudizi contro gli immigrati, presentati non di rado come soggetti con una certa tendenza all'instabilità e alla vulnerabilità psichica (Ranney 1850; Foville 1875; Ødegaard 1932). Queste idee contrastano, prima ancora che con le successive evidenze scientifiche, con il buon senso, se consideriamo che nella storia dell'umanità, lo stile di vita stanziale è da considerarsi l'eccezione, piuttosto che la regola, dato che la specie *homo sapiens sapiens* è stata, nel corso dei circa 130.000 anni della sua storia, soprattutto nomade.

In anni recenti, la letteratura scientifica si è piuttosto focalizzata sull'identificazione di quei fattori in grado di promuovere, o viceversa di mettere in pericolo, la salute psichica degli immigrati.¹ Per quanto riguarda l'Italia, terra di immigrazione privilegiata per millenni a causa delle condizioni di vita particolarmente favorevoli (clima, fertilità della terra, centralità politica, amministrativa e geografica), divenuta per circa un secolo e mezzo terra di emigrazione (tra Ottocento e Novecento) e poi da un trentennio tornata alla sua vocazione storica di luogo di attrazione per le popolazioni in movimento, le osservazioni cliniche e la ricerca scientifica sono relativamente recenti, proprio per l'intervallo storico in cui l'Italia ha dimenticato la propria connotazione immigratoria per diventare Paese di emigrazione, per un periodo breve nella storia dell'umanità ma lungo se paragonato alla vita media di noi esseri umani, tanto da far dimenticare una realtà storica più che millenaria.

Le osservazioni hanno quindi cominciato a svilupparsi a partire dagli anni Novanta del secolo passato: i dati raccolti nel corso di numerose indagini epidemiologiche, hanno consentito di definire quello che è stato chiamato «effetto migrante sano» (Costa 1993; Geraci 1995). Cioè: gli immigrati partono sani dal proprio Paese (cosa abbastanza ovvia, se si considera quanto impegnativo sia, in genere, il percorso migratorio, e come richieda buona salute per essere affrontato), e sani di norma arrivano nel Paese ospite. Queste osservazioni, che si riferiscono a studi dei primi anni Novanta, sono stati regolarmente confermati in seguito (WHO 2018): non esistono in misura significativa patologie da importazione tra gli immigrati nel nostro Paese. Questi dati, riferiti all'epidemiologia complessiva dell'immigrazione in Italia, si sono rivelati validi anche in ambito psichiatrico: i tassi di ospedalizzazione per diagnosi psichiche tra gli immigrati sono stati particolarmente bassi nonostante quanto ci si sarebbe potuto attendere per la presenza di fattori di rischio legati all'esperienza migratoria.

Per quanto riguarda la salute in generale, le osservazioni clinico-epidemiologiche hanno semmai consentito di rilevare, in base alle caratteristiche dei ricoveri ospedalieri della popolazione immigrata confrontata con quella italiana, che a incidere maggiormente sulla salute sono piuttosto le condizioni di impianto nel Paese d'arrivo. In altre parole, gli immigrati si ammalano in Italia a causa delle condizioni di vita in cui si trovano a vivere: ad esempio, mostrano tassi di

1 Mentre, parallelamente, si è anche andato diffondendo un atteggiamento di attenzione alle differenti sensibilità culturali, che è andato sotto il nome di 'etnopsichiatria'. Con questo termine ci si riferisce alla cura della sofferenza psichica contestualizzata nei riferimenti culturali del paziente: è una definizione che noi non amiamo, perché riteniamo che nessuna buona psichiatria possa trascurare la cultura del paziente, e il termine etnopsichiatria rischia quindi di diventare una tautologia.

ospedalizzazione per infortunistica sensibilmente più elevati rispetto agli italiani, perché si concentrano maggiormente nelle attività lavorative più pericolose (Geraci 2001; Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane 2005-18; INAIL 2012).

Anche in ambito psichiatrico si sono fatte osservazioni analoghe: le cosiddette *Post-Migration Living Difficulties* (PMLD: difficoltà di vita in terra di immigrazione) sembrano giocare un ruolo nella genesi e nel mantenimento delle reazioni post-traumatiche, da disadattamento e somatizzazione, indipendentemente da altri fattori di rischio, inclusi i traumi subiti in patria prima della partenza (in specie per quanto riguarda i migranti forzati) o quelli sofferti durante il percorso migratorio (Aragona et al. 2011, 2012a, 2013, 2014). Queste osservazioni hanno suggerito ai ricercatori di concentrarsi soprattutto sulla comprensione delle dinamiche migratorie, e su come queste influenzino la salute psichica degli immigrati, per identificare i fattori protettivi e quelli di rischio in grado di influirvi.

Queste considerazioni, che hanno mantenuto una sostanziale validità per oltre un ventennio, sembrano però avere la necessità di qualche aggiustamento legato ai fenomeni avvenuti nel corso degli ultimi anni, durante i quali abbiamo osservato un cambiamento sia di tipo socio-demografico, sia legato al percorso migratorio dei nuovi arrivati.

Si è passati, infatti, a partire dalla cosiddetta 'Emergenza Nord Africa' nel 2011, da una migrazione ordinaria di tipo economico a un'altra essenzialmente di profughi, che presentano percorsi migratori prolungati e spesso estremamente duri. Chi opera nel settore ha inoltre visto crescere il numero di assistiti di basso livello di istruzione, spesso analfabeti, e con storie non solo di psicotraumatologia ma anche talora di emarginazione sociale precedente l'emigrazione. Le ragioni di questo fenomeno non sono ancora del tutto chiare, e ci mancano anche dati ufficiali in grado di confrontare con precisione, e sui grandi numeri, ad esempio, i livelli di istruzione dei nuovi arrivati con la precedente immigrazione in Italia, che mostrava una popolazione con livelli di istruzione medio-alti (Coccia, Pittau 2016).

