





# **LA TUTELA MEDICO LEGALE DEI DIRITTI DEI RIFUGIATI**

**a cura di Carlo Bracci**

*dell'Associazione Umanitaria "Medici contro la Tortura"*

**SVILUPPOLOCALE EDIZIONI**

**No copyright** – sviluppolocale edizioni promuove la libera circolazione delle idee e della produzione editoriale indipendente per favorire la massima diffusione e condivisione possibile di culture, testi scientifici, saperi. È concessa la riproduzione parziale o totale del testo da parte di organizzazioni non profit, istituzioni e persone che non abbiano fini commerciali o di lucro, purché vengano citate, per correttezza, le fonti (casa editrice ed autori).

**sviluppolocale edizioni**

Casa Editrice di Parsec Consortium  
Piazza Vittorio Emanuele II, 2 - 00185 Roma  
tel. 06 446 34 21

Progetto grafico:  
Maria Azzurra Rossi

[www.sviluppolocaleedizioni.org](http://www.sviluppolocaleedizioni.org)

Illustrazione in copertina:  
“Help” di Lillo Bartoloni  
*opera realizzata per la pubblicazione*

*Questo libro è dedicato a chi non ha  
potuto presentare domanda d'asilo  
perché respinto dal nostro paese*



# INDICE

	<b>INTRODUZIONE</b>	11
	<i>di Carlo Bracci</i>	
<b>1.</b>	<b>La Medicina Legale degli esiti di tortura e di trattamenti inumani e degradanti</b>	<b>17</b>
	<i>di Carlo Bracci e Gabriele Norcia</i>	
1.1	L'attività medico legale svolta nell'ambito della presa in carico dei richiedenti asilo e rifugiati	23
1.2	Certificazioni medico legali rilasciate a vittime di tortura nel 2008	26
<b>2.</b>	<b>Lo scandalo e i passi</b>	<b>28</b>
	<i>di Andrea Taviani</i>	
<b>3.</b>	<b>Il SaMiFo - Salute Migranti Forzati</b>	<b>34</b>
	<i>di Pietro Benedetti e Filippo Gnolfo</i>	
<b>4.</b>	<b>Il diritto d'asilo: la legislazione</b>	<b>39</b>
	<i>di Louise Ysolt Glassier</i>	
4.1	La legislazione internazionale	39
4.2	La legislazione italiana	45
<b>5.</b>	<b>Il diritto quale fattore di rischio o di protezione nella riabilitazione dei richiedenti asilo vittime di tortura: spunti per una ricerca</b>	<b>61</b>
	<i>di Giusy D'Alconzo</i>	

<b>6.</b>	<b>Una nuova figura di mediatore (facilitatore) linguistico culturale in un servizio per la salute dei rifugiati</b>	<b>67</b>
	<i>di Martino Volpatti</i>	
<b>7.</b>	<b>Prendersi cura delle vittime di tortura</b>	<b>72</b>
	<b>Punti di resistenza e modalità d'accoglienza</b>	
	<i>di Martino Volpatti e Monica Serrano</i>	
7.1	Analisi del concetto di tortura	72
7.2	Modalità d'accoglienza	77
<b>8.</b>	<b>L'accompagnamento delle donne vittime di violenza e tortura</b>	<b>82</b>
	<i>di Giorgia Rocca</i>	
8.1	Le condizioni dell'accoglienza	84
8.2	Il percorso di cura e l'assistenza integrata	85
8.3	Il controllo ginecologico	86
8.4	Linee guida per l'accompagnamento	89
8.5	La visita ginecologica ed il racconto	91
<b>9.</b>	<b>L'assistenza psicologica</b>	<b>95</b>
	<i>di Klaudia Jeger</i>	
9.1	Alcune riflessioni sull'assistenza psicologica	98
9.2	Una storia	101
<b>10.</b>	<b>Il supporto psichiatrico nella fase che precede l'audizione in commissione</b>	<b>107</b>
	<i>di Giancarlo Santone</i>	
10.1	La scelta professionale	109
10.2	La tortura	110
10.3	La fuga impossibile	119
10.4	La presa in carico delle vittime di tortura	119
<b>11.</b>	<b>Il nesso di causalità in psichiatria</b>	<b>136</b>
	<i>di Maurizio Bacigalupi e Marta Bacigalupi</i>	
11.1	Causa, cause, causalità	136
11.2	Stress, eventi stressanti, trauma e disturbo posttraumatico da stress	140
11.3	La plausibilità biologica	143
11.4	Strumenti per la rilevazione del PTSD	145
11.5	Conclusioni	147



<b>12.</b>	<b>La certificazione medica: la regina delle prove ?</b>	<b>152</b>
	<i>di Sarah Klingeberg</i>	
12.1	Il corpo, grande assente delle scienze sociali	154
12.2	Il governo dei corpi	158
12.3	La certificazione medica	159
12.4	La relazione medico-paziente ed il paradigma della certificazione medica	160
12.5	Il corpo come luogo della verità	162
12.6	Continuità della violenza nel contesto di asilo	164
12.7	Note conclusive: questioni d'ordine morale e politico	165
<b>13.</b>	<b>Gli esiti fisici della tortura</b>	<b>174</b>
	<i>di Monica Ciardi</i>	
<b>14.</b>	<b>Il dolore</b>	<b>191</b>
	<i>di Vincenzo Ciccarini</i>	
<b>15.</b>	<b>L'esperienza dell'odontoiatra con le vittime di tortura</b>	<b>202</b>
	<i>di Patrizia Di Caccamo</i>	
<b>16.</b>	<b>La visita e il giudizio medico legale</b>	<b>205</b>
	<i>di Carlo Bracci e Gabriele Norcia</i>	
<b>17.</b>	<b>La determinazione dell'età nel minore non accompagnato</b>	<b>210</b>
	<i>di Carlo Bracci e Gabriele Norcia</i>	

**Autori**



# INTRODUZIONE

*di Carlo Bracci*

Nel quadro di una presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati in Italia svolta dall'Associazione Medici contro la Tortura e, a partire dal gennaio 2007 nell'ambito del SaMiFo, sono molti anni che certifichiamo esiti di tortura e di trattamenti inumani e degradanti.

Lo studio della letteratura internazionale, molto ampia (digitando la parola chiave "torture" su pubmed, la banca dati del National Health Institute ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov), troviamo più di 1800 voci bibliografiche), e il confronto con altri medici, avvocati e magistrati, ci ha portato a individuare alcuni aspetti su cui ci sembra importante una riflessione e un confronto.

Il primo discende dalla individuazione di un nuovo campo del diritto, che tiene conto della particolare situazione di svantaggio di chi fugge dal proprio paese nel raccogliere le prove delle persecuzioni subite e dei rischi cui andrebbe incontro tornando in patria.

Il secondo è il significato politico della certificazione degli esiti delle violenze subite, che inevitabilmente tende a spostare l'accento sulle persecuzioni subite più che sul rischio di subirne in caso di ritorno nel proprio paese: il diritto all'asilo finisce per essere riconosciuto solo alle vittime di tortura.

Il terzo è legato alle difficoltà che chi ha subito violenze intenzionali incontra nel raccontare le proprie esperienze, con possibilità dello scatenarsi di stati di sofferenza.

Il modello che abbiamo individuato tende a minimizzare questi rischi:

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.

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.

Prende così forma una modalità medico legale fondata sulla partecipazione di chi ha subito violenze e tiene conto della sua soggettività, il che non è di poco conto per una disciplina che tende a cercare segni oggettivi.

La domanda che ci viene rivolta da quando abbiamo cominciato a certificare esiti di tortura è questa: "ma come fate a dire che le lesioni fisiche, ed ancora di più i disturbi psicologici, che accertate sono proprio causati da quanto vi raccontano?"

I dubbi nascono non solo dal sospetto di simulazione, ma anche dal fatto che le storie terribili che siamo costretti ad ascoltare ci parlano di violenze subite nel paese di origine, durante il viaggio e, talora, nel paese di accoglienza e che noi visitiamo a distanza di mesi da questi avvenimenti; questo volume affronta solo l'accertamento delle lesioni a distanza di tempo dal trauma, che costituiscono gran parte della nostra esperienza.

Per rispondere a questa domanda, o meglio per contribuire alla discussione su un tema che riteniamo rilevante non solo dal punto di vista medico, ci proponiamo in questo volume, indirizzato agli operatori che incontrano nel loro lavoro richiedenti asilo e rifugiati, di esporre a che punto siamo giunti con la nostra elaborazione medico legale e di analizzare le procedure che abbiamo messo a punto.

Terremo conto della letteratura scientifica che è ampia: molta della quale riguarda i metodi di accertamento.

Particolare importanza ha per il nostro lavoro ha 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 Commis-

sionato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite (UNHCR, 1999).<sup>1</sup>

Il manuale può essere richiesto all'Ufficio promotore (1211, Geneva 10, Switzerland), che lo invia gratuitamente in diverse lingue, e si trova tradotto in italiano a cura dell'Amministrazione Penitenziaria.

La base giuridica del nostro lavoro è il fatto che, accanto ai tradizionali campi del diritto, si è progressivamente affermato, negli anni successivi alla 2<sup>a</sup> guerra mondiale, un insieme di norme di diritto internazionale a tutela dei diritti civili (per tutti vedi A. Cassese, 2005<sup>2</sup>) che hanno riflessi anche nella pratica medico legale.

In più di dieci anni di attività con l'Associazione Medici contro la Tortura e negli ultimi due anni e mezzo all'interno del SaMiFo (le due strutture sono presentate rispettivamente dal Presidente Andrea Taviani e dai promotori Pietro Benedetti e Filippo Gnolfo) si è precisato un percorso cui partecipano tutti gli operatori che si prendono cura dei richiedenti asilo vittime di tortura.

Il quadro giuridico è delineato da Louise Ysolt Glassier, che svolge la sua tesi di dottorato sul follow up delle vittime di tortura.

Giusy D'Alconzo, che svolge oggi una funzione importante in Amnesty International e che in passato ha lavorato con noi come operatore giuridico, coglie il filo rosso che attraversa gli interventi di tutti coloro che incontrano le persone sofferenti per le violenze subite: la possibilità che il nostro lavoro possa costituire un fattore di rischio o di protezione.

Una analisi, anche critica, del significato della certificazione degli esiti di tortura è affidata a Sarah Klingeberg e a Monica Serrano con Martino Volpatti; non è un caso se questi Autori uniscono la passione per il lavoro con le persone a una cultura antropologica e filosofica.

A Martino Volpatti si deve anche una acuta analisi del ruolo del mediatore linguistico culturale che, nell'ambito del SaMiFo, svolge un ruolo complesso di raccordo tra i vari operatori, tra loro e con il paziente, che abbiamo indicato con il termine "facilitatore".

Il rapporto tra operatore e donna vittima di violenza e di tortura è illustrato da Giorgia Rocca, cui è affidato l'accompagnamento ai diversi

---

<sup>1</sup> UNHCR (Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite), Protocollo di Istanbul: Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante Geneva 1999 in [www.unhcr.ch/pdf/8istprot\\_fre.pdf](http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_fre.pdf)) traduzione italiana a cura dell'ufficio studi ricerche legislazione e rapporto internazionali Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria sul sito <http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2482.pdf>

<sup>2</sup> Cassese A.: I diritti umani oggi, Laterza ed. 2005

servizi ed in particolare alla visita ginecologica.

In questa situazione estrema, sia per la vittima che rivive le violenze subite che per l'operatore costretto a misurarsi con l'inimmaginabile e l'indicibile, che pure deve essere espresso, si evidenzia la ricchezza e la difficoltà della relazione tra operatore e vittima.

Klaudia Jeger e Giancarlo Santone, sulla base della esperienza clinica con centinaia di casi incontrati nell'ambulatorio del SaMiFo, espongono le linee informative del loro intervento diagnostico e terapeutico in campo psicologico e psichiatrico.

Maurizio e Marta Bacigalupi affrontano un tema centrale in medicina legale: la dimostrazione del rapporto di causalità in presenza di un disturbo psichiatrico, per definizione multifattoriale e che richiede competenze psicologiche, psichiatriche ed epidemiologiche.

Enzo Ciccarini illustra le conoscenze scientifiche in tema di fisiopatologia del dolore, presente, e persistente nel tempo, in diverse forme nella gran parte delle vittime di violenze intenzionali; si tratta di aspetti utili per la diagnosi medico legale ed indispensabili per le scelte terapeutiche e per l'avvio del paziente alla riabilitazione.

Monica Ciardi ricorda le principali lesioni, e i possibili sussidi diagnostici strumentali, che si incontrano nella nostra pratica clinica.

Al curatore e a Gabriele Norcia sono affidati nel primo capitolo l'inquadramento generale delle problematiche medico legali e in quello finale elementi di deontologia che guidano il rapporto con la vittime e i criteri valutativi adottati.

La scelta editoriale è significativa: la possibilità di scaricare gratuitamente da Internet il testo renderà, ci auguriamo, la diffusione ampia tra gli operatori che incontrano i richiedenti asilo e i rifugiati vittime di violenze intenzionali.

L'indicazione degli indirizzi e mail degli Autori rende possibile inviarci osservazioni, critiche che ci stimoleranno a migliorare il nostro lavoro.

In appendice lo schema diagnostico che abbiamo adottato per determinare il superamento o meno della minore età nei minori non accompagnati.

È un aspetto che abbiamo dovuto affrontare in presenza di comportamenti che ci sono apparsi contrari alle regole scientifiche e deontologiche da parte dei sanitari cui si rivolgono le forze dell'ordine: il giovane viene sottoposto ad esame radiografico del polso, senza essere informato del

potenziale rischio legato all'esecuzione di una esposizione a radiazioni ionizzanti in età evolutiva, senza che sia acquisito il consenso, senza che sia presa in considerazione la possibilità di ricorrere a metodologie di indagine con efficacia equivalente, non invasiva.

Un ringraziamento alle organizzazioni che con il loro sostegno permettono lo sviluppo delle attività dell'Associazione Medici contro la Tortura: Fondo ONU per le vittime di tortura, Fondo 8 per mille della Chiesa Valdese, Rete Radié Resh, Associazione Fausto Vicarelli.

Un ringraziamento inoltre alle Associazioni con cui si è sviluppata in questi anni una fruttuosa collaborazione: a Roma Casa dei Diritti Sociali, Centro Astalli, Parsec, Save the Children e a Parma Ciac.





# **1. La Medicina Legale degli esiti di tortura e di trattamenti inumani e degradanti**

*di Carlo Bracci e Gabriele Norcia*

La medicina legale è la disciplina che studia la realtà fisica e psichica dell'uomo nei suoi rapporti con il diritto.

Gli ambiti giuridici di interesse medico legale sono molteplici: dal diritto penale, al diritto civile, della sicurezza sociale, delle assicurazioni pubbliche e private, ecc.

In ognuno di questi ambiti si seguono regole specifiche.

Ad esempio una stessa infermità viene valutata in modo differente se si debbano individuare elementi rilevanti in ambito penale (ad esempio l'indebolimento permanente di un organo o di un senso, aggravante del reato di lesioni personali), civile (se si debba valutare un danno ingiusto e quindi risarcibile o se si debba valutare la capacità di scrivere un testamento); assicurativo pubblico (se si debba valutare il danno ai sensi del TU degli infortuni e delle malattie professionali, o nel campo dell'invalidità pensionabile o dell'invalidità civile o, ancora, se si debba stabilire l'idoneità al lavoro).

Anche la valutazione del rapporto di causalità tra un evento e un danno alla persona, che è uno degli argomenti che impegna filosofi, giuristi e medici legali, trova applicazioni non omogenee nei vari campi del diritto.

L'attuale orientamento della giurisprudenza penale richiede che la prova del rapporto di causalità sia raggiunta con caratteri di alto grado di probabilità logica o credibilità razionale; in civile si richiede una elevata probabilità secondo criteri di "regolarità statistica" (id quod plerumque

accidit, nel latino prediletto dai giuristi).

Per le malattie professionali elencate nella tabella annessa al testo Unico Infortuni e Malattie professionali il rapporto di causalità tra l'esposizione al rischio professionale e la malattia compatibile, in base alle conoscenze scientifiche, con questa esposizione, è presunto: spetta all'Istituto Assicuratore (INAIL) provare che nel singolo caso ha agito una causa capace da sola di provocare l'evento (sentenza 179/88 della Corte Costituzionale).

Accanto ai tradizionali campi del diritto si è progressivamente affermato, negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, un insieme di norme di diritto internazionale a tutela dei diritti civili (per tutti vedi A. Cassese, 2005) 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.

La Dichiarazione Universale è una semplice raccomandazione; il Patto ONU è vincolante per gli Stati contraenti, ma è privo di strumenti di controllo.

La Convenzione del 1984 ha il pregio di contenere una definizione dettagliata della tortura, allarga il divieto ai trattamenti crudeli, disumani o degradanti, stabilisce l'obbligo per ogni stato contraente di punire i torturatori che si trovino nelle sue mani, dovunque e contro chiunque abbia commesso atti di tortura; oppure di estradarli allo Stato che ne faccia richiesta e abbia titolo per processarli (principio della "universalità" della giurisdizione).

Sul piano del diritto internazionale la Convenzione presenta la definizione più esaustiva e condivisa della tortura. Secondo l'art.1 il termine indica:

*"...qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore e sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o di far pressione su di lei o di intimidire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale*

*dolore o sofferenze siano inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito”.*

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

Tortura fisica, considerata in base all’effetto che sortisce e al tipo di dolore che induce nella vittima.

Tortura psicologica, che mira specificamente a distruggere l’identità della vittima e a spossarla psicologicamente attraverso ripetute umiliazioni, violazioni e messaggi paradossali.

Tortura sessuale che potrebbe rientrare tra le torture fisiche, ma che viene descritta separatamente a causa del grande impatto sociale e psicologico che essa causa.

Altro importante dato da evidenziare è che, oltre a questi maltrattamenti la cui crudeltà è comunemente riconosciuta ci sono tipologie di violenza, definite come trattamenti inumani e degradanti, che possono assumere le più svariate forme, ma che come la tortura, hanno la finalità di distruggere l’identità della vittima. La Convenzione interamericana per la prevenzione e la repressione della tortura, firmata nel 1985 ed entrata in vigore nel 1987 definisce così la tortura

*“la tortura è l’applicazione a qualsiasi persona di metodi miranti ad annullare la personalità della vittima o a colpire la sua capacità fisica o mentale, anche se questi metodi e procedure non provocano dolore fisico o angoscia psichica”.*

Questa definizione enuncia con chiarezza l’obiettivo perseguito dalla tortura, cioè la distruzione della identità della vittima e del sentimento di appartenenza alla specie umana.