Siamo francamente in difficoltà nel commentare questa nuova realtà, proprio per l'assenza di dati che ci consentano ragionamenti basati su osservazioni scientifiche ragionevolmente affidabili, e l'ultima cosa che vogliamo è aggiungere la nostra voce al coro di chi parla dell'immigrazione seguendo impressioni personali e per sentito dire. Tuttavia, ci troviamo a dover scegliere se tacere completamente questa che ci appare a tutti gli effetti come una nuova realtà, o parlarne, sia pure con tutte le prudenze e le riserve del caso. Abbiamo scelto questa seconda opzione perché prendere atto dei cambiamenti che appaiono essere in corso ha notevoli implicazioni sia per le possibili scelte socio-assistenziali da compiere, sia soprattutto per i bisogni sanitari che da essa stanno emergendo. E non solo in ambito psichiatrico, dato che la cosiddetta *health literacy* (che pos-

siamo tradurre con 'alfabetizzazione sanitaria') è un fattore chiave nella protezione della salute ed è strettamente collegata ai livelli di istruzione generale.

Pur in assenza di dati numerici, infatti, la realtà riportata dagli operatori impegnati nell'assistenza ai profughi e richiedenti asilo, sia nello SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) sia negli altri sistemi di accoglienza, è costantemente coerente con l'osservazione del mutamento socio-demografico di cui si è detto. Negli stessi anni, inoltre, è stato possibile registrare (Baglio et al. 2018) un cambiamento nei tassi di ricovero per problemi psichiatrici negli ospedali psichiatrici italiani, che merita qualche commento. In generale, infatti, in Italia i tassi di ricovero per patologie psichiatriche tra gli stranieri erano tradizionalmente più bassi di quelli tra gli italiani. Questa dinamica resta invariata anche negli ultimi anni per quanto riguarda gli immigrati in generale; tuttavia, se si seleziona la popolazione dei giovani maschi provenienti dai Paesi da cui attualmente arrivano i migranti forzati richiedenti asilo, si vede che successivamente al 2011 la curva dei tassi di questo sottogruppo si impenna superando di molto sia quella degli altri immigrati, sia quella degli italiani. In sostanza, è come se in questa popolazione vi fosse una vulnerabilità maggiore che porta più spesso le persone a ricoverarsi, e ciò coincide temporalmente con la disgregazione dello stato libico, con il conseguente caos che ha portato a un aumento delle partenze (anche di persone che non avevano preventivato di venire in Europa) e a un aumento delle gravi esperienze traumatiche in quel Paese (incarcerazioni, percosse, lavoro forzato, malnutrizione e disidratazione, abusi e violenze fisici e sessuali, torture).

La fonte ministeriale da cui lo studio di Baglio et al. (2018) prende i dati non consente un'analisi più fine in base alla scolarità, all'essere o meno un effettivo richiedente asilo/rifugiato, etc. Tuttavia, i dati sono sufficienti a suggerire chiaramente che in quella popolazione qualcosa di nuovo sta avvenendo, che il profilo di salute mentale non è più buono come quello degli immigrati arrivati nei decenni passati, e che questo pone una sfida al sistema sanitario nazionale. Suggerimento, questo, confermato anche da un'indagine qualitativa condotta su un campione di operatori sociali e psichiatrici in Italia: «Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia di psichiatri operanti in strutture pubbliche, è emersa una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta e in assenza di un progetto migratorio chiaro» (Medici Senza Frontiere 2016, 11).

2 Traumatizzazione e ritraumatizzazione

La migrazione di per sé è un evento complesso che può essere vissuto in maniera traumatica. Tuttavia in psicotraumatologia quando si parla di traumi, o meglio di eventi potenzialmente traumatici, è d'uso riferirsi a quegli eventi che la persona subisce direttamente o di cui è testimone, o di cui viene a conoscenza se riguarda persone della sua stretta cerchia, caratterizzati da «morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale» (American Psychiatric Association 2013). Questa definizione copre un amplissimo spettro di possibili eventi: catastrofi naturali, incidenti, episodi avvenuti in battaglia, aggressioni, violenza pubblica e privata, etc. In questi casi la migrazione, specie se avviene nelle condizioni difficili cui abbiamo accennato in precedenza, può costituire, come vedremo, un evento ritraumatizzante.

Oggi sempre di più, a causa degli stravolgimenti geopolitici in seno a molti Paesi africani e asiatici, per i richiedenti protezione internazionale ognuno di questi eventi può essere occorso, ed in più vi è spesso una specificità legata al fatto che nei casi di esposizione a situazioni di violenza subita (e che ha spinto la persona a scappare dal proprio Paese, la cosiddetta 'migrazione forzata') essa è di tipo internazionale. Ciò vuol dire che qualcuno ha perpetrato atti brutali volti a infliggere dolore e/o morte per scopi definiti, verso qualcun altro, in modo volontario e consapevole. Questo comporta una maggior peculiarità del trauma, definito anche 'trauma estremo': violenze interpersonali ripetute, praticate volontariamente da una persona e/o da un gruppo, in una situazione di privazione della libertà.

L'esempio simbolo di tale tipologia di esperienza è quello della tortura, definita dall'ONU:

qualunque atto che per mezzo di gravi dolori o sofferenze, o fisiche o mentali, sia intenzionalmente inflitto a una persona per scopi quali ottenere da questa o da terzi informazioni o una confessione, punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o si sospetta che abbia commesso, o intimidire o costringere essa o una terza persona, per una ragione qualsiasi basata su una discriminazione di qualunque tipo, quando tale dolore o sofferenza è inflitta da o su istigazione di o con il consenso o il tacito consenso di un pubblico ufficiale o di altra persona che agisce nell'ambito delle sue funzioni ufficiali.²

In generale, oltre alla tortura, si parla di 'trattamenti inumani e degradanti' per tutte quelle violenze intenzionali che minano profonda-

² https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-9&chapter=4&clang=_en (2019-10-15).

mente la dignità della persona (per esempio, la riduzione in schiavitù o la tratta), anche se non perpetrate da pubblici ufficiali. Molti emigranti che giungono in Italia con gli sbarchi e la quasi totalità dei richiedenti protezione internazionale denunciano di aver subito eventi di questo tipo, soprattutto prima della partenza dal proprio Paese (in questo caso il trauma ha agito come *push factor*), così come durante il passaggio in Paesi di transito (violenze dei *passseurs*, sequestri, detenzioni, stupri).

Questi eventi sono 'potenzialmente' traumatici, poiché si è riscontrata un'importante differenza tra esposizione a eventi psicotraumatici ed effettiva prevalenza del Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD). Ciò vuol dire che se da un lato l'evento-trauma in sé provoca un complesso corteo di reazioni psicologiche, dall'altro lato non c'è una relazione di necessità tra trauma e PTSD. In altre parole, non c'è una relazione causa-effetto diretta, ma interviene un'altra serie di fattori tra i quali le caratteristiche della persona esposta al trauma, le sue difese psicologiche (la resilienza e la capacità di *coping*), le sue appartenenze culturali, familiari e religiose, il modo in cui ha integrato l'evento nella propria esperienza soggettiva e culturale, da cui deriva poi il vissuto di tale esperienza, e il senso che gli ha dato.

Inoltre, la deriva psicopatologica dell'esperienza verso un eventuale vero e proprio PTSD dipende anche dal contesto nel quale essa è avvenuta e dagli eventi che sono succeduti al trauma: alcuni ne possono mitigare gli aspetti traumatizzanti, mentre altri invece costituiscono una catena drammatica, che ne complica ulteriormente gli esiti. Infatti, gli studi concordano nel suggerire che vi sia un effetto quantitativo legato all'esordio della sindrome, per cui maggiore è il numero di traumi subiti, maggiore è il rischio relativo di sviluppare un PTSD (Aragona et al. 2014). La natura di tali traumi, legata alla ferocia (poiché perpetrati da un altro individuo) e alla volontarietà delle azioni di violenza, provoca effetti più gravi e rende le vittime più vulnerabili alle già citate 'difficoltà vitali post-migratorie'.

Questo ci introduce al concetto di traumatizzazione secondaria, con il quale si intende la riattivazione dell'esperienza traumatica attraverso nuovi eventi. In effetti, questo è un dato ricorrente nell'esperienza degli immigrati traumatizzati: essi non solo hanno dovuto subire esperienze traumatiche gravi prima della partenza e/o durante il viaggio, ma dopo l'arrivo in Europa la loro condizione di vulnerabilità li espone a ulteriori ritraumatizzazioni, sia per la non sufficiente tutela di alcune parti del sistema di accoglienza (si pensi ad esempio agli emigranti ospitati in centri sovraffollati dove è più probabile che avvengano frizioni tra gruppi di ospiti), sia per le situazioni traumatiche legate alle nuove barriere interne (si pensi agli emigranti, spesso famiglie con anziani e bambini, che ai confini balcanici si sono visti sparare contro pallottole di gomma e lacrimoge-

ni), sia perché una parte delle persone esce dal circuito dell'accoglienza (ad esempio, i transitanti che si allontanano prima di venire registrati e, in questo momento, i titolari di protezione umanitaria che rischiano di essere allontanati dai centri per effetto della legge 132/2018, finendo per strada e innescando fenomeni di marginalizzazione sociale che rende più probabile l'esposizione a nuovi soprusi ed esperienze traumatizzanti).

Questi eventi, oltre ad avere un possibile effetto psicotraumatico intrinseco per la loro gravità (si pensi alle violenze sulle donne vittime di tratta), spesso sono patogeni perché riattivano il vissuto traumatico originario al quale vengono associati (ad esempio la riattivazione traumatica del torturato che ha un *iperarousal* - ovvero l'iperattivazione del sistema nervoso simpatico e di conseguenza di tutta una serie di ormoni dello stress - quando deve andare in questura, perché i poliziotti in uniforme gli ricordano i perpetratori del trauma). A queste esperienze potenzialmente ritraumatizzanti, si associano poi altre difficoltà vitali post-migratorie (noia, discriminazione, scarso accesso ai servizi, lungaggini burocratiche, preoccupazioni per la propria vita e per quella dei familiari, paura dell'espulsione, povertà) che nell'insieme vanno a completare il quadro delle PMLD.

Le ricerche dimostrano che le PMLD hanno un ruolo patogeno definito. In particolare, si è visto (Aragona et al. 2014) che nei rifugiati e richiedenti asilo avere più esperienze di questo tipo comporta un aumentato rischio di sviluppare un PTSD, con un aumento di gravità dei sintomi, una resistenza al processo terapeutico e una maggior difficoltà nel processo di integrazione sociale.

In generale, l'aver subito traumi nel Paese di origine, unitamente a condizioni di disagio nel Paese ospite, tende a peggiorare il livello di sofferenza psicopatologica. E occorre sottolineare che se ridurre il rischio di incorrere in esperienze traumatiche pre-migratorie è complesso, e necessita un lungo lavoro a livello internazionale contro le disuguaglianze e la conflittualità in molte zone del mondo, i tempi sono decisamente più brevi per intervenire sulle difficoltà di vita post-migratorie. Vista la loro alta frequenza e l'impatto esercitato dalle stesse sulla salute mentale degli immigrati (e di conseguenza sulle possibilità di integrazione sociale e sui comportamenti a rischio), è da sottolineare l'importanza di incidere subito sulle politiche di accoglienza, per diminuire i fattori di rischio e la possibile traumatizzazione secondaria.

3 Esiti di torture e violenze sulla salute mentale

Le violenze intenzionali di cui si è trattato nel precedente paragrafo hanno, come si diceva, un effetto psicotraumatico intrinseco e specifico. Attraverso la nostra esperienza sappiamo che le vittime di tortura difficilmente approdano ai servizi di salute mentale; accedono

più facilmente all'assistenza medica come portatori di un disagio che assume le forme più varie: malesseri poco chiari, cefalee resistenti, disturbi somatici senza riscontro medico, insonnie, irritabilità. Raramente emergono i quadri più gravi: depressioni, fenomeni dissociativi come i *flashback*, disturbi della memoria (amnesie, difficoltà a memorizzare esperienze nuove), abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici, tentati suicidi.