Dal sito di ACAT France, dove sono riportati in maniera efficace gli elementi chiave per inquadrare il problema, riportiamo in sintesi le finalità della tortura:

- ottenere notizie
- ottenere delle confessioni

## La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati

- punire la vittima per un atto commesso da lei o da altri
- terrorizzare la vittima e il gruppo (politico, etnico, religioso ... cui appartiene)

Un ulteriore passo avanti si è avuto in Europa con la Convenzione del 1950 sui diritti umani che, all'art. 3, contiene un divieto rigoroso della tortura e con la istituzione della Corte Europea dei diritti dell'uomo (1950)

La Corte ha elaborato una chiara definizione di "tortura": "qualunque trattamento disumano e degradante che causa intenzionalmente una grave sofferenza fisica o mentale".

Caratteri distintivi della tortura sono dunque la intenzionalità e il grado di sofferenza, che deve essere "intenso".

La Corte di Giustizia europea cui possono ricorrere i singoli individui, ha prodotto una giurisprudenza vastissima (vedi anche A. Cassese, cit e UNHCR, cit).

Particolarmente significativo l'esigere che i valori salvaguardati dalla Convenzione abbiano un raggio di azione che va al di là degli Stati contraenti, giudicando illecita l'espulsione verso un paese in cui lo straniero potrebbe essere torturato.

La giurisprudenza della Corte ha affrontato anche problemi di interesse medico legali.

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.

In tal senso ad es. Tomasi c. Francia, sentenza del 25.06.1992, Selmouni c. Francia sentenza del 28.07.1999.

In questa seconda sentenza la Corte, dopo avere ribadito i caratteri della intenzionalità e della gravità che caratterizzano la tortura, ha notato che la Convenzione è uno strumento vivente, che deve essere interpretato alla luce delle condizioni odierne.

Al momento attuale l'applicazione di questi principi alla casistica che giunge alla nostra osservazione è uno dei punti da discutere in ambito giuridico e medico legale.

Una recente sentenza della Cassazione civile a sezioni unite (17 novem-

bre 2008, n. 27310), stabilisce principi innovativi.

Con riferimento all'onere probatorio vige l'orientamento giurisprudenziale il quale ritiene che devono considerarsi norme processuali, in quanto soggette al principio del *tempus regit actum*, quelle che attengono ai modi ed ai termini di assunzione delle prove.

È stabilito ai sensi dell'art. 1 co. 5 legge 416/1990 che lo straniero deve rivolgere istanza motivata e, in quanto possibile, documentata all'ufficio di polizia di frontiera. Tale norma è stata interpretata dalla giurisprudenza della Suprema Corte nel senso che la prova debba essere fornita dal soggetto istante, secondo i criteri generali di riparto posti dall'art. 2697 c.c., tenendo conto però delle difficoltà determinate da un allontanamento forzato e segreto, tali da rendere normalmente necessario il ricorso alla presunzione.

Spiega la Suprema Corte: "Si è al riguardo precisato che il pur limitato o attenuato onere probatorio, in ragione del ridotto grado di disponibilità obiettiva della prove, riconosciuto dall'inciso in quanto possibile, non vale a configurare un diritto al beneficio del dubbio, né un obbligo dell'amministrazione di smentire con argomenti contrari le ragioni addotte dall'istante, né può indurre a ritenere sufficienti le attestazioni provenienti da terzi estranei al giudizio o i richiami al notorio circa situazioni politico-economiche di dissesto del Paese di origine o circa persecuzioni nei confronti di non specificate etnie di appartenenza".

In sostanza 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.

Inoltre "il richiedente deve dimostrare di essere credibile, assolvendo al relativo onere probatorio secondo le regole del nostro ordinamento, non trovando applicazione le indicazioni contenute nel 'Manuale sulle procedure e sui criteri per la determinazione dello status di rifugiato' adottato dall'Alto commissariato della Nazioni Unite per i rifugiati, in quanto esse hanno il carattere di mere linee guida ma risultano prive di valore normativo".

In ordine alla valutazione delle prove è intervenuta la direttiva 2004/83/CE, la quale all'art. 4 co. 3 dispone che lo Stato membro è tenuto, in cooperazione con il richiedente, ad esaminare tutti gli elementi significativi della domanda di protezione internazionale. L'esame della domanda deve essere fatto su base individuale, attraverso la valutazione:

## La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati

a) di tutti i fatti pertinenti che riguardano il paese d'origine al momento dell'adozione della decisione in merito alla domanda, comprese le disposizioni legislative e regolamentari del Paese d'origine e relative modalità di applicazione;

b) della dichiarazione e della documentazione pertinenti presentate dal richiedente che deve anche render noto se ha già subito o rischia di subire persecuzioni o danni gravi;

c) della situazione individuale e delle circostanze personali del richiedente, in particolare l'estrazione, il sesso e l'età, al fine di valutare se, in base alle circostanze personali del richiedente, gli atti a cui è stato o potrebbe essere esposto si configurino come persecuzione o danno grave;

d) dell'eventualità che le attività svolte dal richiedente dopo aver lasciato il paese d'origine abbiano mirato esclusivamente o principalmente a creare le condizioni necessarie alla presentazione di una domanda di protezione internazionale, al fine di stabilire se dette attività espongano il richiedente a persecuzione o a danno grave in caso di rientro nel paese;

e) dell'eventualità che ci si possa ragionevolmente attendere dal richiedente un ricorso alla protezione di un altro paese di cui potrebbe dichiararsi cittadino.

Tale elencazione è collegata con la previsione del comma 5 del medesimo articolo in cui si afferma che 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.

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

“In tale prospettiva la diligenza e la buona fede del richiedente si sostanziano in elementi di integrazione dell'insufficiente quadro probatorio, con un chiaro rivolgimento delle regole ordinarie sull'onere probatorio dettate dalla normativa codicistica vigente in Italia”.

Al medico legale spetta di raccogliere tutti gli elementi utili per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche, accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo.

## **1.1 L'attività medico legale svolta nell'ambito della presa in carico dei richiedenti asilo e rifugiati**

L'attività medico legale su cui basiamo la nostra riflessione si è svolta nell'ambito del lavoro dell'Associazione Medici contro la Tortura, del Centro Astalli di Roma del Jesuit Refugee Service e a partire dal gennaio 2007 nell'ambito del SaMiFo (Salute Migranti Forzati) che le due Associazioni gestiscono assieme alla ASL RMA.

La certificazione è richiesta da richiedenti asilo in attesa dell'esame da parte della Commissione per il riconoscimento dello Status di rifugiato presso il Giudice Ordinario da parte di chi ha ricevuto un diniego.

La valutazione medico legale si situa alla fine di un percorso di accoglienza, assistenza ed orientamento sociale, giuridico, di medicina generale e specialistica.

L'attività medico legale ha diverse finalità:

- certificazione degli esiti di violenze subite nel paese di origine, valutandone le cause e la gravità;
- 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 viag-

gio verso Centri lontani da Roma o verso il primo paese europeo in cui il rifugiato è arrivato secondo la convenzione di Dublino.

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.

Con questo volume ci proponiamo di portare un contributo alla definizione di una prassi medico legale e di un ambito giuridico di tutela dei diritti umani, sulla base dell'analisi del lavoro che svolgiamo.

Come abbiamo sottolineato la certificazione medico legale si realizza al termine di un percorso di presa in carico da parte di operatori di diversa professionalità, sociale, giuridica, medica, psicologica, di mediazione culturale; da ognuno viene un contributo prezioso per la formulazione del giudizio medico legale.

Tale contributo è illustrato da operatori dell'Associazione Medici contro la Tortura, del Centro Astalli e del SaMiFo, con i quali analizziamo i casi in incontri singoli e nelle riunioni di équipe.

Si intrecciano necessariamente aspetti diagnostici, terapeutico riabilitativi e medico legali, come evidenziato anche da altri Autori (Gangsei D et al., 2007).

Se il torturatore agisce per distruggere la dignità dell'individuo, riducendolo ad oggetto, ogni atto che porta al riconoscimento delle vittime come soggetti portatori di diritti ha una forte valenza terapeutica.

Quando durante la visita il paziente distingue puntigliosamente gli esiti delle violenze intenzionali da quelli accidentali, cosa che avviene frequentemente, il messaggio è chiaro: "Io sono stato vittima di violenze estreme, ma ho, prima ancora della necessità del riconoscimento giuridico, il dovere verso me stesso di affermare quella dignità e quella lealtà che altri hanno cercato di distruggere".

I contributi raccolti in questo volume si ispirano alla convinzione che le modalità con cui ci si mette in relazione con una persona che ha subito tortura possono costituire o un fattore di rischio o un fattore di



protezione, come chiarisce Giusy d'Alconzo nel suo scritto sul percorso giuridico.

Senza le osservazioni degli operatori con diverse competenze non sarebbe stato possibile mettere a punto non solo una procedura medico legale che tenga conto della peculiare condizione dei richiedenti asilo, ma neppure la redazione dei singoli certificati.

Nel lavoro di tutela dei richiedenti asilo abbiamo imparato:

- quanto ricco e capace di acquisire informazioni sia il lavoro di accoglienza, orientamento e accompagnamento degli operatori sociali;
- quanto questo lavoro arricchisca professionalmente i medici delle diverse specialità, a cominciare dagli stessi medici legali.

Il medico legale ha il compito di raccogliere tutti gli elementi emersi durante il percorso di cura e di redigere una relazione che sarà portata alla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato o, nei casi di diniego, al magistrato, consapevole che l'atto di firmare la relazione ha un significato di grande rilievo: io, professionista del paese cui hai chiesto protezione, riconosco i tuoi diritti di uomo.

Infine aggiungiamo un paragrafo su un argomento che ci ha visto fronteggiare in giudizio un'ondata di espulsioni in molti casi immotivati: i criteri da adottare per valutare la minore età di minori non accompagnati ai fini del diritto all'accoglienza nel nostro Paese.

In questo campo assistiamo a giovani portati in ospedale ad eseguire una radiografia del polso, senza che siano stati loro spiegati i motivi dell'esame e i possibili rischi, senza l'assistenza di un interprete.

I giudizi espressi dai radiologi indicano in genere l'età del soggetto senza accennare ai margini di errore che, secondo la letteratura scientifica, sono di  $\pm 2$  anni.

Riteniamo utile portare alla discussione questa proposta di redazione dei certificati attestanti il superamento o meno della minore età.

## **1.2 Certificazioni medico legali rilasciate a vittime di**

## tortura nel 2008

<b>PAESE</b>	<b>N°</b>
GUINEA CONAKRI	60
COSTA D'AVORIO	27
TOGO	22
AFGHANISTAN	5
CAMERUN	4
TURCHIA	4
GAMBIA	3
BENIN	3
BURKINA FASO	3
NIGERIA	3
R. D. CONGO	2
SENEGAL	2
ERITREA	1
ETIOPIA	1
GUINEA BISSAU	1
IRAN	1
BANGLADESH	1
LIBERIA	1
MALI	1
SIERRA LEONE	1
<b>TOTALE</b>	<b>146</b>
MASCHI	129
FEMMINE	17

## **Bibliografia**

*Action Chretienne pour l'Abolition de la Torture et des exécutions capitales*  
[www.acatfrance.fr](http://www.acatfrance.fr)

*Cassazione civile a sezioni unite, sentenza del 17 novembre 2008, n. 27310.*

*Cassese A. (2005): I diritti umani oggi, Laterza ed., Bari.*

*Corte Europea dei diritti dell'uomo* [www.coe.int/T/I](http://www.coe.int/T/I)

*Gangsei D, Deutsch AC (2007): Psychological evaluation of asylum seekers as a therapeutic process. Torture,2:79 - 87.*

*UNHCR (Alto Commissionato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite), Protocollo di Istanbul: Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante Geneve 1999 in [www.unhcr.ch/pdf/8istprot\\_fre.pdf](http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_fre.pdf)) traduzione italiana a cura dell'ufficio studi ricerche legislazione e rapporto internazionali Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria sul sito <http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2482.pdf>*

## 2. Lo scandalo e i passi

*di Andrea Taviani*

Quando debbo raccontare dei “Medici contro la tortura”, la scena che segue mi si presenta davanti agli occhi, come un primo passo, o meglio come l’inciampo dal quale, per trovare un nuovo equilibrio, inizia un cammino.

C’è un medico che sta compiendo una visita di routine, un elettrocardiogramma, un esame ginecologico od una visita odontoiatrica. Improvvisamente il paziente o la paziente reagisce in maniera ingiustificata, diventa insofferente, cade addirittura nel panico. Non c’è una ragione, eppure soffre.

Non è un pezzo di colore, un luogo comune. È un fatto semplice e schietto, come quando il piede inciampa in una verità.

Per quale ragione quella persona si inalbera e mostra sofferenza. Forse perché è straniera. Capisce male la nostra lingua e non conosce le più normali procedure di una visita medica. Non è così. Basta uno sguardo per rendersene conto. E allora perché. Bisogna capire.

Alla fine, il medico capisce quel che non immaginava: credeva di visitare una persona straniera, emigrante, fuoriuscita; scopre una vittima della tortura. Basta un niente per farla ripiombare nel ricordo della violenza che un giorno le infersero. La tortura non rimane soltanto come un ricordo da incubo. È una memoria che resta incisa nel corpo.

Il medico si dice: bisogna trovare un altro modo per visitare persone del genere. Poi aggiunge: bisognerebbe imparare a curare anche questi traumi, che non credevamo potessero raggiungerci nei nostri ambulatori.

Si rende conto, cioè, che la tortura non è lontana, che sta in mezzo a noi. Non stiamo parlando della brutalità oscena che a volte si manifesta anche nelle nostre democrazie e di cui si potrebbe parlare più estesamente in altra sede. Parliamo della tortura organizzata, istituzionalizzata, tecnologicamente avanzata. Vi sono numerose vittime di tortura che chiedono asilo nei nostri paesi, spesso senza trovarvi la giusta protezione e la doverosa accoglienza. Non li riconosciamo come tali. Ma l'indifferenza e l'accanimento burocratico nei loro confronti diventa uno scandalo nello scandalo.

Dal ricorrere di quella scena iniziale e dal bisogno di porre rimedio allo scandalo della tortura sepolta nel silenzio, è nata l'associazione umanitaria "Medici contro la tortura". Opera da oltre dieci anni, fornisce assistenza medica, psicologica e sociale alle vittime di tortura rifugiate in Italia, da qualsiasi paese provengano.

Nel mondo ci sono attualmente oltre 200 associazioni e centri di riabilitazione per le vittime di tortura. Questo vasto movimento è iniziato circa 30 anni fa, quando Amnesty International ha esortato i professionisti della salute a riconoscere le tracce e le conseguenze fisiche e psicologiche della tortura ed ha chiesto che le si facesse oggetto di terapia.

Possiamo affermare che oggi sappiamo molte cose della tortura: sappiamo che cosa i torturatori vogliono; sappiamo cosa fanno, anche se cercano di nascondere; sappiamo perché si tortura; abbiamo un'idea abbastanza precisa delle conseguenze fisiche mediche e psicologiche. Sappiamo, soprattutto, che cosa non sappiamo: gli innumerevoli e sottilissimi filamenti con cui la tortura si insedia nell'individuo, restandovi come un passato continuamente presente. Come un controsenso che si comporta da malattia.

Eppure, le vittime riescono a volte a "guarire", smettono, cioè, di viverci come vittime.

La guarigione, più ancora della resistenza e della sopravvivenza, è la vera sconfitta del torturatore, dei suoi complici e dei suoi mandanti.

Abbiamo scoperto che lo scopo principale della tortura non è più solo quello di estorcere la confessione all'interrogato, ma quello di annientare la sua personalità, fare di lui un disadattato alla vita normale, un monito vivente. Una volta rimesso in libertà, il torturato, in genere, non appare come un eroe, ma come un portatore di vergogna. Non una ver-

gogna sociale, ma una vergogna intima, e quindi vissuta come qualcosa di molto simile ad un senso di colpa. Sembra un controsenso. Ma questa è una delle violenze più sottili della tortura: annodare controsensi nelle menti e nei cuori.

A livello politico le cose sono più chiare: vi sono regimi per i quali la tortura è strumento di governo. Saperla legittimata - di fatto, se non per legge - rende diffusa e socialmente efficace la paura per l'autorità e reprime bene l'espressione del dissenso, contribuisce al mantenimento dell'ordine.

Ci ha stupito scoprire che i metodi di tortura sono globalizzati, gli stessi in tutto il mondo. È molto probabile che esistano veri e propri centri di addestramento a carattere internazionale. Abbiamo constatato analogie che non possono essere casuali nelle tecniche utilizzate in paesi fra loro molto lontani. Certe "innovazioni", certi "perfezionamenti", certe "invenzioni" si diffondono con sorprendente velocità. Accanto alla "tortura arcaica" vi è infatti anche una tortura "intelligente" e bene informata, che si tiene al passo con i tempi.

Il nocciolo arcaico delle torture è noto e rievoca i tempi che impropriamente chiamiamo "medievali": percosse reiterate, costrizione in posizioni dolorose, violenza sessuale, avulsione di unghie e denti, immersione in liquami fetidi, ustioni, scariche elettriche, amputazioni, fratture. Talvolta queste tecniche sono sostituite dalle forme della tortura tecnologicamente avanzata, che non implicano necessariamente il contatto fisico tra il torturatore ed il torturato. Meno note sono le tecniche di tortura psicologica, che mirano alla devastazione, senza visibili lesioni, della personalità dell'individuo. La normale visita medica, in questi casi, non trova prove. La situazione del torturato è tanto peggiore quanto meno restano leggibili sul suo corpo i segni delle sevizie. È questo il capolavoro del torturatore: erigere una barriera d'incomprensione fra il torturato e la comunità che lo accoglie. La tortura, infatti, è tanto più devastante quanto più è incomunicabile. Il complice più raffinato del torturatore è il Silenzio. Il silenzio circostante.

E soprattutto il silenzio indotto nella vittima.