Il quadro clinico che la psichiatria identifica come specifico delle vittime esposte a un trauma è, come abbiamo visto, il *Disturbo da Stress Post-Traumatico*. Secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) la reazione psicotraumatica è caratterizzata da un certo numero (prefissato nel manuale) dei seguenti sintomi:

- Ricordi dolorosi, intrusivi, involontari e ricorrenti dell'evento traumatico. La persona può apparire a volte come assorta, mentre al suo interno vi è una lotta tra pensieri e ricordi disturbanti e lo sforzo attivo e spesso inefficace di respingerli.
- Alterazione della coscienza, con vere e proprie reazioni dissociative (come i *flashback*) in cui l'individuo sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripetendo. Dal punto di vista di chi osserva, in casi di questo tipo si vede la persona che si blocca, come se non fosse più in contatto con l'ambiente circostante, occupato da immagini o suoni, vividi o sfumati, in cui il vissuto traumatico si ripropone in tutta la sua drammaticità e con il corrispondente vissuto affettivo.
- Incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento traumatico (fenomeno che rientra anch'esso nelle alterazioni dissociative dello stato di coscienza, in questo caso per un'amnesia dissociativa).
- Sofferenza fisica e/o psicologica dinanzi a stimoli che simbolizzano o richiamano l'evento traumatico o un suo aspetto. È spesso fonte di ritraumatizzazioni secondarie. Ciò fa sì che la persona cerchi di sottrarsi a questa sofferenza sforzandosi di evitare quegli elementi esterni (persone, posti, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che possano rievocare e attivare ricordi, pensieri o sentimenti associati all'evento traumatico. Ad esempio, per una persona torturata dai militari in centri di detenzione uno stimolo scatenante può essere il trovarsi di fronte a forze dell'ordine o a personale in divisa, in situazioni in cui la persona deve rispondere a domande o a un interrogatorio, il che la riporta a rivivere esperienze del passato. Ciò comporta a volte difficoltà impreviste nel normale espletamento di pratiche necessarie per un richiedente protezione: persone che non riescono ad andare nella stazione di polizia (dove c'è l'ufficio preposto) per avviare la pratica; altre che si bloccano durante l'audizione in commissione perché si sentono sotto interrogatorio.

- Disturbo del sonno, con difficoltà a iniziargli o a mantenerlo, o quasi totale assenza di sonno, a causa di rimuginio o pensieri intrusivi, senza riuscire a rilassarsi. Quando alla fine, stremati, ci riescono, dopo poco arrivano incubi ricorrenti. Gli incubi post-traumatici sono caratteristici, perché il contenuto e/o l'affetto del sogno sono direttamente legati all'evento traumatico. Alla fine questi disturbi del sonno riducono le energie della persona, con importanti ricadute nel funzionamento diurno.
- Credenze o aspettative negative circa se stessi, gli altri o il mondo (per es. «Io sono cattivo», «Non mi posso fidare di nessuno», «Il mondo è un posto del tutto pericoloso», «Il mio sistema nervoso è rovinato per sempre»). A volte questi pensieri distorti riguardano le cause e le conseguenze dell'evento traumatico e conducono la persona a incolpare se stesso o gli altri (ad esempio i pazienti possono sentirsi in colpa di essere gli unici sopravvissuti, oppure per essere stati la causa, magari con il proprio impegno politico, delle sofferenze occorse ai propri familiari).
- Stati emotivi persistentemente negativi (per esempio: orrore, rabbia, colpa, vergogna); marcata diminuzione nell'interesse o nel piacere di fare le cose; sentimenti di distacco o di estraneità nei confronti degli altri; persistente incapacità a sperimentare emozioni positive.
- *Iperarousal*, che fa parte di una reazione normale ed evolutivamente sana in situazioni di pericolo reale, e che diventa patologica nel momento in cui il sistema continua ad essere attivato nonostante la situazione di pericolo non sia più presente. In un più generale quadro di iperattivazione si inscrivono vari sintomi post-traumatici come il comportamento irritabile e gli scoppi d'ira, alcuni comportamenti a rischio o autodistruttivi, la continua ipervigilanza con eccessive risposte di allarme (le persone che 'scattano' improvvisamente a un banale rumore). Occorre notare che gli scoppi d'ira apparentemente immotivati sono spesso una manifestazione che provoca allarme e che spesso non viene riconosciuta come possibile espressione di una sofferenza post-traumatica.
- Difficoltà di concentrazione: un sintomo molto importante perché influenza in modo *negativo* il percorso di integrazione, dovuta sia alla sonnolenza conseguente all'insonnia di cui si diceva sopra, sia al fatto che i pensieri intrusivi disturbano i processi cognitivi.

Non bisogna però ritenere che il PTSD esaurisca la psicotraumatologia clinica. Esistono infatti altre modalità con cui la sofferenza si può manifestare, con sintomatologie parziali, non tali cioè da configurare l'intero quadro clinico del PTSD, o con sintomi che possono apparire isolati, ad esempio atteggiamenti di ritiro sociale e isola-

mento; crisi di paura e di ansia, o di aggressività e/o autoaggressività; disturbi della concentrazione, del pensiero o della memoria (che possono essere sospettati ad esempio in presenza di una difficoltà ad apprendere la lingua della terra d'asilo); sindromi depressive che a volte culminano in tentativi di suicidio; disturbi somatoformi, cioè sintomi fisici aspecifici e migranti nell'organismo; atteggiamenti paranoidei. La Herman (1992) ha anche descritto un quadro clinico particolarmente grave che ha definito *PTSD Complesso*, che si osserva in particolare in presenza di violenza intenzionale e in condizioni di prolungata coercizione, e che è caratterizzato da una molteplicità di sintomi di tipo somatico, cognitivo, affettivo, comportamentale e relazionale. In questo caso si osservano disturbi somatoformi particolarmente intensi, fenomeni dissociativi marcati, reazioni depressive intense e prolungate, sfiducia e sospettosità nelle relazioni interpersonali e scompaginamento dell'identità personale («Tutte le strutture del Sé - l'immagine corporea, l'immagine internalizzata degli altri, e i valori e gli ideali che danno un senso di coerenza e uno scopo - sono invalidate e sistematicamente danneggiate», Herman 1992, 385).

Rispetto all'espressione somatica della sofferenza mentale, ricerche italiane (Aragona et al. 2008, 2011, 2012b) mostrano che:

- a. Almeno un quarto dei pazienti (25,6%) visitati in servizi di medicina di base dedicati agli immigrati presenta una sindrome da somatizzazione, con conseguenti, importanti ricadute per la terapia. Ad esempio, scambiare una somatizzazione per un dolore infiammatorio comporta la prescrizione inappropriata di antinfiammatori, con rischi di cronicizzazione e di possibili danni iatrogeni.
- b. Non tutti i gruppi di immigrati somatizzano allo stesso modo, essendovi una maggiore frequenza tra sud- e centroamericani e tra gli africani.
- c. Diversamente dalle aspettative (per cui si potrebbe pensare che chi ha una bassa scolarità ha una maggiore difficoltà a trovare le parole per esprimere la sofferenza sul piano psicologico, e dunque tende con più facilità a esprimerla attraverso il corpo), negli immigrati non è stata riscontrata una correlazione significativa tra scolarità e somatizzazioni.
- d. Le donne somatizzano più degli uomini, ma ciò non sembra essere legato a differenze biologiche perché questa differenza non è presente in tutti i gruppi studiati: ciò accade solo nei caucasici e nei sud- e centroamericani, mentre questa differenza di genere non appare rilevabile in africani e asiatici. Dunque non è l'essere donna in sé, ma l'essere donna in un certo gruppo geografico/etnico/culturale che influenza la frequenza e il tipo di somatizzazioni.
- e. I pazienti non si dividono in modo netto tra chi somatizza e chi invece esprime il disagio con sintomi mentali (*somatizers*

versus psychologizers), perché i dati indicano che vi è un'alta correlazione tra somatizzazioni, ansia e depressione, che dunque tendono a coesistere.