Con particolare raccapriccio abbiamo scoperto che vi sono non pochi medici complici, veri e propri medici per la tortura. Vi sono dei medici a suggerire ai carnefici su quali punti deboli della vittima convenga agire; vi sono dei medici che si assumono il compito di segnalare il limite oltre

il quale non ci si deve spingere se si vuole evitare la morte del prigioniero, o meglio, del torturato. A volte il torturato non è un vero e proprio prigioniero, ma - ufficialmente - un “fermato”, qualcuno soggetto ad un semplice interrogatorio. E vi sono medici pronti a redigere certificati falsi per nascondere quanto è avvenuto. In numerosi casi, ufficialmente non è successo niente e la vittima è stata provvisoriamente sequestrata da autorità informali, da corpi parapolizieschi, o da membri delle forze dell’ordine che lavorano provvisoriamente in proprio e - per così dire - “in borghese”.

Dicevo che malgrado tutto ciò a volte le vittime riescono a “guarire”. Questa è stata, per noi “medici contro la tortura”, la scoperta più feconda ed anche più sorprendente. È possibile aiutare efficacemente le vittime di tortura attraverso percorsi di riabilitazione personalizzati, dove il nostro intervento clinico deve necessariamente legarsi ad un lavoro di assistenza psicologica e sociale, fino alla consulenza legale. Abbiamo constatato che non è possibile essere medici contro la tortura restando solo medici.

I moduli organizzativi che ci siamo dati per realizzare il lavoro di cura sono variati nel corso del tempo.

In un primo momento la comprensione dei problemi delle vittime era stata limitata al tentativo di riconoscere e curare le conseguenze della tortura. In un secondo momento, ci siamo resi conto che la condizione di vittima permane e si riproduce. In pratica, è determinata da una patologia delle relazioni fra il soggetto che ha subito una violenza e coloro che lo circondano. Questo vuol dire che un’azione terapeutica è possibile solo a condizione di travalicare i tradizionali confini della “terapia”. Abbiamo dovuto prendere in considerazione l’intero ventaglio delle condizioni in cui si trovano coloro che chiedono asilo, molti dei quali hanno subito tortura nel paese di origine. Si trovano in Italia privi di mezzi. Non hanno la possibilità di lavorare o di iscriversi a corsi di istruzione pubblica. Sono fuggiti dal proprio paese: il più delle volte non hanno denaro e non hanno vestiti. Talora non hanno documenti. Alcuni rifugiati trovano alloggio in case di accoglienza del Comune dove ricevono la prima colazione e la cena, con l’obbligo di lasciare il centro nelle ore diurne. Vivono giorni vuoti, di per sé malsani.

A queste difficoltà si aggiungono la mancanza di notizie dei familiari, la scarsa o nulla conoscenza della lingua italiana, la paura d’essere controllati dalla polizia, nell’incapacità persino di distinguere un poliziotto

da un carabiniere, da un vigile urbano, da un controllore d'autobus.

In questa situazione, rispondere ai bisogni sociali elementari diventa il prerequisito per poi affrontare qualunque intervento di sostegno psicologico o medico. Gran parte delle nostre energie è quindi spesa nel tentativo di creare una rete di sostegno, costruendo forme di collaborazione con chi si occupa di rifugiati, in particolare con gli operatori sociali e gli operatori giuridici delle Associazioni che si prendono cura di coloro che chiedono asilo politico.

Raccogliamo fondi per fornire aiuto economico per l'acquisto di generi alimentari, per telefonare nel paese di origine, per contribuire alle spese d'alloggio, per l'acquisto di abbonamenti ai mezzi pubblici urbani, di biglietti ferroviari per quelle persone che, dopo il riconoscimento dello status di rifugiato politico, devono raggiungere città, specialmente nel nord est dell'Italia, dove esistono possibilità di occupazione.

Dal primo inciampo, cioè, è cominciato un percorso empirico che con il tempo ha acquisito consapevolezza metodologica, coerenza e progettualità.

Attualmente il nostro lavoro si articola su tre livelli di intervento.

Innanzitutto: visitare, diagnosticare e prestare le prime cure, fornire un orientamento sul nostro Servizio Sanitario Nazionale. Talvolta redigiamo anche una certificazione medica che può essere di supporto all'azione legale promossa presso la Commissione Centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato. L'iter diagnostico terapeutico prevede poi la possibilità per i pazienti di accedere ad analisi di laboratorio e strumentali e, se necessario, possiamo garantire visite specialistiche, grazie a una rete di medici che collaborano gratuitamente con noi.

Vi è poi un secondo livello di intervento, che consiste in una vera e propria presa in carico del "paziente", il quale inizia un percorso di riabilitazione personalizzato, con presenze regolari ai nostri incontri, anche con cicli di fisioterapia o psicoterapia individuale.

Il nostro terzo livello di intervento attualmente riguarda poche persone, non più di 20-30. Consiste in un lavoro di gruppo in cui le persone percorrono assieme lo stesso tragitto, integrando attività che sulla carta parrebbero disparate: l'apprendimento della lingua italiana; la socializzazione e l'orientamento ai servizi sociali del territorio con mediazione culturale; una attività psicoterapica condotta in gruppo per ricostruire i



percorsi di vita, per orientarsi nella società di accoglienza, per progettare il futuro, contribuendo quindi a reintegrare quelle funzioni che sono colpite dalla tortura e dalle sofferenze che si accompagnano alla fuga; la fisioterapia riabilitativa delle lesioni somatiche derivanti da tortura.

Non è stata un'idea preliminare, un progetto a tavolino, a spingerci ad integrare queste diverse attività, ma urgenze pratiche, per rispondere alle esigenze concrete delle persone con cui lavoriamo. Va sottolineato: con e non su cui lavoriamo. Perché il "paziente", abbiamo scoperto, entra nella fase della "guarigione" passando dalla parte dei terapeuti. Diventando lui stesso una guida per aiutare altri ad evadere dalla prigione del Silenzio che nutre quel passato-presente malato con cui la tortura si incista e cresce nel corpo-mente di chi l'ha subita.

Abbiamo scoperto, per esempio, che l'insegnamento dell'italiano può essere molto più d'un servizio di tipo esclusivamente linguistico, necessario per immettersi in un paese straniero. Condotta in gruppo, accanto ad altre attività, può diventare un lasciarsi attraversare dalla lingua. Imparare a tradurre diventa imparare a parlarsi e a raccontarsi. Può fornire un inaspettato filo d'Arianna per fuoriuscire dai labirinti della difficile comunicazione con se stessi e con gli altri.

Tutto quel che noi "medici contro la tortura" abbiamo imparato si riassume in un metodo che si sta costruendo passo dopo passo, senza l'ausilio di mappe, teorie o progetti definiti a priori. Se abbiamo un merito, esso consiste soltanto nella volontà di camminare inventando una direzione ogni volta che siamo inciampati in qualcosa di imprevisto, senza avere il tempo di fermarci a discettare. La pietra contro cui picchia il piede, nella quotidiana routine della professione, non è necessariamente qualcosa che blocca il passo, con ostacoli imprevisti e quindi apparentemente più grandi di noi. Quella pietra ha tante facce. I greci la chiamavano skàndalon, la pietra dello scandalo.

### **Bibliografia**

*Amnesty International - Coordinamento Medici della Sezione Italiana (1994): Medici e tortura, sette storie di oggi. Il Pensiero Scientifico ed. Roma.*

*Ass.Umanitaria Medici contro la tortura (2002): Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni, Il Pensiero scientifico, Roma.*

### **3. Il SaMiFo - Salute Migranti Forzati**

*di Pietro Benedetti e Filippo Gnolfo*

Il SaMiFo nasce ufficialmente nel marzo del 2006 attraverso l'atto aziendale deliberato tra la ASL RMA e l'associazione Centro Astalli. Diventa operativo dal gennaio 2007.

In verità il SaMiFo ha avuto una gestazione lunga diversi anni, per questo motivo è utile fare un passo indietro e ripercorrere velocemente quale è stata la dimensione e come si è manifestato il fenomeno rifugiati in Italia, in special modo a Roma, città di approdo e di transito di una grossa fetta dei migranti forzati in Italia, quindi particolarmente indicativo per analizzare le diverse criticità.

Negli anni novanta il palcoscenico dei mass media è stato occupato prevalentemente dagli esodi di massa causati da guerre e genocidi nell'ex Jugoslavia, negli ultimi dieci anni a fasi alterne curdi turchi e giovani afgani, ragazzi e ragazze del Corno d'Africa, africani della zona subsahariana francofoni ma anche colombiani.

Per dare risposte a queste persone che beneficiano di diritti per l'assistenza sanitaria, pari a quelli degli italiani, l'associazione Centro Astalli dal 2000 ha cominciato a studiare strategie di assistenza, sostegno, cura, tutela, e inclusione sociale dei migranti forzati.

I dati raccolti in questi anni, di carattere maggiormente quantitativo che qualitativo, ci hanno suggerito di puntare su alcuni servizi partendo dal denominatore comune che tutti i migranti forzati hanno diritto di avere un loro medico di famiglia.

Durante le riunioni del GRIS (Gruppo Immigrazione Salute del Lazio) ab-

biamo lavorato in questi anni per rendere accessibile il servizio sanitario ai migranti forzati, ma c'eravamo accorti che la fruibilità era pressoché assente. Proprio in quella sede nasce e prende forma l'idea di creare un servizio sanitario dedicato, all'interno del servizio pubblico, mix tra servizio pubblico e privato, non ponendoci una mission temporale, ma radicandolo sul territorio secondo l'assioma rifugiati - futuri cittadini, discutendo spesso animosamente alcuni luoghi comuni, ma anche sottolineando le attenzioni da avere nell'entrare in una realtà spesso complicata.

La nascita del progetto SAMIFO - Salute Migranti Forzati è frutto del percorso intrapreso dall'Ambulatorio del Centro Astalli, composto da medici, infermieri, farmacisti e operatori volontari, circa quindici anni fa quando iniziò la sua assistenza agli immigrati.

Inizialmente si è sviluppata una rete informale, fatta di rapporti di conoscenza personali, occasionali, fondati sulla motivazione, sulla disponibilità reciproca tra gli operatori del servizio pubblico e quelli dell'Associazione Centro Astalli.

La nostra testimonianza è di un incontro continuo nei presidi del primo distretto, di un lavoro quotidiano, per favorire la scelta del medico di famiglia, per evitare le piccole e grandi ingiustizie o incomprensioni agli sportelli.

L'incontro e il confronto tra pubblico e privato sociale nel GRIS Lazio ha permesso la condivisione di un patrimonio comune di buone pratiche, lo sviluppo di un percorso comune di riflessione sulle aree critiche della salute dei migranti e sul lavoro di rete. Il lavoro di rete inizia già in termini di programmazione degli interventi e di pianificazione delle risorse, di elaborazione di progetti di cooperazione. Attualmente si è sviluppato un lavoro di rete integrato, la ASL Roma A ha sottoscritto un protocollo di intesa, proponendo un modello cooperativo tra servizio pubblico e volontariato/privato sociale.

Il SAMIFO si propone tre obiettivi principali:

facilitare e monitorare l'accessibilità e fruibilità di tutti i servizi socio sanitari erogati dentro le strutture ASL;

praticare un modello di intervento flessibile, specifico per il tipo di paziente, cercando di rendere il paziente maggiormente attivo nel rapporto con medico e struttura pubblica.

L'assistenza sanitaria come mezzo di dialogo tra paziente e medico e

operatore sanitario per una più attenta conoscenza delle reciproche culture e realtà.

In questi anni abbiamo notato quanto è importante stringere non solo una rete formata da pubblico e privato ma anche come la rete sia fatta di una trama fitta e resistente.

Il Progetto SaMiFo - Salute Migranti Forzati è un laboratorio di modelli innovativi.

Gli operatori del Centro Astalli e di Medici contro la Tortura lavorano insieme ad operatori del servizio pubblico in una struttura della ASL RMA. I servizi sanitari e amministrativi sono implementati con l'attività di operatori volontari esperti nella materia, medici volontari specializzati nella cura di pazienti vittime di tortura. Vengono proposti percorsi terapeutici multidisciplinari per promuovere un approccio sistematico al trauma dei migranti forzati come trauma multidimensionale (sofferenza fisica, psichica, sociale). Le attività sono programmate (con l'istituzione di un comitato scientifico) e verificate (attraverso una unità valutativa).

La visita medico legale con certificazione degli esiti di tortura è l'ultimo step di un percorso clinico diagnostico (Unità VdT - Vittime di Tortura) che il paziente inizia al SaMiFo dal momento che egli dichiara di aver subito tortura oppure emerge il sospetto durante la visita con il proprio medico di famiglia. Lo stesso medico richiede una serie di accertamenti sierologici ed eventualmente radiografici in base all'esito dell'esame obiettivo e dell'anamnesi raccolta. Spesso sono risultati particolarmente utili gli esami ecografici della pianta dei piedi nei casi di dichiarata tortura con la falaqa e l'ecografia dei tessuti molli per evidenziare lesioni muscolo tendinee nervose causate dalla tortura per sospensione agli arti superiori.

Molte delle vittime di tortura versano in precarie condizioni di salute mentale, lamentano ansia, sindromi depressive e incubi ricorrenti per cui vengono presi in carica dalla psicologa e dallo psichiatra. Inoltre le donne vengono invitate ad un consulto ginecologico.

Parallelamente a queste attività cliniche si raccoglie la storia attraverso un servizio legale esperto ed esterno al SaMiFo. Questo risulta utile non solo alla anamnesi clinica ma soprattutto al momento della visita medico legale, che avverrà appunto al termine di tutti gli accertamenti e visite che il paziente avrà eseguito in precedenza con la Unità Vdt. La storia raccolta e le indagini cliniche che avrà effettuato aiuteranno il medico

legale a trarre le conclusioni e le relative compatibilità emerse. La certificazione rilasciata viene allegata al fascicolo presentato dall'operatore legale presso la Commissione Territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato, aiutando la stessa nel valutare e decidere durante l'audizione del richiedente asilo/vittima di tortura.

<b>PERSONA</b>	
ISCRIZIONI AL SSN	<b>936</b>
RINNOVI DI ISCRIZIONE SSN	<b>44</b>
UOMINI	<b>816</b>
DONNE	<b>164</b>
TOTALE	<b>980</b>
<b>I PRIMI 10 PAESI DI PROVENIENZA</b>	
AFGHANISTAN	<b>308</b>
ERITREA	<b>137</b>
GUINEA	<b>96</b>
COSTA D'AVORIO	<b>86</b>
ETIOPIA	<b>50</b>
NIGERIA	<b>40</b>
SUDAN	<b>36</b>
TOGO	<b>35</b>
CAMERUN	<b>20</b>
CONGO	<b>20</b>
TOTALE	<b>828</b>
<b>GLI ALTRI PAESI DI PROVENIENZA</b>	
BURKINA FASO	<b>19</b>
COLOMBIA	<b>15</b>
GAMBIA	<b>15</b>
GHANA	<b>15</b>
SENEGAL	<b>13</b>
TURCHIA	<b>18</b>
TOTALE	<b>95</b>

<b>PAZIENTI VITTIME DI TORTURE SE- GUITI NEL 2008</b>	
UOMINI	<b>290</b>
DONNE	<b>84</b>
TOTALE	<b>374</b>

## 4. Il diritto d'asilo: la legislazione

di Louise Ysolt Glassier

La legislazione riguardante il diritto d'asilo si presenta come un corpus normativo complesso e variegato, nel quale assumono rilevanza sia atti di diritto internazionale, sia appartenenti all'ordinamento interno. Da qui la necessità di fornire un quadro generale delle fonti in questione, che, pur senza pretese di analisi, faciliti la comprensione della materia e renda possibile un miglior utilizzo degli strumenti normativi presentati. A questo scopo le note bibliografiche riportano i collegamenti ipertestuali ai siti delle varie istituzioni competenti nei quali è possibile trovare i testi integrali degli atti citati.

### 4.1 La legislazione internazionale

Il diritto d'asilo è uno dei diritti umani fondamentali riconosciuti dalla "Dichiarazione Universale dei Diritti Umani"<sup>1</sup>, definito all'art. 14, come il *"diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni, non invocabile, però, da chi sia realmente ricercato per reati non politici o per azioni contrarie ai fini e ai principi delle Nazioni Unite"*.

Le persone a cui è riconosciuto il diritto d'asilo sono i rifugiati; i richiedenti asilo diventano rifugiati solo in seguito all'accoglimento della loro domanda rivolta allo Stato dove hanno trovato accoglienza.

---

<sup>1</sup> Il testo integrale della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani può essere trovato sul sito: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/itn.htm>

I rifugiati sono persone che, trovandosi fuori dal Paese in cui hanno residenza abituale, non possono o non vogliono tornarvi per il timore di essere perseguitate per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le loro opinioni politiche. Il rifugiato non sceglie di spostarsi alla ricerca di migliori opportunità di vita, ma è costretto ad abbandonare la sua casa e a trovare protezione fuori dal proprio Paese.

Lo status di rifugiato è riconosciuto dalle legislazione internazionale, in particolare dalla Convenzione di Ginevra del 1951, ratificata dall'Italia con la legge n. 722 del 24 luglio 1954. La Convenzione è stata ampliata successivamente dal Protocollo di New York del 1967 che ha eliminato i limiti temporali tempo e geografici imposti dal testo originale. A livello europeo, inoltre, la Convenzione di Dublino indica le direttive generali per la richiesta dello status di rifugiato.

Il termine persecuzione non è definito nella Convenzione di Ginevra. Nel 1992 l'Handbook del UHNCR<sup>2</sup> chiarisce che “sulla base dell'art. 33 della Convenzione di Ginevra è possibile concludere che qualsiasi minaccia alla libertà o alla vita costituisce un atto di persecuzione”.

### **4.1.2 Convenzione di Ginevra (1951) relativa allo status di rifugiato**

La Convenzione di Ginevra è, a tutt'oggi, il principale strumento giuridico relativo alla protezione e all'assistenza dei rifugiati a disposizione della comunità internazionale. Il 28 luglio del 1951, una conferenza speciale dell'ONU ha approvato la Convenzione relativa allo Status dei Rifugiati. La Convenzione detta a chiare lettere chi può essere considerato un rifugiato e le forme di protezione legale, altra assistenza e diritti sociali che il rifugiato dovrebbe ricevere dagli stati aderenti al documento. Al contempo, la Convenzione definisce anche gli obblighi del rifugiato nei confronti dei governi ospitanti e alcune categorie di persone, ad esempio i criminali di guerra, che non possono accedere allo status di rifugiati. Alcuni mesi prima dell'approvazione della Convenzione, il 1° gennaio 1951, aveva cominciato ad operare l'appena costituito Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR). Nei decenni successivi la Convenzione è rimasta il pilastro normativo sul quale si è basata l'opera intrapresa dall'agenzia per assistere e proteggere circa 50 milioni di

---

<sup>2</sup> Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati: [www.unhcr.it](http://www.unhcr.it)



rifugiati.

Questo strumento era inizialmente limitato a proteggere i rifugiati perlopiù europei provocati dalla Seconda Guerra Mondiale, ma il Protocollo di New York del 1967 ne ha esteso il raggio d'azione sulla spinta delle dimensioni globali assunte dal problema dello sradicamento delle popolazioni.

Il Protocollo rimuove le limitazioni temporali e geografiche fissate nel testo originario della Convenzione, che essenzialmente consentiva di fare richiesta per lo status di rifugiato esclusivamente ai cittadini europei coinvolti in eventi antecedenti il 1° gennaio 1951.

Il documento originario ha anche ispirato la stesura di strumenti regionali quali la Convenzione Africana sui Rifugiati del 1969 e la Dichiarazione di Cartagena del 1984 nell'ambito dell'America Latina.

Complessivamente, sono 140 gli Stati che hanno aderito ad uno o ambedue gli strumenti normativi dell'ONU. Ma con il mutare delle tendenze globali della migrazione e con l'aumento drammatico dei flussi di popolazione verificatisi negli ultimi anni sono emersi alcuni dubbi sull'attualità e l'efficacia della Convenzione del 1951, in particolar modo in Europa, per ironia della sorte luogo di nascita della stessa Convenzione.

L'UNHCR attualmente assiste oltre 21 milioni di persone e la Convenzione, che si è dimostrata eccezionalmente flessibile di fronte ad un mondo in rapida evoluzione, continua ad essere l'architrave dell'attività di protezione dei rifugiati.

La Convenzione fornisce una definizione del termine "rifugiato", elenca i diritti dei rifugiati, comprese la libertà di religione e di movimento, il diritto al lavoro, all'istruzione, all'accesso a documenti di viaggio, ma stabilisce anche gli obblighi dei rifugiati nei confronti del paese ospitante. Un postulato chiave stabilisce che i rifugiati non possono essere rimpatriati – il cosiddetto non-refoulement – in un paese dove corrono rischi di persecuzione. Identifica inoltre le persone e i gruppi di persone non coperti dalla Convenzione.

I paesi ospitanti sono i principali responsabili della protezione dei rifugiati ed i 140 firmatari della Convenzione e/o del Protocollo sono obbligati a rispettare ciò che vi è disposto.

L'UNHCR esercita una funzione di controllo e vigilanza sul rispetto di questi obblighi ed interviene, se necessario, per garantire che i veri rifugiati ottengano l'asilo e non vengano rimpatriati forzatamente in paesi

dove le loro vite potrebbero essere a rischio. L'agenzia cerca anche di assistere i rifugiati a ricostruirsi una nuova vita, sia attraverso l'integrazione locale, che il ritorno volontario nella propria terra natale o, se questo dovesse essere impossibile, attraverso il loro reinsediamento in un paese terzo.

Un paese firmatario della Convenzione non è tenuto a concedere asilo permanente a tutti i rifugiati. La Convenzione, infatti, non fornisce una protezione automatica o permanente, prevedendo situazioni nelle quali i rifugiati saranno permanentemente integrati nel paese d'asilo, ma anche che una persona cessi di essere un rifugiato quando le basi sulle quali è stato concesso lo status cessino di esistere.

Il rimpatrio volontario dei rifugiati nei propri paesi d'origine è la soluzione "preferita" dall'UNHCR, ma solo quando le condizioni nello Stato consentano un ritorno in condizioni di sicurezza.

Le persone che hanno commesso crimini contro la pace, crimini di guerra, crimini contro l'umanità o gravi crimini di natura non politica al di fuori del paese dove viene chiesto rifugio non rientrano nell'ambito della Convenzione.

Inoltre il rifugiato è per definizione un civile, per questo motivo i soldati non possono essere rifugiati. Ex soldati possono essere qualificati come rifugiati, ma una persona che continua a prendere parte ad attività militari non può essere presa in considerazione per la concessione dell'asilo.

I paesi non aderenti alla Convenzione non possono negare l'ingresso ai richiedenti asilo. Il principio del non-refoulement, il divieto del rimpatrio forzato di persone ove vi sia il rischio di persecuzioni, rientra nell'ambito del diritto internazionale consuetudinario ed è vincolante per tutti i paesi. Nessun governo può quindi espellere una persona in tali circostanze<sup>3</sup>.

### **4.1.3 Convenzione di Dublino**

Secondo la Convenzione di Dublino, relativa alla determinazione dello

---

<sup>3</sup> Il testo integrale della Convenzione di Ginevra e del Protocollo di New York possono essere trovati ai seguenti indirizzi: [http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione\\_Ginevra\\_rifugiato.pdf](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione_Ginevra_rifugiato.pdf) e [http://www.unhcr.ch/include/fckeditor/custom/File/Convention\\_et\\_Protocole\\_i.pdf](http://www.unhcr.ch/include/fckeditor/custom/File/Convention_et_Protocole_i.pdf)

Stato competente per l'esame della richiesta dello Status di Rifugiato, ed il Regolamento "Dublino II" (CE n. 343/2003) è garantito, ad ogni richiedente, che la sua domanda sarà esaminata da uno Stato membro dell'Unione Europea, in modo da evitare che egli sia successivamente mandato da uno Stato membro all'altro senza che nessuno accetti di esaminare la sua richiesta d'asilo. L'intento è chiarire quale Stato Membro sia responsabile per ogni richiedente asilo.

La Convenzione sulla determinazione dello Stato competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in uno degli Stati membri delle Comunità europee, firmata a Dublino il 15 luglio 1990 ha affrontato il problema in maniera specifica e organica, sostituendo l'analogo Capitolo della Convenzione di attuazione di Schengen.

La Convenzione di Dublino è stata firmata e viene attualmente applicata dai 15 Stati componenti l'Unione Europea. Essa è entrata in vigore il 1° settembre 1997 per i 12 firmatari originari (la Danimarca ha firmato e ratificato la Convenzione nel giugno 1991). In Svezia e Austria la Convenzione è entrata in vigore il 1° ottobre 1997, in Finlandia il 1° gennaio 1988.

Gli obiettivi specifici della Convenzione di Dublino sono:

- ridurre il numero delle domande di asilo "multiple", ossia presentate simultaneamente in diversi Stati dallo stesso individuo.
- ridurre il fenomeno dei "rifugiati orbitanti", ossia individui che vengono rinviati da un Paese all'altro, a causa di ripetute declinazioni di responsabilità da parte dei Governi chiamati in causa.

I mezzi attraverso i quali la Convenzione di Dublino persegue tali obiettivi sono:

- l'individuazione, secondo criteri prestabiliti, di un solo Stato responsabile dell'esame della domanda d'asilo.
- l'obbligo di esame della domanda da parte dello Stato competente.
- lo scambio reciproco di informazioni.

La Convenzione di Dublino delinea innanzitutto un insieme di criteri costituiti da condizioni il cui verificarsi obbliga un determinato Stato a ritenersi competente rispetto all'esame della domanda d'asilo. I parametri per stabilire la competenza di uno Stato hanno carattere oggettivo e sottintendono il principio che lo Stato membro responsabile dell'esame dell'istanza, indipendentemente da dove la stessa sia stata presentata,

è quello in cui è avvenuto l'ingresso, regolare o meno, del richiedente asilo. Lo Stato Membro responsabile in questo caso è definito di "primo ingresso".

Detti criteri vanno applicati tenendo conto di una gerarchia, che la Convenzione di Dublino prevede a determinare.

I criteri che, in ordine di priorità, comportano l'obbligo di uno Stato di esaminare la domanda di asilo sono:

- **legami familiari:** la competenza è dello Stato in cui è stato riconosciuto rifugiato e dove risiede regolarmente un membro della famiglia del richiedente asilo (coniuge, figli minori di 18 anni, genitori se il richiedente asilo è minore).
- **possesso di un permesso di soggiorno:** la competenza è dello Stato che ha rilasciato al richiedente asilo un permesso di soggiorno in corso di validità.
- **possesso di un visto:** la competenza è dello Stato che ha rilasciato al richiedente asilo un visto di ingresso o di transito in corso di validità.
- **ingresso irregolare:** la competenza è dello Stato nel cui territorio il richiedente asilo è entrato irregolarmente provenendo da uno Stato non membro dell'Unione Europea.
- **ingresso senza obbligo di visto:** la competenza è dell'ultimo Stato ove la domanda è stata presentata tra più Stati rispetto ai quali il richiedente asilo è esentato dall'obbligo di visto.
- **presentazione della domanda:** la competenza è del primo Stato al quale la domanda di asilo è stata presentata.

La Convenzione di Dublino contiene anche delle norme in applicazione delle quali gli Stati hanno facoltà di esaminare la domanda di asilo:

- **legislazione nazionale:** ogni Stato ha diritto di prendere in esame una domanda di asilo presentatagli, anche quando non gli compete in base alla Convenzione.
- **motivi umanitari:** ogni Stato può decidere, spinto da motivi umanitari, in particolare di carattere familiare o culturale, di esaminare la domanda di asilo, anche quando non gli compete in base alla Convenzione.

Ai fini dell'individuazione dello Stato responsabile per l'esame della domanda, e della stessa procedura di determinazione dello status, le auto-

rità competenti si scambiano informazioni:

**1) di carattere generale su:**

- leggi e regolamenti
- dati statistici
- prassi e giurisprudenza nazionale

**2) inerenti alla singola domanda d'asilo su:**

- dati personali del richiedente asilo
- informazioni su documenti d'identità e di viaggio
- altri elementi necessari per stabilire l'identità del richiedente asilo
- luoghi di soggiorno ed itinerari del viaggio
- data e luogo di presentazione della domanda
- stato della procedura e contenuto dell'eventuale decisione presa
- motivi adottati dal richiedente asilo a sostegno della domanda e motivi dell'eventuale decisione<sup>4</sup>.

## 4.2 La legislazione italiana

In Italia il diritto d'asilo è garantito dall'art. 10 della Costituzione che dice:

*“L’ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute. La condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali. Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l’effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d’asilo nel territorio della Repubblica secondo le condizioni stabilite dalla legge. Non è ammessa l’extradizione dello straniero per reati politici.”*

Tuttavia come sottolineato da Amnesty International nel "Rapporto Annuale 2006" l'Italia non possiede ancora una legge organica e completa riguardo al diritto d'asilo, nonostante abbia aderito alla Convenzione di

---

<sup>4</sup> Il testo integrale della Convenzione di Dublino può essere trovato sul sito: [http://www.camera.it/\\_bicamerale/schengen/fonti/convdubl.htm](http://www.camera.it/_bicamerale/schengen/fonti/convdubl.htm)

Ginevra.

Il diritto d'asilo è regolato dalla legge sull'immigrazione del 1990, emendata nel 2002 con la legge del 30 luglio 2002 n. 189, meglio conosciuta come Bossi-Fini. La Convenzione di Dublino, invece è in vigore in Italia dal 1997.

Il 2 marzo 2008 è entrato in vigore un decreto che cambia in modo radicale il quadro normativo in materia di diritto di asilo in Italia. Il decreto legislativo del 28 gennaio 2008 n.25, emanato in recepimento della Direttiva europea 2005/85/CE, modifica le procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato e interviene sulla questione del trattamento.

Il 19 gennaio 2008 era già entrato in vigore un altro decreto, il decreto legislativo del 19 novembre 2007 n.251, in recepimento della direttiva europea 2004/83/CE, importante in quanto introduce una nuova forma di protezione per chi fugge da persecuzioni e violenze, quella della protezione internazionale, che prevede due differenti status: quello di rifugiato e quello di protezione sussidiaria, specificando e ampliando rispetto alla normativa precedente i diritti dei titolari di queste forme di protezione.

I due recenti decreti intervengono quindi a modificare il già complesso e frammentato quadro normativo in materia di asilo, abrogando parzialmente la normativa vigente, in particolare la legge del 28 febbraio 1990 n. 39 di cui rimangono in vigore alcuni articoli e commi.

Per meglio chiarire la questione dei rifugiati e del diritto d'asilo in Italia si esaminano le varie fasi che portano al riconoscimento dello status e alcuni casi particolari previsti dalla legge italiana.

### **4.2.2 Il percorso per la richiesta di Asilo Politico**

Lo status di rifugiato può essere richiesto all'Ufficio di Polizia di Frontiera, al momento dell'ingresso in Italia o all'Ufficio immigrazione della Questura competente per territorio.

L'Ufficio di Polizia fornisce dei moduli già predisposti dove si deve:

- spiegare le motivazioni per le quali è richiesto lo status di rifugiato;
- fornire ogni altra informazione o documentazione in possesso, a sostegno dei motivi della richiesta.

- allegare copia di valido documento di identificazione personale (passaporto, carta d'identità, ecc.) se posseduto, ovvero fornire le generalità all'autorità di polizia, indicando l'eventuale domicilio, ove far pervenire le comunicazioni.

La Questura rilascerà copia sia della richiesta, sia della documentazione prodotta e provvederà al foto-segnalamento (fotografia e impronte digitali).

La domanda, corredata della documentazione necessaria, viene inoltrata dalla Questura alla competente Commissione Territoriale per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato, che decide se riconoscere o meno la domanda. La data della convocazione presso la Commissione viene comunicata dalla Questura al domicilio indicato al momento della presentazione della domanda. L'audizione è molto importante per chiarire la situazione e i timori di persecuzione. Lo straniero ha diritto a rimanere nel territorio dello Stato durante l'esame della domanda, che non può essere respinta anche qualora non sia presentata tempestivamente.

Dopo la presentazione della richiesta, in caso di verifica da parte dell'Autorità di Polizia della regolarità della documentazione presentata, viene rilasciato, dal Questore della provincia in cui è stata presentata la domanda, un permesso di soggiorno della validità di tre mesi, rinnovabile sino alla decisione della Commissione Territoriale competente.

La Commissione territoriale competente, ricevuta la domanda di protezione trasmessa dalla Questura, esamina la stessa in via **prioritaria**<sup>5</sup>, quando:

- la domanda è palesemente fondata;
- la domanda è presentata da un richiedente appartenente alle categorie di persone vulnerabili indicate dall'art. 8 del D. Lgs. 140/2005, in particolare minori non accompagnati, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, persone per le quali è stato accertato che hanno subito tortura, stupri o altre forme gravi di violenza fisica, psicologica o sessuale;
- la domanda è stata presentata da un richiedente per il quale sono stati disposti l'accoglienza in un centro d'accoglienza per richiedenti asilo (cosiddetti "centri CARA") o il trattenimento in un Centro d'identificazione ed espulsione (CIE) ai sensi degli art. 20 e 21 del D. Lgs. 25/08, fatto salvo il caso in cui l'accoglienza sia stata disposta

---

<sup>5</sup> art. 28 D. Lgs. 25/08.

per verificare o accertare l'identità del richiedente.

Nei soli casi previsti dall'art. 21, ossia nelle ipotesi di trattenimento in un Centro di identificazione ed espulsione, la Commissione territoriale provvede all'audizione entro 7 giorni dalla ricezione della domanda da parte della Questura e adotta la decisione entro i successivi 2 giorni.

Al richiedente asilo che, all'avvio dell'istruttoria della sua domanda di protezione, debba essere inviato in un centro di accoglienza o di trattenimento, il questore consegna un attestato nominativo che certifica la sua qualità di richiedente la protezione internazionale.

Se il richiedente non possiede le risorse per mantenersi autonomamente, può richiedere alla Prefettura competente, tramite l'Ufficio di Polizia ove ha presentato la domanda, di essere ospitato presso apposite strutture comunali di accoglienza, che danno ospitalità per tutto il periodo di esame della domanda di asilo.

Se il richiedente non conosce la lingua italiana può richiedere l'assistenza di un interprete o anche di un mediatore culturale per compilare, se possibile nella sua lingua, il modello informativo e le dichiarazioni riguardanti le motivazioni della richiesta.

La Commissione Territoriale, entro 3 giorni successivi alla data dell'audizione, adotta una delle tre seguenti decisioni:

1. riconosce lo status di rifugiato;
2. rigetta la domanda, ma, pur non ravvisando i requisiti richiesti per lo status di rifugiato, può valutare autonomamente la pericolosità del rimpatrio e chiedere al Questore di rilasciare un permesso per protezione sussidiaria. Ricordiamo che il decreto 19 novembre 2007, n. 251 prevede la modifica della protezione umanitaria in status di protezione sussidiaria. Mentre nel passato la protezione umanitaria poteva decadere al momento del rinnovo senza chiarezza su come veniva presa la decisione, spesso basata su considerazioni di ordine generale sulla sicurezza del paese di provenienza, ora questo tipo di protezione è un vero e proprio status che può essere revocato solo con decisione sul singolo caso e con provvedimento motivato, per il quale sarà appunto competente la Commissione Nazionale.
3. rigetta la domanda: in tal caso il Questore invita a lasciare il territorio nazionale.



### 4.2.3 Centri di accoglienza e trattenimento

I centri di accoglienza e trattenimento sono di quattro tipi:

1) **Centri di primo soccorso ed assistenza (CSPA)**: strutture localizzate in prossimità dei luoghi di sbarco destinate all'accoglienza degli immigrati per il tempo strettamente occorrente al loro trasferimento presso altri centri;

2) **Centri di accoglienza (CDA)**: strutture destinate all'accoglienza degli immigrati per il periodo necessario alla definizione dei provvedimenti amministrativi relativi alla posizione degli stessi sul territorio nazionale<sup>6</sup>;

3) **Centri di accoglienza per Richiedenti asilo (CARA)**: strutture destinate all'accoglienza dei richiedenti asilo per il periodo necessario alla loro identificazione o all'esame della domanda d'asilo da parte della Commissione territoriale<sup>7</sup>. Ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 25/2008, il richiedente non può essere trattenuto al solo fine di esaminare la sua domanda. Lo stesso articolo prevede che il richiedente asilo venga ospitato in un Centro di accoglienza solo nei seguenti casi:

- quando è necessario verificare o determinare la sua nazionalità o identità, ove lo stesso non sia in possesso dei documenti di viaggio o di identità, ovvero al suo arrivo nel territorio dello Stato abbia presentato documenti risultati falsi o contraffatti;
- quando ha presentato la domanda dopo essere stato fermato per aver eluso o tentato di eludere il controllo di frontiera.
- quando ha presentato la domanda dopo essere stato fermato in condizioni di soggiorno irregolare.