- f. Infine, ed è il dato più rilevante in questa sede, gli immigrati che somatizzano hanno maggior probabilità di avere un PTSD, quasi tutti i sintomi di PTSD sono più frequenti nei somatizzatori, e all'aumentare del numero di sintomi post-traumatici aumenta significativamente il rischio di avere una sindrome da somatizzazione.

Le somatizzazioni possono quindi essere un sintomo sentinella di una possibile patologia post-traumatica nascosta: la persona traumatizzata può non parlare della sua sofferenza post-traumatica (a volte semplicemente perché non sa che può essere curata, altre volte per vergogna, o per i fenomeni di evitamento di cui abbiamo parlato), la quale rimane sostanzialmente invisibile, mentre può richiedere un aiuto per i sintomi che esperisce nel corpo.

È allora importante che i medici, così come gli operatori che si occupano di accoglienza e assistenza, siano preparati a cogliere nelle somatizzazioni la spia di una possibile violenza subita.

Come le somatizzazioni, così l'abuso di alcool e di sostanze può essere connesso a un malessere profondo, esito di violenza estrema: in effetti, tanti emigranti ci hanno raccontato che l'alcol è come un auto-terapia per silenziare, nello stordimento dovuto all'ebbrezza, il rimuginio del pensiero o l'*iperarousal*, di cui si è parlato in precedenza.

4 Accogliere il paziente traumatizzato

Un'accoglienza che metta al centro la relazione creando un ambiente favorevole all'incontro ha già valore terapeutico, perché consente alla persona di recuperare la sua dignità riscoprendosi capace di rapporti interpersonali.

Le strutture che ospitano le persone traumatizzate, sia come sedi abitative, sia provvisoriamente come luoghi di assistenza e cura, devono essere tranquille e accoglienti, che suggeriscano una dimensione domestica. In particolare le attività di prima accoglienza dovrebbero essere svolte da persone senza divisa, vestite in abiti civili; questa scelta può costituire per i nostri pazienti un primo momento di rassicurazione perché alcuni di loro, che hanno subito maltrattamenti o violenze da forze di polizia o militari, possono avere reazioni emotivamente intense a causa delle esperienze traumatiche e dell'*iperarousal* a queste conseguente.

Il luogo dove avvengono le visite mediche, i trattamenti fisioterapeutici o psicoterapeutici, le sale d'attesa e gli altri spazi devono essere puliti, ben arredati, accoglienti, rassicuranti, con un'atmosfera

domestica e familiare. È necessario che i pazienti abbiano la sensazione di trovarsi in un ambiente che possono controllare e quindi è utile che le porte siano aperte/apribili e, in specie al primo incontro, che siano mostrati loro gli spazi dell'ambiente, l'accesso alla toilette, luoghi dove rinfrescarsi oppure bere qualcosa. Per tutti, ma soprattutto per coloro che hanno vissuto un'esperienza traumatica di reclusione forzata o comunque di coercizione, è decisivo potersi sentire liberi di muoversi a proprio agio.

Luoghi con stimoli rumorosi irritano facilmente i pazienti, a causa dell'elevato stato di *arousal* in cui si trovano, e in particolare lo possono fare rumori che rievocano momenti del trauma vissuto: ad esempio il rumore di una porta che si apre all'improvviso con energia può richiamare quello dell'apertura della cella del carcere, che preludeva a una sessione di tortura. Di notte sono frequenti risvegli ripetuti o crisi d'ansia, in specie se i pazienti vivono in ambienti sovraffollati e rumorosi.

È utile che i servizi siano 'a bassa soglia', cioè di facile accesso, con formalità e passaggi burocratici ridotti al minimo.

È necessario che non solo l'ambiente ma anche la relazione con chi si prende cura delle persone traumatizzate sia affidabile, con un rigoroso rispetto degli orari e degli impegni presi, chiedendo il consenso prima di ogni azione (ad esempio, manovre semeiologiche nel corso di una visita medica, una telefonata, etc).

Il personale deve essere efficacemente formato per gestire anche stimoli relazionali sgradevoli, come atteggiamenti aggressivi o crisi di rabbia: la relazione con il paziente deve quindi essere 'resiliente', capace di tollerare attacchi e frustrazioni, e allo stesso tempo accogliente, comprensiva, empatica, delicata e con disponibilità di tempo. Occorre offrire supporto e incoraggiamento al paziente, senza paternalismi, ma in un rapporto paritario.

Ci diverrà più facile un atteggiamento simile se terremo a mente che, nonostante il loro aspetto magari dimesso, i nostri pazienti sono persone che sono state capaci di superare prove straordinarie, e che meritano soprattutto la nostra ammirazione per il loro coraggio, la loro determinazione, la loro tenacia. I richiedenti asilo e i rifugiati, infatti, hanno in genere fronteggiato con successo vicissitudini e difficoltà fuori dal comune, che hanno richiesto coraggio e straordinaria forza d'animo.

La comunicazione può essere difficoltosa sia perché le vittime di violenza e torture possono avere capacità di concentrazione e di attenzione compromesse, sia per la conoscenza limitata della lingua locale, con un comprensibile elevato rischio di fraintendimenti. Anche per questo è necessario offrire ampia disponibilità di tempo alla conversazione, spiegando ogni passaggio, dando informazioni anche non richieste ma che potrebbero essere utili, verificando la comprensione dell'interlocutore, offrendo attivamente spazio per domande e chiarimenti.