4) **Centri di identificazione ed espulsione (CIE)**: strutture destinate al trattenimento dell'immigrato irregolare per il tempo necessario alle forze dell'ordine per eseguire il provvedimento di espulsione<sup>8</sup>. L'art. 21 del Decreto legislativo 25/2008, come modificato dal recente D. Lgs. n. 159/2001<sup>3</sup>, stabilisce che il trattenimento nei Centri di identificazione ed espulsione venga disposto nel caso in cui il richiedente:

- si trovi nelle condizioni previste dall'art. 1, par. F della Convenzione

---

<sup>6</sup> Legge 29 dicembre 1995 n. 563 – c.d. Legge Puglia.

<sup>7</sup> Decreto Lg.vo 28 gennaio 2008 n. 25.

<sup>8</sup> Legge 6 marzo 1998 n. 40.

di Ginevra (ovvero si sia reso colpevole di crimini contro l'umanità o contro la pace o di crimini di guerra);

- sia stato condannato in Italia per uno dei delitti indicati dall'art. 380, commi 1 e 2, del codice di procedura penale, ovvero per reati inerenti gli stupefacenti, la libertà sessuale, il favoreggiamento dell'immigrazione clandestina verso l'Italia e dell'emigrazione clandestina dall'Italia verso altri Stati, o per reati diretti al reclutamento di persone da destinare alla prostituzione o allo sfruttamento della prostituzione o di minori da impiegare in attività illecite;
- sia destinatario di un provvedimento di espulsione o di respingimento<sup>9</sup>.

### **4.2.4 La Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo e le Commissioni territoriali**

Il primo organismo in Italia che si è occupato del riconoscimento dello "status di rifugiato" è stata la Commissione paritetica di eleggibilità, organismo istituito, con uno scambio di note tra il Governo italiano e l'UHNCR, il 22 luglio 1952.

In seguito, la Legge Martelli<sup>10</sup>, ha eliminato nell'ordinamento interno gli effetti della dichiarazione della limitazione geografica, disponendo che il Governo procedesse al riordino degli organi e delle procedure per l'esame delle richieste di riconoscimento dello "status di rifugiato".

Con la Bossi-Fini<sup>11</sup>, che ha apportato sostanziali modifiche alla precedente normativa, la "Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato" è stata trasformata in "Commissione nazionale per il diritto di asilo" e per un decentramento dell'esame delle richieste di asilo sono state istituite le Commissioni territoriali.

La nuova normativa è stata completata con l'entrata in vigore del regola-

---

<sup>9</sup> Informazioni tratte da: [http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala stampa/notizie/immigrazione/0680\\_2008\\_11\\_28\\_scheda\\_tipi\\_di\\_centri\\_accoglienza.html](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala stampa/notizie/immigrazione/0680_2008_11_28_scheda_tipi_di_centri_accoglienza.html)

<sup>10</sup> DI. 416/89, convertito poi con alcune modifiche nella legge 39/90, sulle "Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato"

<sup>11</sup> legge 189/2002 "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo", al capo II "Disposizioni in materia di asilo"

mento di attuazione<sup>12</sup> che disciplina le varie fasi della procedura, il funzionamento dei Centri di identificazione, le funzioni della Commissione nazionale per il diritto di asilo e delle Commissioni territoriali.

La nuova organizzazione tracciata dalla Legge Bossi-Fini è stata sostanzialmente confermata anche dal D. Lgs. n. 25 del 28 gennaio 2008, con il quale è stata attuata, anche nel nostro ordinamento, la direttiva 2005/85/CE.

Il nuovo assetto normativo in materia di asilo, si è poi completato con l'emanazione del D. Lgs n. 251 del 19 novembre 2007 che, in attuazione della direttiva 2004/83/CE in materia di definizione dei criteri per l'attribuzione della qualifica di rifugiato all'interno dei Paesi membri, ha introdotto nel nostro ordinamento la protezione internazionale nelle due forme di riconoscimento dello status di rifugiato e della protezione sussidiaria.

La "Commissione nazionale per il Diritto d'Asilo" è un organo di indirizzo e coordinamento delle Commissioni territoriali, con funzioni di monitoraggio e documentazione sul fenomeno dell'asilo. La Commissione è l'alta autorità nazionale nella materia dell'asilo e del riconoscimento dello "status di protezione internazionale" con il compito di fissare criteri organizzativi e di garantire uniformità di orientamento. La Commissione ha inoltre poteri decisionali in tema di revoche e cessazione degli status concessi<sup>13</sup>.

La Commissione Nazionale provvede:

- alla realizzazione e al continuo aggiornamento di un centro di documentazione sulla situazione socio-politica economica dei Paesi di origine dei richiedenti asilo
- all'individuazione di linee guida per la valutazione delle domande di asilo
- alla collaborazione, nelle materie di competenza, con altri organismi istituzionali nonché con gli analoghi organismi dei Paesi membri dell'Unione europea
- all'organizzazione di periodici corsi di formazione e aggiornamento per i componenti delle Commissioni territoriali
- alla costituzione e all'aggiornamento di una banca-dati informatica

---

<sup>12</sup> "Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica in data 22 dicembre 2004.

<sup>13</sup> articolo 32 legge n. 189/02.

contenente le informazioni utili al monitoraggio del fenomeno delle richieste di asilo nel nostro Paese.

Le Commissioni territoriali esaminano le istanze di riconoscimento dello “status di rifugiato” presentate nelle diverse circoscrizioni. In precedenza, la Commissione unica, competente a livello nazionale, non consentiva un adempimento veloce delle procedure. In conseguenza tra la presentazione dell’istanza e l’effettiva decisione passava troppo tempo.

Con la legge Bossi-Fini e il relativo regolamento di attuazione sono state istituite sette Commissioni territoriali per il riconoscimento dello “status di rifugiato” a Gorizia, Milano, Roma, Foggia, Siracusa, Crotone e Trapani. A queste si sono aggiunte con specifico decreto legislativo<sup>14</sup> altre 3 commissioni territoriali a Torino, Bari e Caserta.

La legge prevede che la Commissione territoriale provveda all’audizione del richiedente entro 30 giorni dalla trasmissione dell’istanza fatta dalla Questura e che la decisione venga poi adottata entro i successivi 3 giorni.

### **4.2.5 In caso di decisione positiva...**

In caso di riconoscimento la Commissione rilascia un tesserino attestante l’avvenuto riconoscimento dello status. Insieme al tesserino, la Questura competente consegna un documento personale che permette gli spostamenti all’estero con validità temporale pari a quella del permesso di soggiorno.

Il permesso di soggiorno riconosciuto ha durata biennale e il rifugiato ha tutti i diritti e i doveri dei cittadini italiani, con esclusione di quelli che presuppongono la cittadinanza (esempio, il diritto di voto, la partecipazione a concorsi per l’accesso ai pubblici impieghi, ecc.).

Qualora per esercitare in Italia un diritto il rifugiato debba procurarsi determinati documenti o certificati dal Paese di origine, le autorità italiane provvedono a sostituirli con propri atti che rimpiazzano a tutti gli effetti quelli del Paese d’origine.

Per nessun motivo è possibile fare rientro nel Paese di appartenenza, infatti, questa circostanza potrebbe determinare la cessazione del riconoscimento, in quanto manifestazione della volontà di avvalersi della protezione del Paese d’origine. Allo stesso modo, viene interpretata una

---

<sup>14</sup> n. 25 del 28 gennaio 2008.

eventuale richiesta di passaporto presso le rappresentanze diplomatiche in Italia del Paese d'origine.

Il documento personale rilasciato dalla Questura consente di recarsi all'estero per un periodo di tempo non superiore a tre mesi, senza necessità di visto. Qualora, invece, vi sia la necessità di stabilirsi all'estero per periodi più lunghi, ad esempio per motivi di lavoro, è necessario richiedere il visto alla rappresentanza diplomatica del Paese dove il rifugiato intende trasferirsi, e poi avviare, presso il nuovo Stato, la procedura per il "trasferimento di responsabilità".

#### **4.2.6 In caso di decisione negativa...**

Il rigetto della domanda di riconoscimento dello "status di rifugiato" viene notificato allo straniero tramite la Questura.

Lo straniero che abbia visto rigettata la domanda ai termini della scadenza per presentare ricorso deve lasciare il territorio dello stato, qualora non abbia i requisiti per il rilascio di un titolo di soggiorno di altro tipo, come previsto dal testo unico.

In caso di diniego è possibile presentare ricorso al tribunale che ha sede nel capoluogo di distretto di corte d'appello in cui ha sede la Commissione territoriale che ha pronunciato il provvedimento.

Il ricorso è ammesso anche nel caso in cui l'interessato abbia richiesto il riconoscimento dello status di rifugiato e la Commissione territoriale lo abbia ammesso esclusivamente alla protezione sussidiaria. Il ricorso deve essere presentato, a pena di inammissibilità, nei trenta giorni successivi alla comunicazione del provvedimento. Nei soli casi di trattamento in Centri di detenzione il ricorso deve essere presentato, a pena di inammissibilità, nei quindici giorni successivi alla comunicazione del provvedimento dinanzi al tribunale che ha sede nel capoluogo di distretto di corte d'appello in cui ha sede il centro.

L'elemento di novità rilevante rispetto alla procedura precedentemente in vigore consiste nel fatto che il ricorso sospende l'efficacia del provvedimento di espulsione in caso di rigetto della domanda. Il ricorso non sospende l'efficacia del provvedimento di espulsione qualora la domanda sia inammissibile. In caso di ricorso lo straniero è ammesso al gratuito tirocinio, ove ne sussistano le condizioni.

La decisione del Prefetto viene comunicata entro 5 giorni dall'istanza e

il ricorso è accolto vengono comunicate anche le modalità di permanenza in Italia<sup>15</sup>.

### **4.2.7 Casi particolari**

#### **4.2.7.1 Permesso di soggiorno per protezione sussidiaria**

Sono entrate in vigore il 19 gennaio 2008 le norme sull'attribuzione a cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea o ad apolidi della qualifica di rifugiato o di persona ammissibile alla protezione sussidiaria. Infatti è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2008 il decreto legislativo n. 251/2007, di attuazione della direttiva 2004/83/CE che tratta delle norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché delle norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Nel provvedimento sono contenuti i requisiti di individuazione delle qualifiche di persona ammissibile alla protezione sussidiaria. La persona ammissibile alla protezione sussidiaria è il cittadino straniero che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato, ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno e il quale non può o non vuole avvalersi della protezione di detto Paese. E' anche l'apolide che non vuole o non può per gli stessi motivi avvalersi della protezione del paese in cui aveva in precedenza la dimora abituale. Il permesso di soggiorno per protezione sussidiaria va a sostituire il "permesso per protezione sociale e umanitaria".

Sono esclusi dalla protezione:

- gli stranieri già assistiti da un organo o da un'agenzia delle Nazioni Unite diversi dall'UHNCR.
- gli stranieri per i quali sussistano fondati motivi per ritenere che abbiano commesso un crimine contro la pace, un crimine di guerra o un crimine contro l'umanità
- gli stranieri che abbiano commesso all'estero, prima del rilascio del permesso di soggiorno quale rifugiato, un reato grave o atti par-

---

<sup>15</sup> Tutte le informazioni e i testi completi dei decreti, delle leggi e delle circolari relative al percorso per ottenere lo status di rifugiato possono essere trovate sui siti del Ministero dell'Interno e della Polizia di Stato: [www.interno.it](http://www.interno.it) e [www.poliziadistato.it](http://www.poliziadistato.it).

ticularmente crudeli, anche se perpetrati con un dichiarato obiettivo politico

- gli stranieri che si siano resi colpevoli di atti contrari alle finalità e ai principi delle Nazioni Unite<sup>16</sup>.

Il permesso di soggiorno per protezione sussidiaria:

- ha una durata di 3 anni;
- è rinnovabile;
- consente l'accesso allo studio;
- consente lo svolgimento di un'attività lavorativa.
- dà diritto alle prestazioni assistenziali dell'Inps e all'assegno di maternità concesso dai Comuni.
- Al momento del rinnovo, tale permesso può essere convertito in un permesso di soggiorno per lavoro.
- Il cittadino extracomunitario, in possesso del permesso di protezione sussidiaria, può fare richiesta di ricongiungimento familiare per consentire l'ingresso in Italia dei propri familiari, nel caso in cui non venga loro estesa la protezione.

#### **4.2.7.2 Tutela internazionale dei Minori non accompagnati**

I sistemi di protezione per i bambini devono tener conto della Convenzione sui diritti del fanciullo e devono adottare provvedimenti per “il miglior interesse del minore”. Alcune pratiche come ad esempio, il reclutamento di bambini-soldato, lo sfruttamento e la sottomissione al lavoro forzato, il traffico per la prostituzione e l'abuso sessuale, le pratiche di mutilazione genitale femminile, costituiscono gravi violazioni di diritti specifici dei bambini.

Sono considerati “minori non accompagnati richiedenti asilo”<sup>17</sup>:

- i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea o gli apolidi di età inferiore ai 18 anni che entrano nel territorio nazionale senza essere accompagnati da una persona adulta, finché una persona per essi responsabile non ne assuma effettivamente la custodia
- i minori che sono stati abbandonati una volta entrati nel territorio

---

<sup>16</sup> Tutte le informazioni e i testi completi dei decreti, delle leggi e delle circolari relative al percorso per ottenere lo status di rifugiato possono essere trovate sui siti del Ministero dell'Interno e della Polizia di Stato: [www.interno.it](http://www.interno.it) e [www.poliziadistato.it](http://www.poliziadistato.it).

<sup>17</sup> in base al Decreto Legislativo 7 aprile 2003 n. 85.

nazionale. La comunicazione della richiesta di asilo viene data al Tribunale dei minori per l'adozione dei relativi provvedimenti di competenza<sup>18</sup>.

La "Direttiva sui minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo" del 7 dicembre 2006, emanata dal Ministro dell'Interno, d'intesa con il Ministro della Giustizia, rafforza la presa in carico da parte delle istituzioni dei minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo. L'autorità che riceve la domanda dà immediata comunicazione al tribunale dei minorenni e al giudice tutelare. Il giudice tutelare nelle quarantotto ore successive alla comunicazione del questore provvede alla nomina del tutore. Il tutore prende immediato contatto con la questura per la conferma della domanda, ai fini dell'ulteriore corso del procedimento e l'adozione dei provvedimenti relativi all'accoglienza del minore.

Dopo la presa in carico del tutore, il minore viene immediatamente affidato al Sistema nazionale di protezione per richiedenti asilo, impedendo che possa finire nella rete dello sfruttamento o che rimanga senza alcuna tutela giuridica. Il Sistema di protezione, infatti, ha una quota di posti che ogni anno vengono destinati alle categorie vulnerabili e ha competenza e formazione per seguire il minore aiutandolo a inserirsi in un contesto culturale nuovo.

### **4.2.7.3 I Diritti riconosciuti a tutti i minori stranieri**

I minori stranieri, anche se entrati clandestinamente in Italia, sono titolari di tutti i diritti garantiti dalla Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989, ove è peraltro affermato che in tutte le decisioni riguardanti i minori deve essere tenuto prioritariamente in conto il "superiore interesse del minore".

L'organo costituito dalla legge per vigilare sulle modalità di soggiorno dei minori stranieri temporaneamente ammessi sul territorio dello Stato e coordinare le attività delle amministrazioni interessate, è il Comitato per i minori stranieri.

I diritti riconosciuti a tutti i minori stranieri riguardano:

- **Istruzione:** Tutti i minori stranieri, anche se privi di permesso di soggiorno, hanno il diritto di essere iscritti a scuola, di ogni ordine e

---

<sup>18</sup> D.lgs. 39/90.



grado, non solo a quella dell'obbligo. L'iscrizione dei minori stranieri avviene nei modi e alle condizioni previsti per i minori italiani, e può essere richiesta in qualunque periodo dell'anno.

- **Assistenza sanitaria:** I minori stranieri titolari di un permesso di soggiorno<sup>19</sup> devono essere obbligatoriamente iscritti, da chi ne esercita la tutela, al Servizio Sanitario Nazionale e quindi hanno pienamente diritto di accedere a tutte le prestazioni assicurate dal nostro sistema sanitario.

- **Lavoro:** Ai minori stranieri si applicano in materia di lavoro le stesse norme che si applicano ai minori italiani<sup>20</sup>.

- **Protezione e assistenza:** Ai minori stranieri non accompagnati si applicano le norme previste dalla legge italiana in materia di assistenza e protezione dei minori. In particolare si applicano le norme che riguardano:

- Il collocamento in luogo sicuro del minore che si trovi in stato di abbandono. Spetta all'Ente locale (in genere il Comune) la competenza a provvedervi.

- Apertura della tutela per il minore i cui genitori non siano oggettivamente in condizioni di esercitare la potestà genitoriale;

- L'affidamento del minore, temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, a una famiglia o a una comunità.

- **Non espulsione:** I minori stranieri non possono essere espulsi, tranne che per motivi di ordine pubblico e sicurezza dello Stato<sup>21</sup>. I minori stranieri non accompagnati possono tuttavia essere rimpatriati attraverso la misura del rimpatrio assistito, finalizzata a garantire il diritto all'unità familiare. Il provvedimento è adottato solo se, in seguito a un'indagine specifica, attivata e svolta dal Comitato per i minori stranieri nel Paese d'origine, si ritiene che ciò sia opportuno nell'interesse del minore.

- **Permesso di soggiorno:** Tutti i minori stranieri non accompagnati hanno diritto di ottenere, per il solo fatto di essere minorenni, un permesso di soggiorno per minore età.

---

<sup>19</sup> per minore età, per affidamento, per motivi familiari, per protezione sociale, per richiesta di asilo o per asilo

<sup>20</sup> ammissione al lavoro solo dopo il compimento dei 16 anni e dopo aver assolto all'obbligo scolastico.

<sup>21</sup> in tal caso è competente il Tribunale per i minorenni.

#### **4.2.7.4 Tutela internazionale delle donne vittime di violenza**

Le donne vittime di violenza subiscono una forma di persecuzione che può ricadere all'interno della categoria di "rifugiato". La persecuzione relativa al genere è una forma distinta di persecuzione che può rientrare all'interno della definizione di rifugiato fornita dalla Convenzione di Ginevra per il riconoscimento dello "status di rifugiato" del 1951.