Al momento di compilare la cartella clinica è necessario informare i pazienti sul segreto professionale e sulla riservatezza di quanto sarà detto, che sono liberi di rispondere o no alle domande, che sono invitati a chiedere spiegazioni, possono alzarsi e anche abbandonare il colloquio in ogni momento. Devono avere la sensazione di sentirsi liberi, ed esserlo davvero. Questa iniziale procedura richiede senz'altro un poco di tempo aggiuntivo, ma mette a proprio agio i nostri interlocutori e favorisce una relazione di fiducia.

La prescrizione dei farmaci richiede spesso cautela, perché le vittime di violenza intenzionale (a causa delle difficoltà di concentrazione e memoria di cui si è detto) possono presentare irregolarità nell'assunzione dei farmaci, per dimenticanze o cattiva comprensione della posologia. A volte sono necessarie soluzioni creative da parte dei clinici, come scrivere di proprio pugno sulle confezioni la posologia dei farmaci, o preparare piccole confezioni monodose con la data e l'orario di ogni assunzione.

Vogliamo sottolineare come l'accoglienza iniziale costituisca non solo un momento delicato della relazione tra servizio e utenti ma anche e forse soprattutto un'opportunità: al primo approccio con l'équipe che si prenderà cura di lui, il paziente potrà sentirsi accolto e sentire di aver trovato il luogo giusto dove esprimere le proprie difficoltà e trovarvi sollievo. Un'accoglienza calda e rispettosa è il segnale di un atteggiamento ospitale e aperto, non solo capace di favorire una presa in carico efficace, ma anche una funzione riabilitativa, perché significa riconoscere e incontrare la persona come essere prezioso e unico, nella sua storia e nella sua dignità.

5 Politiche per la salute e linee guida per la tutela assistenziale

Seppur in ritardo rispetto ad altri Paesi europei (in Italia fino al 1990 c'era una 'riserva geografica', cioè non tutti coloro che giungevano nel nostro Paese potevano chiedere protezione e asilo ma solo quelli che arrivavano da alcune nazioni), l'Italia ha nel tempo normato e strutturato un sistema di protezione per coloro che ne fanno richiesta di grande significato politico e sociale. Anche dal punto di vista sanitario l'Italia ha una tradizione importante nell'ambito della tutela degli immigrati e profughi. Dal 1995 politiche e norme hanno tenuto conto della popolazione straniera, anche in condizione di fragilità sociale e debolezza giuridica, definendo un corpo giuridico altamente inclusivo (Marceca et al. 2012). In ambito programmatico alcuni documenti hanno supportato questa impostazione. Nell'ultimo anno tale attenzione, sull'accoglienza, la protezione e la tutela, ha però subito un grave ridimensionamento (Geraci 2018).

A seguito dell'incremento degli sbarchi e all'evidenza di numeri significativi di persone traumatizzate psichicamente, dopo un intenso lavoro preparatorio, il 24 aprile 2017 è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* il decreto del Ministero della Salute su «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» con i relativi schemi per i vari interventi sanitari da compiere (Ministero della Salute 2017). Le linee guida, come descritto al momento dell'Intesa Stato Regioni e P.A. che ha preceduto il decreto ministeriale, hanno come obiettivo quello di tutelare chi richiede protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque sia ospitato, creando le condizioni perché le vittime di eventi traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata.

Individuazione precoce delle vittime di violenza intenzionale e presa in carico *chi, dove, come*

Operatori sociali delle strutture d'accoglienza	Medici e psicologi delle strutture d'accoglienza o del SSR	Servizi specialistici del DSM o altre strutture riconosciute dal SSR
<i>Nella quotidianità</i> Osservazione di 'sintomi sentinella' previa formazione specifica	<i>In un setting adeguato</i> Colloquio/i eventualmente con il supporto di strumenti specifici	<i>Percorsi multidisciplinari integrati</i> Conferma diagnostica e presa in carico terapeutica

Le ragioni delle linee guida sono spiegate nella loro premessa e sottolineano che i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio Paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a incidenti e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curati, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti. Gli eventi traumatici che li colpiscono determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individua-

le e sociale dei familiari e della collettività. Secondo le linee guida, per fornire una risposta adeguata è pertanto urgente riorientare il sistema sanitario italiano verso l'attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l'equità dell'offerta per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali. È necessario, quindi, avviare la programmazione di strumenti operativi adeguati ad assistere questa nuova e utenza multiculturale, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti. Certamente un'accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari, con definizione di procedure, di competenze e attività formativa del personale, resa difficile anche dal pesante ostacolo rappresentato dalle limitate risorse disponibili (una criticità infatti è la mancanza di previsione di risorse economiche dedicate).

Rispetto alle problematiche di salute mentale, la succitata linea guida ministeriale per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichici e che hanno subito torture o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, ha individuato interventi sanitari da compiere nelle diverse fasi del percorso di riconoscimento della protezione. Il documento sottolinea alcuni aspetti chiave dell'accoglienza e della presa in carico, quali l'emersione precoce dei bisogni di salute mentale, il riconoscimento e l'accessibilità dei diritti, l'adeguatezza del setting e lo sviluppo di competenze mediante attività formative rivolte al personale.

Le Regioni dovranno implementare, contestualizzare e rendere operative le indicazioni ricevute e per questo sono stati proposti alcuni progetti ministeriali. Ad oggi la sola Regione Lazio con la Delibera di Giunta Regionale nr. 590 del 16 ottobre 2018, «Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale», ha ripreso il documento nazionale, seguendone l'impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale. Ogni Azienda sanitaria coinvolta dovrà monitorare l'attuazione dei percorsi multidisciplinari, elaborando un rapporto quali-quantitativo annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi, da trasmettere alla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione, con particolare riferimento al tema della salute delle vittime di violenza intenzionale e di tortura.

6 Conclusioni

Lo scenario attuale della salute mentale tra i profughi richiede complessità di analisi e di intervento. Le caratteristiche demografiche dei movimenti migratori in entrata in Italia sembrano essersi modificate negli ultimi anni, e questo inevitabilmente richiede dati e analisi di

cui al momento non siamo ancora del tutto in possesso per comprendere nei dettagli che cosa stia avvenendo, come queste variazioni abbiano effetto sulla salute mentale dei richiedenti protezione e quali possano essere gli interventi di tutela più efficaci.

I primi indicatori mostrano che la richiesta di cure psichiatriche da parte di questa utenza è in aumento, anche se le caratteristiche qualitative del fenomeno appaiono ancora non del tutto definite. I fattori riconosciuti come in grado di aumentare il rischio di sofferenza psichica tra gli immigrati sembrano tuttavia essere in crescita, secondo quanto è possibile sapere sui nuovi arrivi.

Per quanto riguarda l'offerta di assistenza, essa vede al momento i servizi psichiatrici in difficoltà, per ragioni organizzative e clinico-operative.

Un primo problema è che le caratteristiche dell'utenza fanno sì che la necessità di traduttori competenti si sia fatta particolarmente elevata e difficile da soddisfare, perché servono con grande frequenza mediatori in lingue africane poco diffuse e conosciute. Inoltre, nel setting psichiatrico e psicologico il mediatore ha un ruolo chiave molto particolare, per cui servono competenze che vanno al di là dell'abilità linguistica, per le quali i mediatori devono ricevere adeguata formazione. Infine, in molte aziende sanitarie ancora mancano convenzioni chiare che rendano la chiamata del mediatore un atto fluido, per cui a volte i clinici si sentono impotenti di fronte alle barriere linguistico-culturali. Occorre sottolineare che spesso la mancanza dei mediatori ha conseguenze gravi sulle modalità di assistenza, a parità di patologia e gravità del caso (Tarsitani et al. 2013), per cui è inevitabile che queste resistenze debbano essere superate.

Un secondo problema è che i servizi psichiatrici, già in molte aree del Paese sotto pressione per la scarsità di personale, oltre a essere sottodimensionati soffrono a volte della mancanza di competenze specifiche, sia per quanto riguarda la psicotraumatologia da violenza intenzionale (un settore della psicopatologia relativamente recente), sia per la capacità di intervenire in modo culturalmente sensibile. La pubblicazione da parte del Ministero della Salute delle «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» dovrebbe colmare questo vuoto a livello organizzativo, sostenendo le aziende sanitarie nella creazione di percorsi specifici, mentre corsi specifici vengono organizzati da vari enti per formare gli operatori, anche con il supporto di fondi *ad hoc*. Tuttavia il fatto che il legislatore abbia ritenuto che l'implementazione delle linee guida debba farsi «isorisorse», cioè senza specifici finanziamenti ma nell'ambito dei finanziamenti ordinari, già a loro volta carenti, sta complicando il percorso, visto il numero progressivamente

decescente degli operatori della salute mentale in servizio nei Dipartimenti di Salute Mentale in molte zone d'Italia.

Eppure, per quanto la situazione possa apparire complessa, e anche francamente difficile, la fermezza nel guardare con realismo alla situazione attuale non potrà che accrescere le competenze del sistema di accoglienza nel nostro Paese. E, come in genere accade, affrontare difficoltà si rivela spesso un'opportunità da cogliere per la crescita e la maturazione complessiva di tutti i servizi assistenziali e sanitari coinvolti, con potenziali ricadute positive su tutto il sistema, di cui potrà, auspicabilmente, avvantaggiarsi il Paese nel suo complesso.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Aragona, Massimiliano et al. (2008). «Effect of Gender And Marital Status on Somatization Symptoms of Immigrants From Various Ethnic Groups Attending a Primary Care Service». *German Journal of Psychiatry*, 11, 64-72.
- Aragona, Massimiliano et al. (2011). «The Role of Post-migration Living Difficulties on Somatization Among First-Generation Immigrants Visited in a Primary Care Service». *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47, 207-13.
- Aragona, Massimiliano et al. (2012a). «Post-Migration Living Difficulties as a Significant Risk Factor for PTSD in Immigrants: A Primary Care Study». *Italian Journal of Public Health*, 9(3), 67-74. DOI <https://doi.org/10.2427/7525>.
- Aragona, Massimiliano et al. (2012b). «Somatization in a Primary Care Service for Immigrants». *Ethnicity & Health*, 17, 477-91.
- Aragona, Massimiliano et al. (2013). «Traumatic Events, Post-Migration Living Difficulties and Post-Traumatic Symptoms in First Generation Immigrants: a Primary Care Study». *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 169-75.
- Aragona, Massimiliano et al. (2014). *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Bologna: Edizioni Pendragon.
- Baglio, Giovanni et al. (2018). «La salute psichica dei migranti e il fenomeno degli sbarchi: un'analisi delle dimissioni ospedaliere da reparti psichiatrici in Italia (2008-2015)». Bonciani, Manila et al. (a cura di), *Dinamiche di salute e immigrazione, tra continuità e bisogni*. Bologna: Edizioni Pendragon, 255.
- Caritas Migrantes (2010). *Dossier Statistico Immigrazione*. Roma: Idos.
- Caritas Migrantes (2012). *Dossier Statistico Immigrazione*. Roma: Idos.
- Coccia, Benedetto; Pittau, Franco (2016). *Le migrazioni qualificate in Italia. Ricerche, statistiche, prospettive*. Roma: Idos.
- Costa, Giuseppe (1993). «Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico». *Epidemiologia & Prevenzione*, 17, 234-8.
- Da Silva, Estela et al. (2016). «Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia». Affronti, Mario (a cura di), *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*. Bologna: Pendragon, 138.
- Foville, Achille (1875). «Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lypémanie». *Annales méd-psychol*, 33(14), 5-45.
- Geraci, Salvatore (1995). *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Roma: Perì Tecnés.

- Geraci, Salvatore (2001). «Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela». *Annali Italiani di Medicina Interna*, 16 (suppl. 1), 167-71.
- Geraci, Salvatore (2018). «Migrazione e salute. Sicurezza, una legge patogena». *Scienza in rete*, 28 novembre. URL <https://www.scienza in rete.it/articolo/sicurezza-legge-patogena/salvatore-geraci/2018-11-28> (2019-10-15).
- Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York: Basic Books.
- INAIL (2012). *Rapporto Annuale 2011. Parte quarta/Statistiche Infortuni e malattie professionali*. Roma: INAIL.
- Kinzie John D. (2006). «Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective». *Transcultural Psychiatry*, 43, 577-91.
- Marceca, Maurizio et al. (2012). «Immigrants' Health Protection: Political, Institutional and Social Perspectives at International and Italian Level». *Italian Journal of Public Health*, 9(3), 1-11.
- Mazzetti, Marco (2008). «Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach Towards Refugees and Torture Victims». *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 285-302.
- Medici Senza Frontiere (2016). *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*. Roma: Medici Senza Frontiere.
- Ministero della Salute (2017). «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». *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 95, 29-118. URL http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf (2019-10-15).
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005-18). *Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*. Milano: Prex. (Rapporti usciti annualmente).
- Ødegaard, Ørnulv (1932). «Emigration and Insanity. Study on Mental Diseases among Norwegian Born Population of Minnesota». *Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica*, 7 (Suppl. 4), 1-206.
- Ranney, M.H. (1850). «On Insane Foreigners». *American Journal of Insanity*, 7, 53-63.
- Tarsitani, Lorenzo et al. (2013). «Acute Psychiatric Treatment and the Use of Physical Restraint in First-Generation Immigrants in Italy: A Prospective Concurrent Study». *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 613-18.
- WHO, World Health Organization Regional Office for Europe (2018). *Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region. No Public Health Without Refugee and Migrant Health*. URL <https://bit.ly/2Sm6mNw> (2019-03-03).