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha definito la violenza contro le donne:

*"una forma di persecuzione legata al genere femminile e che si manifesta attraverso azioni violente di tipo fisico, psicologico o sessuale o in qualunque modo dirette a provocare sofferenza nella donna, includendo tra tali azioni anche le minacce, la coercizione e la privazione della libertà, sia nella sfera privata sia in quella pubblica."*

Nel 1996 la "normativa sulle garanzie supplementari" del Consiglio dell'Unione Europea ha stabilito che gli Stati membri devono prevedere, nelle procedure di richiesta di asilo da parte delle donne, la presenza di funzionari qualificati e interpreti di sesso femminile, soprattutto nei casi in cui, per gli eventi vissuti o l'origine culturale, le richiedenti incontrino difficoltà a esporre esaurientemente le loro motivazioni.

Sono individuabili vari tipi di violenza:

- violenza domestica
- mutilazioni genitali femminili
- aborto selettivo e infanticidio
- violenze matrimoniali e spose bambine
- violenza sessuale
- tratta e prostituzione
- violenza contro le donne nei conflitti armati
- violenza contro le donne rifugiate.

#### **4.2.7.5 Vittime della Tratta di Esseri Umani**

Per tratta di esseri umani si intende lo sfruttamento di esseri umani che, rapiti o adescati con l'inganno nei loro Paesi d'origine, vengono poi

venduti come schiavi da organizzazioni criminali internazionali. Si fonda sulla compravendita e consiste nello spostamento di una persona contro la sua volontà dal luogo di origine a un altro, al fine di sfruttarne il lavoro o il corpo. Molte delle vittime della tratta sono state rapite da bande internazionali, altre sono state vendute dalle proprie famiglie o adescate con false promesse di lavoro.

Il fenomeno è legato alla malavita organizzata su larga scala che ricava enormi profitti dallo sfruttamento di esseri umani ed è spesso coinvolta in altre attività criminali, quali traffico di droga e di armi. Le donne e i bambini sono i soggetti più esposti a questa forma contemporanea di schiavitù, basata specialmente sullo sfruttamento sessuale.

In genere le vittime sono private di ogni diritto fondamentale, non dispongono di uno status giuridico e sono ridotte, attraverso minacce e maltrattamenti, a una condizione di estrema dipendenza dai loro aguzzini.

Una persona è considerata vittima di tratta se è sottoposta a una situazione di violenza e corre un pericolo grave a causa di tentativi di sottrarsi ai condizionamenti di un'organizzazione criminale.

Una delle novità più significative della nuova legge è la possibilità di difendere chi è vittima della tratta e dello sfruttamento, anche attraverso la concessione di un particolare permesso di soggiorno, detto permesso di soggiorno per protezione sussidiaria?

#### **4.2.7.5 Protezione Temporanea**

Le nazioni a volte offrono protezione temporanea quando devono gestire un improvviso afflusso di persone, come avvenne durante il conflitto nell'ex Jugoslavia nei primi anni '90, che rischia di travolgere i propri normali sistemi di asilo.

In queste circostanze le persone possono essere celermente ammesse in paesi sicuri, ma senza alcuna garanzia di asilo permanente. Quindi la protezione temporanea può operare a vantaggio sia dei governi che dei richiedenti asilo in circostanze specifiche. Ma si tratta di uno strumento che si aggiunge, e non si sostituisce, alle più generali misure di protezione offerte dalla Convenzione di Ginevra.

## **Bibliografia**

### Legislazione Internazionale

*Il testo integrale della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani può essere trovato sul sito:*

*<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/itn.htm>*

*I testi integrali della Convenzione di Ginevra e del Protocollo di New York possono essere trovati ai seguenti indirizzi:*

*[http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione\\_Ginevra\\_rifugiato.pdf](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione_Ginevra_rifugiato.pdf)*

*[http://www.unhcr.ch/include/fckeditor/custom/File/Convention\\_et\\_Protocole\\_i.pdf](http://www.unhcr.ch/include/fckeditor/custom/File/Convention_et_Protocole_i.pdf)*

*Il testo integrale della Convenzione di Dublino può essere trovato sul sito:*

*[http://www.camera.it/\\_bicamerali/schengen/fonti/convdubl.htm](http://www.camera.it/_bicamerali/schengen/fonti/convdubl.htm)*

### Legislazione Italiana

*Tutte le informazioni e i testi completi dei decreti, delle leggi e delle circolari relative al percorso per ottenere lo status di rifugiato possono essere trovate sui siti del Ministero dell'Interno e della Polizia di Stato:*

*[www.interno.it](http://www.interno.it)*

*[www.poliziadistato.it](http://www.poliziadistato.it)*

*Per approfondire gli argomenti trattati si possono consultare i seguenti siti internet:*

*[www.unhcr.it](http://www.unhcr.it)*

*<http://www.cir-onlus.org>*

*<http://www.inps.it>*

*<http://www.meltingpot.org>*

*[www.stranieriinitalia.it](http://www.stranieriinitalia.it)*

*[www.amnesty.it](http://www.amnesty.it)*

## **5. Il diritto quale fattore di rischio o di protezione nella riabilitazione dei richiedenti asilo vittime di tortura: spunti per una ricerca**

*di Giusy D'Alconzo*

Inizierò col dire che questo breve scritto non ha molte pretese. Lo considero un primo tentativo di sistemare gli spunti di ricerca emersi dall'osservazione, che non avrei avuto il coraggio di rendere in pubblicazione se non vi fossi stata invitata da un vero amico e buon compagno di strada. Il mio lavoro con i rifugiati si muove da diversi anni entro due spazi contigui: il primo è quello che nelle organizzazioni non governative si chiama "lavoro sul campo", a diretto contatto con le persone; il secondo è l'attività che quanti lavorano "sul campo" chiamano desk research, ricerca alla scrivania. In queste pagine guardo al primo ambito con le intenzioni tipiche del secondo. Più semplicemente, riverso in questi appunti le riflessioni emerse tra il 1999 e il 2005, anni trascorsi occupandomi prevalentemente di assistenza legale a richiedenti asilo e rifugiati sopravvissuti alla tortura.

Una premessa è utile, sul contesto peculiare in cui questi pensieri sono nati.

"Lavorare sul campo" può infatti voler dire cose diverse per un medico, un ingegnere, uno psicologo, un assistente sociale, un burattinaio. Per un avvocato, operare nell'assistenza ai rifugiati implica almeno due esperienze: esercitare la propria professione affiancata alla gratuità per chi ne fruisce; misurarsi con un'aspettativa che non è soltanto di servizio legale ma più diffusamente, e già immediatamente, di giustizia.

Quanto al primo aspetto, mi è sembrato subito chiaro che operare all'interno di un servizio legale gratuito investa l'avvocato di un ruolo inusuale,

sebbene tutt'altro che inedito. La persona che siede dall'altra parte della scrivania non è alla lettera un cliente e la gratuità gioca un suo ruolo nel determinare un certo atteggiamento tra i richiedenti asilo: essi diventano a un certo punto consapevoli di non avvicinarsi soltanto a un servizio ma anche a un gruppo di professionisti che dovrà pur avere qualcosa a che fare con la motivazione di quella gratuità. Prima o poi accade di sentirsi chiedere perché quel servizio è gratuito, se i professionisti sono in qualche modo pagati, e quanto. Queste domande possono non essere prive di legittimi sospetti, ma in genere consentono di specificare le basi della fiducia. L'insieme di questi elementi, connessi alla gratuità del servizio, determina per l'avvocato un'esperienza nuova.

In secondo luogo emerge il tema dell'incontro con quella pressante domanda di giustizia che proviene dalle vittime di persecuzione e tortura che chiedono asilo in Italia. L'avvocato, persona di legge, ha a che vedere con la giustizia, sebbene possa influenzarla solo in una certa misura. In quale misura, può essere un dato pressoché irrilevante per chi dalla giustizia del proprio paese è stato tradito, ad esempio trascorrendo 10 anni in carcere sotto tortura senza processo, e alla giustizia di un altro paese appende le proprie speranze di stabilità, confidando nello status di rifugiato. Si tratta per l'avvocato di una situazione insidiosa: come rispondere a una domanda di giustizia se non si è giudicanti? come illustrare il diritto con neutralità senza apparire conniventi con chi ha creato norme inique? Definirei quindi questo secondo elemento del contesto affermando la peculiarità della situazione in cui l'avvocato si trova, davanti alla domanda di giustizia urlata silenziosamente dalle vittime di tortura.

La gratuità da un lato e la domanda di giustizia dall'altro impongono agli avvocati che operano in questo ambito di posizionarsi in una relazione di aiuto; di giocare, dentro questa relazione e non al di fuori, un ruolo che resti comunque valido tecnicamente. L'avvocato non è formato per farlo, non ha un setting e dispone di una deontologia che lo mette in guardia dal patrocinio infedele ma non gli chiede molto più che maneggiare con sapienza e lealtà i suoi attrezzi. Il cosiddetto "distacco professionale", altrimenti considerato un passepartout nelle relazioni con i clienti di uno studio legale, qui si rivela ben poca cosa. Tutto ciò rende gli operatori del diritto alquanto nudi nel contatto con il proprio ruolo nuovo nei confronti delle vittime di tortura richiedenti asilo, più che mai allievi dell'esperienza quotidiana e pressoché privi di strumenti interpretativi, se non quelli

del buon senso e del confronto con le altre professionalità.

Si tratta di una posizione insidiosa, ma preziosa. Ecco il contesto di “esposizione” in cui sono nate le mie prime riflessioni sul tema di questo breve scritto, riflessioni che si possono al momento riassumere così: sembra che, nel percorso di riabilitazione e di rinascita del richiedente asilo vittima di tortura, il diritto possa rappresentare un fattore di rischio o di protezione molto potente. Nella nozione ampia di diritto qui includo le sue declinazioni (prassi amministrative, ordine pubblico, procedure burocratiche) e l’operato dei suoi professionisti, tra cui lo stesso avvocato della vittima.

Sono partita da una constatazione tutto sommato elementare: nell’esistenza di un richiedente asilo o di un rifugiato nel paese ospitante, la presenza del diritto è particolarmente invasiva. I controlli non sono una seccatura, ma una minaccia; il supporto legale non è un episodio ma una necessità costante; i documenti non sono un accessorio, ma un obiettivo, in alcuni momenti l’obiettivo.

Questa condizione di permanente attesa e di altissima aspettativa, affiancata all’esperienza della sopraffazione e della violenza subite prima della fuga, fa sì che per un richiedente asilo molti elementi, giuridici nell’essenza, acquistino un valore che va ben oltre il risultato tecnico che essi producono o la singola rotella burocratica che riescono a far ruotare. Tra questi elementi, nella nozione ampia che accennavo poc’anzi, vanno considerati: la legislazione vigente e le procedure applicate dalle autorità e dagli operatori della pubblica amministrazione; la documentazione curata da quanti rappresentano la difesa legale del richiedente asilo, cioè l’avvocato, il medico legale e gli altri professionisti coinvolti nel provare la storia di persecuzione che sta a fondamento della sua domanda; le informazioni che gli operatori del diritto forniscono come risposta, sempre imperfetta e mai inutile, a quella che ho chiamato domanda di giustizia.

Sembra che ognuno di questi elementi, e il loro insieme, possano costituire una gabbia o, al contrario, una rete di protezione. Possano – questa è l’idea che qui si vuole invitare ad approfondire – confermare e contribuire al percorso di cura oppure ostacolarlo. Se ritenuta valida, questa impostazione indurrebbe ad affermare che vale la pena di investire di una attenzione ulteriore gli effetti di ognuno degli elementi citati sulla riabilitazione dei richiedenti asilo vittime di tortura. E che, in ultima ana-

lisi, potrebbe essere utile giungere a ipotizzare una nuova deontologia per gli operatori del diritto direttamente coinvolti nel cammino della riabilitazione, e delineare regole precise che gli avvocati possano applicare nella relazione di aiuto.

Faccio un primo tentativo di definizione del diritto-gabbia (fattore di rischio) e del diritto-rete (fattore di protezione).

Rispetto alla prima immagine si può in sintesi constatare che il diritto, se connotato da disposizioni inique, applicato tramite prassi confuse o scorrette, interpretato da avvocati disattenti al proprio ruolo e alla condizione delle vittime, può essere ostacolo alla riabilitazione, influenzando negativamente sulla pianificazione della vita del richiedente asilo anche a brevissimo termine e dandogli una generale sensazione di mancanza di autonomia nelle scelte e nei progetti. Può, di fatto, arrivare a bloccare il percorso di riabilitazione e di rinascita dalla tortura.

Al contrario il diritto può essere agente di protezione, se interviene equamente nel riconoscere la violazione patita e il conseguente status di rifugiato, con le prerogative che ne derivano. Può contribuire a restituire dignità, possibilità, progettualità. In questo caso agevola, o sarebbe forse meglio dire partecipa al percorso delle vittime di tortura.

Si possono infine fornire alcuni esempi di come gli elementi descritti operino in negativo o in positivo nella vita del richiedente asilo vittima di tortura, senza pretesa di esaustività ma piuttosto allo scopo di riportare l'osservazione "sul campo", lì dove è nata (e ho il sospetto che non sarebbe potuta nascere altrove).

Tra gli aspetti patologici delle norme, della loro applicazione e interpretazione vi sono ad esempio i ritardi – nel trasferimento dei fascicoli, nel riconoscimento dello status di rifugiato. Essi provocano un'attesa che è in genere di durata non predeterminata; chi la subisce non ha strumenti per gestirla o per influirvi direttamente, nonostante tale attesa riguardi aspetti di cruciale importanza per la programmazione della sua vita in Italia. "Aspettare, aspettare, mi dicono": quante volte ho ascoltato questa frase. Qui mi limito a dire che mi sembra che ciò abbia un impatto, presumo non trascurabile, sulla condizione complessiva del richiedente asilo vittima di tortura e sul suo percorso di riabilitazione. Un dialogo con le altre professionalità – tra queste lo psichiatra, lo psicologo, l'assistente sociale – potrebbe giungere a qualificare e quantificare l'impatto. Altrettanto interessante potrebbe essere valutare l'influenza sul percor-



so di riabilitazione degli altri elementi di casualità che caratterizzano le procedure applicate al richiedente asilo in Italia quando esse sono prive di quelle che si chiamano, appunto, garanzie procedurali. Tra questi elementi vi sono ad esempio gli errori sui dati anagrafici, provocati dalla mancanza di interprete in fase di identificazione, o lo smarrimento del fascicolo della richiesta di asilo da parte della pubblica amministrazione. Altrettanto interessante potrebbe risultare riflettere sul tipo di effetto che ogni informazione scorretta o fornita scorrettamente, o semplicemente rifiutata da parte dell'avvocato, finisce per produrre nel richiedente asilo o rifugiato vittima di tortura. Oppure analizzare quale reazione ingeneri, nella vittima, la richiesta di informazioni di dettaglio sulla sua esperienza di tortura da parte di un avvocato che non fornisca preliminari spiegazioni sul motivo della domanda e di come essa sia connessa al ruolo che, quale professionista, sta esercitando.

Tentando invece di elencare alcuni esempi di come un diritto equo e una sua applicazione corretta possono influire beneficamente sulla riabilitazione, viene innanzitutto in mente una audizione del richiedente, che per legge va realizzata dall'organismo ministeriale competente a riconoscere lo status di rifugiato, durante la quale sia posta attenzione alla gestione del colloquio e alla comprensione di ogni dettaglio della storia. Quell'attenzione, da parte di chi rappresenta lo Stato ospitante, per chi è sopravvissuto alla tortura non potrà che avere un significato di protezione. Questo è tanto più vero quando l'iter, oltre ad essere equo nello svolgimento, ha un esito anch'esso equo. Vedersi riconoscere lo status di rifugiato, per chi è sopravvissuto alla persecuzione e alla tortura e sa che tale status gli spetta, significa anche: mi hanno creduto. Anche in questo caso, un confronto con le altre professionalità potrebbe svelare sino a che punto la sensazione di aver trovato credito impatta sulla condizione di una persona che è stata torturata, sapendo che tra gli obiettivi dei torturatori c'è sempre anche quello di sottrarre credibilità alla vittima fino ad annullarla nella sua comunità.

Un aspetto specifico della ricostruzione della storia del richiedente asilo al fine del riconoscimento dello status di rifugiato è la formazione del suo fascicolo da parte dell'avvocato. Una parte importante di tale fascicolo è la certificazione degli esiti della tortura da parte del medico legale: un passaggio delicato, quello della certificazione, e al tempo stesso essenziale. Il medico legale certifica, prendendosi la responsabilità di

quanto firma, che determinati segni – cicatrici, comportamenti, patologie – sono collegati alla tortura subita. Un passaggio complesso per il richiedente asilo, ma essenziale nella ricostruzione di quella credibilità che il torturatore intendeva annientare. Vedere la propria esperienza certificata non potrà che avere un senso per il percorso di riabilitazione, considerato anche il ruolo che essa gioca nel riconoscimento finale dello status di rifugiato, da parte della commissione ministeriale.

Qui i miei spunti si fermano, in attesa che un confronto con altre professionalità possa consentire all'indagine di proseguire. Il primo obiettivo, come ho illustrato, sarebbe quello di riconoscere l'impatto del diritto come fattore di rischio o di protezione nel percorso di riabilitazione, così da attribuire un significato preciso a ogni sua declinazione, in funzione di tale percorso. Fine ulteriore di una possibile ricerca potrà poi essere quello di riconoscere il ruolo professionale degli operatori del diritto nel percorso di riabilitazione delle vittime di tortura, in modo da richiamare ognuno di essi a una deontologia nuova e ulteriore, a una responsabilità legata al ruolo professionale definito anche in quanto relazione di aiuto.

## **6. Una nuova figura di mediatore (facilitatore) linguistico culturale in un servizio per la salute dei rifugiati**

*di Martino Volpatti*

Il SaMiFo (Salute per i Migranti Forzati) è un servizio della ASL RMA e del Centro Astalli di Roma (del Jesuit Refugee Service), che presta assistenza sanitaria a richiedenti asilo e rifugiati; vi operano diverse figure professionali, con rapporti di lavoro differenti: dal medico dipendente della ASL, al medico di medicina generale, al medico volontario, ai collaboratori del Centro Astalli (psicologo e mediatori linguistico culturali). Il Servizio è operativo dal gennaio 2007 in locali della ASL RMA e si avvale di una rete di rapporti con strutture specialistiche del servizio sanitario nazionale, con servizi di assistenza giuridica e sociale del Centro Astalli e di altre associazioni.