SCHEDA

Il Progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma

Con l'aumento dei richiedenti protezione internazionale, sono cresciuti in Italia i cittadini stranieri che hanno subito varie forme di tortura ed oppressione. I monitoraggi effettuati finora suggeriscono che il numero di sopravvissuti a torture, a gravi violazioni dei diritti umani o comunque a eventi psicotraumatici è di una certa consistenza. La delicatezza dei casi e la complessità del tema richiedono un approccio clinico e riabilitativo nei confronti di queste persone basato non solo su una particolare attenzione, ma anche, soprattutto, su specifiche competenze e alta professionalità.

Il progetto *Ferite Invisibili* della Caritas di Roma nasce dalla necessità di riconoscere, accogliere e curare queste individui, dando loro la possibilità di riscoprirsi come persone. Nella valorizzazione dell'incontro, anche terapeutico, si riconosce nell'altro dignità, valore e si garantisce rispetto e relazione reciproca.

Un progetto di servizio

Per queste ragioni, alla fine del 2005 è stato avviato, presso il Poliambulatorio Caritas per immigrati (in via Marsala, sotto la stazione Termini), un servizio, in collegamento con quanti già a vario titolo si impegnano in questo ambito, mirato specificatamente alla riabilitazione psicologica di queste persone che si trovano in condizione di fragilità sociale. Il progetto dal nome *Ferite invisibili* ha visto una fase di studio ed approfondimento con la revisione della letteratura internazionale sull'argomento (report per la conferenza internazionale *One billion* del dicembre 2004), l'integrazione della stessa con le esperienze maturate nel corso degli ultimi 15 anni dall'équipe del progetto, e la realizzazione di un tavolo permanente di collegamento tra le realtà che a Roma si occupano di richiedenti asilo e rifugiati (aspetti legati all'accoglienza ed alla sanità: Gruppo regionale Immigrazione e Salute GrIS - richiedenti e rifugiati). Alla luce di queste esperienze si è avviata una progettazione di interventi mirati alla riabilitazione psicologica e fisica di chi ha subito violenza, tortura ed in genere traumi legati alla mancanza di accoglienza ed all'ingiustizia sociale: formazione, ricerca, screening della popolazione a rischio, attività clinica.

L'attività clinica

L'equipe è formata da psicoterapeuti, psichiatri, mediatori culturali, infermieri, operatori del sociale, medici; offre un servizio di ascolto, di psicoterapia transculturale e, più recentemente, di medicina legale.

L'aiuto, attraverso un attento lavoro di equipe, consiste innanzitutto nel far riconoscere l'orrore vissuto e le 'ferite' psichiche indotte, affinché queste persone possano riappropriarsi della dignità di esseri umani, dare un significato alla loro esperienza e riprogettare un futuro per la loro esistenza. Nel contempo cerca anche di costituire una fitta rete socio-assistenziale per sostenere percorsi legali, informativi e formativi (accoglienza protetta, insegnamento della lingua italiana, formazione professionale, inserimento lavorativo...). Il setting terapeutico, aperto e flessibile, si avvale di molte risorse e favorisce modi diversi di concepire le relazioni e gli affetti, la salute e la malattia, di interpretare gli eventi e la realtà circostante; e soprattutto è un luogo di appartenenza in cui sentirsi protetti e sostenuti.

Nel febbraio 2012, l'Ufficio delle Nazioni Unite dell'Alto Commissario per i Diritti Umani ha riconosciuto il servizio all'interno della rete sovranazionale di sostegno e cura alle vittime di tortura.

Qualche dato sull'attività clinica

In poco più di 13 anni di progetto (fine 2005-aprile 2019) sono stati presi in carico 366 pazienti (288 uomini e 78 donne) e sono stati effettuati 5.545 colloqui psicoterapeutici con una media di 15 visite/paziente a sottolineare la complessità e la delicatezza dell'approccio terapeutico.

Negli ultimi 16 mesi abbiamo seguito 37 pazienti, di cui 20 nuovi. Sono state prese in carico 36 persone, mentre una, dopo aver fatto il colloquio di valutazione, è stata orientata ad altri servizi territoriali. Finora sono state effettuate 499 sedute terapeutiche.

Fino al 2010 i pazienti provenivano soprattutto dall'Afghanistan, seguiti dalla Guinea, Nigeria e Eritrea. Dal 2011 al 2013 sono stati prevalenti coloro che provenivano da Costa D'Avorio, seguiti da Afghanistan, Camerun e Senegal. Tra il 2014 e 2015 si nota un aumento graduale e significativo da quelli provenienti dal Gambia. Attualmente prevalgono le persone provenienti dalla Nigeria, Gambia e Senegal. Negli anni sono stati seguiti oltre 110 minori stranieri non accompagnati (MSNA).

La sostenibilità

Progetti specifici di assistenza, completamente gratuiti per i beneficiari, sono spesso inficiati dalla sostenibilità economica che ne condiziona la prosecuzione nel tempo. Per evitare questo la Caritas di Roma ha attivato molte collaborazioni con enti diversi, chiedendo impegni e risorse diversificate e nel contempo definendo un'organizzazione molto elastica ed integrata con gli altri servizi e strutture, in particolare dell'Area sanitaria. Sostegni parziali del progetto, in varia natura, sono stati garantiti nel tempo dall'8×1000 della Chiesa Cattolica e da offerte di sostenitori, dalla Regione Lazio, dall'Istituto Tata Giovanni e dall'United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture (UNVFVT).