I migranti forzati hanno diritto all'assistenza sanitaria da parte del SSN fin dal momento in cui arrivano in Italia: la prima funzione del SaMiFo è quella di assicurare l'iscrizione al SSN e la scelta del medico di medicina generale.

Per rendere fruibile il servizio non è però sufficiente l'atto burocratico della iscrizione, ma è necessario accogliere, orientare e accompagnare la persona.

All'interno del servizio si sono andate definendo pratiche operative originali che permettono di delineare un profilo professionale nuovo, che ha tratti in comune con il mediatore linguistico culturale e con il case manager dei servizi rivolti a persone fragili e con il facilitatore linguistico e dell'apprendimento, figura che si occupa di accoglienza, inserimento e formazione di persone straniere per quanto concerne la lingua e la

cultura italiana.

Questa figura può essere definita come “facilitatore”,

L'attività operativa svolta all'intervento del servizio si compone essenzialmente di due dimensioni: quella di mediazione linguistica nei percorsi di assistenza agli utenti e quella di raccordo tra i differenti interventi specialistici seguiti dagli stessi utenti.

Se la mediazione o interpretariato linguistico è facilmente comprensibile, l'altra attività è sicuramente meno intuibile perché atipica e strettamente correlata alla particolarità del contesto in cui si svolge.

Il paziente che si rivolge al servizio sanitario SaMiFo non è essenzialmente una persona malata, ma una persona che ha subito una persecuzione politica e per questo costretta a fuggire dal proprio paese. Certamente gli effetti della persecuzione, dell'esilio e eventualmente della tortura subiti possono e spesso portano all'insorgere di gravi stati di malessere sia fisici che mentali.

Ma la causa rimane una struttura complessa perché coinvolge una dimensione politica, culturale ampia che poi si traduce in un dramma individuale ancora estremamente complesso. Un dramma che colpisce nel profondo la vita della persona nelle sue componenti fondamentali, nella sua personalità e nel suo universo relazionale, fino a coinvolgere la possibilità stessa di costituire e mantenere dei rapporti con altri.

A tutto ciò corrispondono bisogni complessi, cioè diversi ma strettamente collegati tra loro.

Bisogni di tipo medico, di tipo sociale e di tipo legale. Per questo è largamente riconosciuto che il lavoro di cura dei rifugiati può essere svolto solo da un'équipe composta da differenti professionalità che sappiano lavorare a stretto scambio e contatto.

Per far sì che il contatto e lo scambio siano reali ed effettivi servono dei momenti di riflessione comune, ma soprattutto delle figure professionali che funzionino da tramite tra i diversi attori della cura e tra i curanti e gli utenti.

Si ha qui una funzione di raccordo o di ottica globale tra momenti separati, perché definiti secondo ambiti specialistici, che devono idealmente divenire uno, perché rivolti simultaneamente ad una stessa persona. Ma il raccordo diviene anche traduzione, e non solo linguistica, o meglio doppia traduzione. Grazie all'operatore lo specialista ha la possibilità di ottenere informazioni supplementari e fondamentali sulla condizione

globale della persona in cura. Si può parlare di traduzione perché spesso i sintomi che il paziente porta in esame al medico sono comprensibili solo a partire da una lettura più ampia, globale o di sottofondo, che è preclusa alla specialistica se lasciata sola.

L'altra, fondamentale attività di traduzione è quella offerta all'utente nei confronti dei differenti interventi di cura, a lui difficilmente comprensibili se non inseriti e spiegati in un'ottica unitaria. Ricordiamo che il ricorso a visite specialistiche e quindi a tanti differenti medici non è sempre così familiare a persone provenienti da contesti culturali e sociali distanti dal nostro. In questo senso l'operatore diventa il punto di riferimento più visibile e accessibile, perché è presente in tanti differenti ambiti di accoglienza e perché è con lui che il rifugiato parla direttamente la sua lingua.

Per assicurare questi raccordi è necessaria una presenza stabile di alcuni operatori che diano un senso di continuità al percorso di cura. Continuità e organicità che si definiscono non solo come strumenti essenziali della cura, ma come fattori che ne determinano il senso stesso.

Emblematica è la prima visita dal medico di base.

La prima visita dal medico di base rappresenta un momento importante nel percorso di assistenza ai rifugiati.

L'utente può accedere alla prima visita dopo aver già incontrato altre figure professionali dell'associazione come l'assistente legale o la psicologa. In questo caso, probabilmente, è già stato fornito un preliminare inquadramento della sua situazione generale e gli è già stato indicato un percorso da seguire per assicurare i propri diritti e rispondere ai bisogni della prima accoglienza (primo accesso alla questura e assistenza legale, ricerca di un alloggio, iscrizione al servizio sanitario nazionale). Per essere certi che tutto questo sia effettivamente avvenuto è opportuno che all'inizio della visita il mediatore faccia alcune domande preliminari all'utente: "hai già parlato con l'assistente legale?", "dove abiti?", etc. Se ci si accorge che il rifugiato inizia solo in quel momento il suo percorso di assistenza è bene invitarlo ad attendere dopo la visita affinché alcune informazioni preliminari gli siano date, o dal mediatore stesso o da un altro operatore.

Fondamentale è poi la visita in sé, nella sua dimensione di cura clinica e di momento di diagnosi di traumi precedenti (ad esempio la carcerazione o la tortura) e di disagi profondi sia fisici che psichici.

A questo può seguire l'invio del paziente a visite specialistiche il cui senso va sempre spiegato con chiarezza e pazienza.

In ogni caso, la prima visita deve includere un momento effettivo di ascolto della parola e del corpo del paziente.

Sicuramente delicato è il momento d'indagine relativo al trauma subito, momento necessario per l'individuazione del problema, della sua genesi e della sua possibile cura, ma anche momento necessario per iniziare un percorso che può portare ad una visita medico-legale e alla conseguente certificazione degli esiti di tortura, documento da presentare alla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato.

L'approccio migliore in qualsiasi momento dell'assistenza è quello massimamente compreso e condiviso dall'utente. In questo senso servono spiegazioni sul significato delle nostre domande, ma ancora prima serve seguire la direzione che naturalmente il paziente indica al medico.

La direzione è sempre quella dei bisogni e dei disagi fisici e psichici, ed è quindi data dai sintomi.

Esistono sintomi tipici per le vittime di tortura, sintomi di malessere fisico: dolori diffusi, dolori acuti nelle zone traumatizzate, frequenti cefalee e sintomi di malessere psichico: insonnia, inappetenza, flashback, pensieri intrusivi ricorrenti, disturbi dell'attenzione e della memoria.

Dall'esposizione dei sintomi il medico o il mediatore possono risalire al trauma anche con domande specifiche. Da qui si può ricostruire, almeno preliminarmente la storia di violenza subita. Sempre spiegando il senso delle domande, e mettendo sempre l'accento sulla necessità di capire per poi curare in modo adeguato, si possono fare anche domande specifiche sulle pratiche di tortura. Questo è necessario al medico per richiedere gli eventuali esami specifici: radiografie, ecografie, etc..

Anche le domande sulla situazione sociale-alloggiativa, possono emergere dall'esposizione dei sintomi.

È auspicabile un momento di disponibilità prolungato, che può svolgersi anche fuori dalla sala del medico.

Se l'utente incontra un operatore che mostra di avere un'idea e una certa esperienza delle problematiche che porta e se gli viene offerta una spiegazione anche breve, ma chiara, sul possibile percorso di accoglienza, si instaura subito un clima di fiducia che può già alleggerire il senso di solitudine e spaesamento.

Questo percorso vale, a maggior ragione, quando emergono disturbi

mentali. È certamente fondamentale l'invio alle figure specialistiche: psicologa e psichiatra, come è necessaria la somministrazione di farmaci, ma può essere molto utile una spiegazione anche breve dei sintomi.

Il far capire che non si tratta di una malattia mentale, che magari porterà alla follia, ma piuttosto di reazioni normali ad una situazione molto particolare e difficile, e quindi che si tratta di problemi generalmente curabili nel tempo e nei modi adeguati.

Ottica preliminare per una visita ad hoc

Partendo dal presupposto che gran parte dei nostri pazienti sono vittime di tortura, o comunque di gravi traumi, si può pensare un andamento della visita che sia il più adatto possibile e, al tempo stesso, sembra opportuno fare una considerazione preliminare che chiarisca il senso di tale andamento.

Se la tortura annulla completamente la volontà e l'autonomia del soggetto riducendolo ad oggetto, ogni intervento di cura deve tutelare e riattivare il più possibile la dimensione autonoma e consapevole del paziente. Dall'altra parte la visita presenta alcuni aspetti inevitabilmente invasivi e riporta il paziente ad una dinamica di subordinazione rispetto al medico che sa e chiede.

Il primo correttivo può essere quello di evitare la domanda diretta: "Sei stato torturato?".

La domanda può emergere indirettamente dall'esposizione dei sintomi o da domande opportune sulla causa di tali sintomi. Ex. "Quali sono i tuoi problemi di salute?", "Da quanto tempo hai questo problema?", "Cosa ha provocato questo dolore?", etc..

Un secondo correttivo può essere quello di fornire al paziente la spiegazione e il significato delle domande e delle indagini.

Ex. "Per poter curare in modo adeguato i tuoi problemi abbiamo bisogno di conoscere meglio la tua storia", "per poter effettuare degli esami specialistici ci dovresti indicare quali tipi di maltrattamenti hai subito", etc..

Per poter fare questo in modo adeguato, cioè in modo semplice, anche rapido, ma chiaro, è opportuno che queste spiegazioni e informazioni le dia il mediatore che conosce meglio la lingua e ha un rapporto più informale e confidenziale con il paziente.

La presenza del mediatore/operatore è poi fondamentale come figura di contatto e tramite tra i curanti e per accompagnare il paziente oltre la visita.

## **7. Prendersi cura delle vittime di tortura. Punti di resistenza e modalità d'accoglienza**

*di Martino Volpatti e Monica Serrano*

Oggi la tortura torna a occupare lo spazio pubblico, se ne urla lo scandalo o se ne cerca una giustificazione. Cos'è tortura? Presentiamo di seguito due nozioni fondamentali sulle quali si innesta e agisce la pratica della tortura: identità e testimonianza.

L'identità e la testimonianza si presentano come punti cardine per capire sia le condizioni di possibilità della tortura sia il fine, il bersaglio da raggiungere e distruggere. Proprio per questo, in modo speculare, nella pratica dell'accoglienza l'identità e la testimonianza diventano le dimensioni sulle quali lavorare per e insieme alle vittime di tortura. All'interno del percorso di cura nell'accezione più ampia del termine, la ricostruzione della storia personale, il suo riconoscimento socio-politico e giuridico, la restituzione dello spessore molteplice dell'identità della vittima in terra d'asilo emergono come primi passi di resistenza alla violenza antropogena subita.

### **7.1 Analisi del concetto di tortura**

La definizione di tortura da cui partiamo è quella di Acat France, non giuridica e piuttosto ampia:

c'è tortura quando una persona infligge deliberatamente e sistematicamente una sofferenza acuta, in qualsiasi forma, a un'altra persona



per raggiungere il suo obiettivo contro la volontà della vittima. Più della metà dei paesi del mondo pratica la tortura, che è usata per far paura, per punire o per estorcere informazioni, per terrorizzare le popolazioni.

Emerge subito come il concetto di tortura sia di natura complessa - diversi elementi correlati tra loro concorrono a definirlo. Innanzitutto l'elemento antropogeno e quello intenzionale: la tortura non è un evento che riguarda solo chi la subisce, non è un incidente o un disastro naturale, è piuttosto un evento intersoggettivo nel quale il trauma è prodotto da un uomo su un altro uomo, ed è prodotto volontariamente. Questo aspetto che può sembrare scontato è in realtà responsabile di gran parte della gravità del trauma e della sua reiterazione nella vittima. Al di là del dolore fisico conseguente alla violenza, il fatto che il dolore sia stato inflitto deliberatamente da un altro uomo rende la tortura un'esperienza-frattura, un vissuto impossibile da rappresentare, narrare, restituire a un senso condiviso. Impossibile perché la mia capacità di rappresentare e comprendere il significato di un evento a cui partecipo dipende dalla mia posizione di soggetto all'interno dell'evento, mentre nella tortura io perdo proprio questa posizione, sono privato della mia libera soggettività diventando un mero oggetto nelle mani dell'altro, in sua completa e assoluta balia.

Scrive Miguel Benasayag, un militante argentino rifugiatosi in Francia negli anni settanta, ora psicanalista e filosofo: "il torturatore cerca di ridurre il militante a non essere che un corpo dolente. Cerca di farvi divenire solo dei corpi, ridotti ad una ricerca di pura sopravvivenza, cancellando qualsiasi soggettività desiderante... qualsiasi dimensione simbolica e storica". (Parcours, 155-156). E ancora: "l'importante per loro (i carnefici) è farvi comprendere che d'ora in avanti voi siete un giocattolo nelle loro mani e che possono farvi quello che vogliono. Non c'è alcun ricorso possibile, voi non esistete". (Ibid. 97).

Ma non è solo l'identità soggettiva e individuale ad essere colpita dalla tortura, è anche e soprattutto l'identità come nodo relazionale e sociale ad entrare in una crisi profonda. L'uomo, aristotelicamente animale sociale, che trova istintivamente nel contatto e nella relazione con gli altri la realizzazione della propria personalità, trova qui nell'altro la propria negazione, la propria apposita cancellazione. E se non si può concepire se stessi ridotti a oggetto, non si può nemmeno concepire l'altro come

un proprio simile, come un soggetto altrui che ci riduce ad oggetto. Il torturatore, nelle parole della psicanalista Francoise Sironi, diviene un intruso opprimente che torna di continuo, letteralmente un fantasma, perché i fantasmi non esistono fuori di noi ma ci abitano dentro, vivono nella nostra mente. Il fantasma torna - questo rende la tortura subita un trauma ancora in atto. Il fantasma abita la nostra intimità e ci costringe a un sentimento molto forte e doloroso, quello della vergogna. Ne parla Primo Levi all'inizio della Tregua, quando descrive la vergogna provata di fronte ai primi soldati russi che arrivano al campo di Auschwitz abbandonato dai tedeschi, momento che dovrebbe essere di gioia e di liberazione e che viene invece vissuto nel segno della vergogna – un uomo ci guarda e vede come siamo ridotti, noi, i “non più uomini” – non possiamo più rivestirci o di riprendere sembianze umane.

La vergogna di ciò che si è subito appare spesso nei racconti delle vittime di tortura che incontriamo. È un sentimento che si capisce soprattutto dalle descrizioni dei luoghi di prigionia, dalla situazione in cui si è stati costretti. La cella è buia, non si vede quasi niente, è piena di gente, nella cella si mangia, si dorme e si svolgono i propri bisogni corporali davanti a tutti, ci sono feriti e anche cadaveri, il pavimento è sporco, ci sono sporcizie di ogni genere, escrementi, insetti che non si vedono ma si sentono al tatto, l'odore è terribile ed è un miscuglio di tanti odori cattivi. Una descrizione come questa, che si ritrova spesso nei racconti di rifugiati africani, dal Togo, dal Congo, dalla Costa d'Avorio, ci porta in una condizione di radicale indistinzione. Indistinzione tra i corpi dei detenuti, indistinzione tra uomini e animali, tra corpi viventi e resti umani, tra vivi e morti.

Questa indistinzione provoca vergogna, la vergogna di non essere più uomini, quegli uomini che si è stati e per cui s'è finiti così, quelle personalità liberamente decise e assunte. La vergogna primaria sale, l'essere nudi, di una nudità totale e assoluta, di un'intimità strappata, forzata nel suo rovescio – essere un involucro vuoto. Così si presenta A., 32 anni, rifugiato curdo dell'Iraq: “Io mi disgusto. Mi disgusto quando penso a quello che mi è successo, ma se non ci penso non sono più nessuno. Sono lontano da tutto, non ce la faccio, vado via con la testa. Non ho futuro. Sono un moribond man”. La destrutturazione dell'identità voluta dalla tortura lavora sempre e ancora nella vittima – il torturatore vuole la reiterazione continua del processo di vittimizzazione, vuole che la vitti-

ma resti vittima, desoggettivata, impotente, vergognosa, isolata. Questo processo l'osserviamo e ci inciampiamo di frequente: quando la vittima è appena arrivata in Italia, quando non ha niente (niente da perdere e niente da meritare) delle risorse personali spesso si attivano, mentre quando iniziamo il lento percorso di riconoscimento socio-giuridico e si apre una prospettiva di vita dignitosa, tutto crolla di nuovo implodendo nell'identità fissa di vittima – sono stato ridotto così e non ho speranze di essere altro che questo. Quando tutto manca qualcosa resta, ma quando qualcosa di nuovo s'affaccia tutto crolla. Per questo, come la tortura lascia segni duraturi e indelebili, così la cura non può che aver bisogno di tempo, essere quel tempo lungo fatto di passi avanti e improvvise regressioni, accompagnare la vittima nel tempo.

L'altro elemento che caratterizza la tortura e che non può essere trascurato nella presa in carico delle vittime è la sua valenza politica. La tortura non è semplicemente un'aberrante eccezione, un abuso di un sistema di potere, ne è piuttosto uno strumento deliberatamente scelto e attuato per cancellare ogni possibile opposizione, per togliere la parola ad ogni voce dissidente. Non colpisce solo la vittima, ma è diretta a tutto il suo ambiente, alla sua comunità di appartenenza: i segni sul corpo e sulla mente del torturato, anche se non sempre visibili, fungono da messaggi agli altri, sono trasparenti e decifrabili, mostrano esattamente il potere che li ha generati.

Come è ormai dimostrato da un manuale della C.I.A. per addestrare gli addetti agli interrogatori forzati desecretato dagli archivi di Stato e pubblicato nel 1999, la tortura non serve tanto a estorcere delle informazioni. Al contrario, sotto tortura difficilmente un uomo dice la verità, perché il suo unico scopo sarà quello di far cessare il dolore e di assecondare quindi il torturatore dicendo quello che si ritiene essere ciò che il torturatore vuole sentirsi dire e non necessariamente il vero. Nei racconti diretti delle vittime raramente alla tortura si accompagna un autentico interrogatorio, più spesso alle violenze seguono insulti, minacce, intimidazioni. Viene detto alla persona che è già morta o che la sua famiglia sta per essere presa e punita. L'obiettivo non è quindi la ricerca di una verità ma la distruzione della personalità, delle sue motivazioni politiche e dei legami affettivi, della molteplicità dei tratti che lo distinguono come agente nel mondo. Tutto il suo mondo esplode, ed è per colpa delle sue scelte 'dissidenti' che il futuro è rovina.

Dal manuale CIA si rileva inoltre che lo stesso addestramento del torturatore è un processo che verte su una modificazione dell'identità. Il torturatore, per divenire tale, deve ridurre drasticamente il suo essere sensibile e responsabile. La Sironi mostra come il percorso che fa il torturatore, spesso un soldato o un membro di un'organizzazione paramilitare, è simile a quello imposto a un torturato ma con una destinazione diversa. La vittima, infatti, dopo essere stata brutalmente violata viene rigettata nella comunità come un relitto, come un "moribond man" che funge da monito per gli altri, mentre all'apprendista torturatore viene destrutturata la personalità attraverso violenze fisiche e psicologiche, impartiti ordini contraddittori e punizioni sempre più pesanti e immotivate, attuata la riduzione a oggetto disciplinato e obbediente per introdurlo alla fine in un nuova comunità di soggetti, soggetti tra virgolette, quella degli appartenenti al corpo speciale, degli eletti, degli eroi, dei difensori della patria e dei valori fondamentali.

Ciò che si delinea in questo percorso è l'inquietante possibilità che chiunque possa divenire un torturatore se gettato dentro un contesto estremo. Un'ipotesi confermata dalle analisi di psicologia sociale di Marcella Ravenna mostra come gli elementi contestuali o relazionali contino molto più di quelli individuali. L'assoggettamento totale ad un'autorità assoluta e indiscutibile che nega ogni responsabilità individuale, la potenza pervasiva di un'ideologia che fabbrica un nemico assoluto, il contesto di violenza generalizzata come un conflitto o una guerra civile possono piegare e addomesticare anche le personalità che si ritenevano forti e complesse. Il risultato non è un demone, una creatura eccezionalmente sadica o malvagia, ma un funzionario puro, pronto a svolgere fino in fondo anche la funzione della tortura. Questa è la terribile evidenza provata da Primo Levi nell'inaccettabile normalità del campo di sterminio, ma è anche la celebre scoperta della "banalità del male" di Hannah Arendt che nel processo al carnefice Eichmann, responsabile della morte di migliaia di persone, vede solo un piccolo e anonimo ometto, un grigio burocrate deprivato del senso di responsabilità e con un'immaginazione minuscola, incapace di abbracciare il significato delle proprie azioni.

## 7.2 Modalità d'accoglienza

Se la tortura è comprensibile a partire dalla condizione intersoggettiva e contestuale che la genera e fa essenzialmente presa sull'elemento dell'identità, anche l'accoglienza si deve definire in base alla situazione relazionale che la caratterizza e si deve confrontare con l'elemento dell'identità.

Se la situazione della tortura è complessa anche l'accoglienza e la cura esige di esserlo.

La vittima di tortura, innanzitutto, non è solo una vittima di tortura, sono sempre molteplici le dimensioni identitarie di ciascuno di noi – è il torturatore a volerla esclusivamente vittima-oggetto. La vittima è sempre un uomo o una donna, un togolese o un curdo o un colombiano, un sarto, un giornalista o un contadino, un padre o una madre o un figlio, un attivista politico o un analfabeta che si è trovato in mezzo a un conflitto. Questa molteplicità non la possiamo trascurare perché è già stata cancellata una volta nella maniera più brutale, questa plurivocità va invece riattivata e valorizzata di volta in volta. Riattivare il senso di un'identità molteplice significa certo iniziare ad ascoltare i molteplici bisogni delle vittime: i più semplici come dormire, mangiare, abitare in un luogo decoroso, ma anche curarsi, seguire il proprio percorso legale, studiare, cercare e trovare un lavoro, fare incontri, amicizie, intrecciare nuove relazioni, darsi un progetto di vita desiderabile, ricominciare ad avere fiducia. E accogliere significa mantenersi in una rete di molti operatori diversi (assistente sociale, medico, psicologo, avvocato, insegnante di italiano ecc.) che lavorano simultaneamente e danno continuità al percorso di cura. In questa rete ogni singolo attore che apre una relazione con la vittima ha un importante e delicato ruolo terapeutico, perché ogni relazione è in grado di reiterare la riduzione categoriale della vittima-oggetto o al contrario restituirne la posizione di soggetto. Ruolo delicato perché in ogni relazione di aiuto è insito un fattore di rischio: l'iniziale e inevitabile disparità tra chi aiuta (e può farlo) e chi viene a chiedere aiuto (impotente) – ecco il pericolo di instaurare una rinnovata relazione di potere. Così, se per ascoltare e condividere il dolore l'operatore si mette sullo stesso piano della vittima, per agire, per trovare delle soluzioni ai problemi concreti ci si sposta su un piano differente. E, se non si fa attenzione, l'utente ritorna ad essere un oggetto che deve semplicemente fare

quello che gli si dice di fare. La semplice compilazione di schede in cui si richiedono informazioni o l'assegnazione di compiti definiti e necessari, se avvengono senza spiegazioni, ripetono le dinamiche oggettivanti subite in passato. Che fare? Decisivo è il prendere atto delle categorizzazioni e delle semplificazioni che il mestiere dell'operatore impone usandole come 'arnesi da lavoro' e non come classificatori identitari. Essenziale è presentare questi arnesi direttamente all'utente spiegandone la funzionalità e il senso. Tutto il percorso dell'accoglienza va spiegato e condiviso, concordato fin dall'inizio con il rifugiato restituendogli/le la sua unicità e il suo singolo progetto migratorio. Gli stessi limiti delle nostre azioni devono essere chiariti e spiegati, non imposti. L'accoglienza non è un vestito a taglia unica. Solo così da una dinamica di pura assistenza o assistenzialismo si può passare a una dimensione etica strategica, in cui l'azione cosciente dell'utente diviene indispensabile per un'autentica realizzazione del progetto. Se la strategia è sufficientemente complessa anche la complessità identitaria della persona troverà spazio per stimolarsi e riattivarsi.

Crediamo che accogliere sia questo 'dare spazio'- offrire un luogo a un corpo-casa-comunità che è stato violato e chiede di essere riconosciuto. Corpo denso di storia che, emarginato dal suo mondo perché scomodo alla logica del potere vigente, viene a cercare asilo. Accoglierlo significa comprendere la sua singolarità: la singolare ricchezza di chi è messo fuori – dell'essere fuori dal meccanismo di potere politico-economico che macina vite e ordina morti come effetti collaterali. È prendersi cura del resto prezioso di questo meccanismo, di un resto che resta, qui da noi, per le strade, a prima vista senza nient'altro che un nome. Da parte nostra, conosciamo il tempo che viviamo attraverso e grazie a questi resti. Paradossalmente, abbiamo imparato l'accoglienza proprio da chi dovevamo accogliere: basta un'abitazione abusiva di lamiera e legno che ci aspetta a porte aperte, un pranzo insieme, una giornata di accompagnamento ai servizi della città, l'ascolto di un viaggio attraverso il deserto per trovarsi di sorpresa ospiti delle loro vite.

Forti di questo insegnamento abbiamo concepito da due anni un piccolo luogo di accoglienza che non fosse esclusivamente lo sportello di aiuto, ma un luogo che faccia 'ambiente', un riferimento per incontrarsi e parlare, svolgere attività di gruppo, scrivere e raccontarsi. Un piccolo rifugio aperto di giorno in cui si è liberi di stare o andare, di parlare o ta-

cere, trovando quattro mura protette e nessuno a incalzare con le solite domande sulla propria identità. Non facciamo domande, il più possibile fedeli a quello che scrive Jacques Derrida: “Straniero è chi pone la prima domanda” - è lo straniero a parlare per primo in un’autentica ospitalità. Nel gruppo di accoglienza non si impara tanto la lingua italiana, ma si inventa una lingua comune comprensibile – quella del corpo e dei gesti, quella di un italiano privo di sintassi e pure denso di significato. Scriviamo e archiviamo pezzi di carta come quello di A., 22 anni, giovane eritreo con protezione umanitaria, scritto dopo una camminata per la città: “Giorno di faccanza. Magari il tempo stop. Non cammina”, oppure quello di A., 35 anni curdo iraniano, pittore e stuccatore di professione: “Il mio ardente benché adesso è lontano da me un’anima di potenza a me appartiene poiché io faccio sforzi per un buon bersaglio”. Questi testi non sono integrabili nelle regole della grammatica italiana né tanto meno correggibili se non a prezzo di tradire la loro ricchezza semantica. Sono parole che sorgono e restano assolutamente eterogenee al paradigma dell’integrazione e della correzione.

Si parla molto oggi di ridare la parola alle vittime, del significato terapeutico della testimonianza, della cura come percorso graduale da vittime a testimoni. Ma c’è a nostro avviso da evidenziare un polo del discorso spesso taciuto: testimoniare ha senso solo se la voce di chi parla non parla a vuoto. Questo vuoto è ciò che spesso ci riportano i richiedenti asilo e rifugiati che incontriamo, il vuoto della situazione attuale in cui è inutile dire, parlare di sé, in cui è indifferente e spesso nocivo esserci. Si ritrovano ad essere testimoni superflui, sopravvissuti trascurabili. Questo è insostenibile: essere ancora una volta dei sopravvissuti ingombranti e inutili. Allora: testimoniare cura solo se fa comunità e la comunità a venire è affare nostro, la siamo o non la siamo. Siamo noi i garanti del suo senso. Giorgio Agamben in *Quel che resta di Auschwitz* lo scrive a chiare lettere: la testimonianza è una trama o non è nulla, testimoniare è comporre una trama relazionale e politica in cui strategie di desoggettivazione sono riconosciute e testimoniate dalla voce di soggetti altri, una rete in cui il silenzio dell’indicibile si riscatta in chi l’ascolta, prova ad accoglierlo, a balbettarlo. Vediamo in questa trama il punto focale del riconoscimento di identità violate e della loro possibile resistenza alla riduzione categoriale passata e attuale. Lavoriamo, in questo senso, per restituire alle vittime di tortura lo spessore del loro corpo-casa-mondo

nel paese di accoglienza, il nostro, incidendo sulla realtà che viviamo.

## **Bibliografia**

Acat France, <http://www.acatfrance.fr/>

Agamben, G. (1998): *Quel che resta di Auschwitz. L'archivio e il testimone*, Bollati Boringhieri, Torino.

Amati, S. (1977): *Qualche riflessione sulla tortura per introdurre una discussione psicanalitica*, in "Rivista di Psicanalisi", XXIII, n.3.

Amnesty International (1990): *Medicins tortoinnares, Medicins resistants*, Paris.

Amnesty International (2000): *La tortura nel mondo*, grafica Vadese, S. Angelo in Vado (Pu).

Amnesty International - Coordinamento Medici della sezione italiana (1994): *Medici e tortura, sette storie di oggi*, Il pensiero scientifico, Roma.

Ass.Umanitaria Medici contro la tortura (2002): *Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni*, Pensiero Scientifico, Roma.

Ass.Umanitaria Medici contro la tortura (2000): *Il tempo delle vittime*, in *Contro le nuove guerre. Scienziati e scienziate contro la guerra*, Odradek, Roma.

Benasayag, M. (1981): *Malgré tout. Contes a voix basse des prisons argentines*, F. Maspero, Paris.

Benasayag, M. (1986): *Utopie et liberté. Les droits de l'homme: une ideologie?* Gallimard, Paris.

Benasayag, M. (2001): *Parcours. Engagement et résistance. Une vie*, Calmann-Lévy, Paris.



Bettelheim, B. (1981): *Surviving and other Essays*, A.A Knopf, New York 1979; tr. it. *Sopravvivere*, Feltrinelli, Milano.

Derrida, J. (2000): *De l'hospitalité*, Calmann-Lévy 1997 ; trad.it. *Sull'ospitalità*, Baldini & Castoldi, Milano.

Derrida, J., *Adieu à Emmanuel Lévinas*, Galilée, Paris 1997; trad.it. *Addio a Emmanuel Lévinas*, Jaka book, Milano 1998.

IRCT Copenhagen (1992): *Psychotherapy with torture survivors*, Dyva Bogtrik.

Losi, N. (2000): *Vite altrove*, Feltrinelli, Milano.

Scarry, H., *The body in pain. The making and unmaking of the world*, New York, Oxford University Press 1985; trad.it *La sofferenza del corpo*, il Mulino, Bologna 1990.

Sironi, F. (2001): *Bourreaux et victims. Psychologie de la torture*, Odile Jacob, 1999; trad.it. *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano.

Zerbino, E. (2000): *L'esperienza clinica delle vittime di tortura*, in *Rivista medica*, Vol.6, n.3.

## **8. L'accompagnamento delle donne vittime di violenza e tortura**

*di Giorgia Rocca*

Le donne assistite presso l'ambulatorio SaMiFo da parte dell'unità vittime di tortura, sono per la maggior parte provenienti dall'Africa nera occidentale, per spiegare il motivo di questa situazione mi permetto di fare una piccola digressione su quali siano i paesi principali da cui arrivano i richiedenti protezione internazionale in Italia, e quali i differenti percorsi da loro effettuati prima di arrivare al nostro ambulatorio.

La località di arrivo in Italia e la modalità di viaggio dipendono dal luogo di partenza: i migranti forzati provenienti dal Corno d'Africa (Eritrea, Etiopia e Somalia) arrivano generalmente a Lampedusa dopo viaggi pericolosi (per molti purtroppo mortali) attraverso il deserto e poi dalla Libia su barche di fortuna attraverso il Mediterraneo; lo stesso si può dire degli uomini (perchè arrivano quasi esclusivamente uomini) provenienti dall'Afghanistan: lunghi percorsi a piedi o attaccati ad un camion, tratti di mare ed attraverso territori ostili; quelli provenienti dall'Africa nera occidentale (Benin, Burkina Faso, Camerun, Costa d'Avorio, Ghana, Guinea, Mali, Nigeria, Senegal, Togo) arrivano il più delle volte all'aeroporto di Fiumicino direttamente dai paesi di transito limitrofi a quello d'origine. Il trauma del viaggio varia molto a seconda del paese di provenienza.

Coloro che viaggiano per mare e che sono obbligati a sbarcare a Lampedusa o entrano in Italia in altri punti della frontiera, generalmente arrivano a Roma e al nostro ambulatorio già in possesso di un permesso di soggiorno (per protezione internazionale, sussidiaria o umanitaria), e comunque dopo un lasso di tempo che può variare dai tre agli otto

mesi dall'arrivo in Italia, con bisogni ed esigenze dal punto di vista della salute forse non molto diverse rispetto a chi arriva direttamente a Roma dall'Africa, ma certamente diverse sono le loro aspettative e le priorità. Dopo il calvario vissuto si ritrovano in situazioni di estrema precarietà, senza alloggio se non per poco tempo, o in case occupate, con scarse competenze linguistiche acquisite nei mesi precedenti, come unici punti di riferimento le voci di coloro che sono arrivati prima e che raccomandano di partire per il nord perché qui non c'è lavoro.

Per i primi il trauma precedente al viaggio, subito durante le varie fasi del viaggio e poi dopo all'arrivo in Italia sono stratificati e sovrapposti e dato il tempo intercorso dall'arrivo in Italia ed il successivo trasferimento a Roma i segni delle violenze e dei maltrattamenti subiti a volte non sono più utili ai fini di una certificazione medico-legale per la Commissione poiché questa è già avvenuta. Generalmente i pazienti che hanno già un permesso di soggiorno hanno fretta di trovare un lavoro e passano sopra ai loro problemi fisici o psicologici a meno che questi non siano realmente invalidanti, rimandandone la cura a tempi migliori.

Per i secondi invece, l'urgenza è curare il più velocemente possibile gli effetti che una detenzione prolungata in prigione o in un campo di prigionia, o una separazione violenta dai loro familiari hanno avuto sul loro corpo e le loro menti.

Per questo motivo, oltre probabilmente a differenti abitudini culturali ed a differenti gradi di somiglianza tra la loro e questa nuova realtà, le richieste che ci vengono fatte dagli uni e dagli altri sono diverse: chi deve ancora fare l'esame presso la Commissione è giocoforza obbligato ad aspettare ed a prepararsi ad affrontarla seguendo le cure ed i consigli dei medici, chi invece è già in possesso del permesso di soggiorno si accontenta di arrivare ad una mediocre condizione di salute psicofisica pur di poter lavorare il più presto possibile ed aiutare la propria famiglia a casa.

Dopo anni di esperienza posso dire che dal punto di vista della cura di sé la risposta positiva della Commissione è spesso per i migranti forzati lo spartiacque tra fruttuosa impotenza e forzata intraprendenza.

## 8.1 Le condizioni dell'accoglienza

Per una serie di inspiegabili motivi ai richiedenti asilo è interdetto per legge il lavoro - a meno che non siano trascorsi già sei mesi dal momento della richiesta d'asilo - l'alloggio nei centri di accoglienza del circuito USI (Ufficio Speciale Immigrazione ossia del Comune di Roma) è di sei mesi (a volte prolungato di altri sei mesi) e nella maggior parte dei casi è solo notturno, non ci sono centri diurni, le uniche attività formative concesse e presenti sul territorio sono corsi di italiano (raramente di informatica o assistente familiare ma sempre in italiano) offerti da alcune associazioni, ai richiedenti non è riconosciuta nessuna forma di sussidio e per mangiare possono fare riferimento esclusivamente alle mense di Caritas, Centro Astalli o altre associazioni e ad uno o due pasti al giorno forniti dal centro di accoglienza in cui dormono.

Sfortunatamente i tempi della procedura d'asilo a Roma si sono nuovamente allungati fino ad un anno di attesa e questo rende insufficienti i sei mesi di alloggio nel centro di accoglienza.

Esistono prevalentemente centri di accoglienza per uomini, alcuni centri per donne e donne con bambini, pochissimi per famiglie. Gli uomini richiedenti asilo che arrivano a Roma, dal momento della richiesta di alloggio all'effettivo ingresso in un centro di accoglienza possono aspettare anche un mese o un mese e mezzo (al marzo 2009 si è arrivati a 3 mesi di attesa), che generalmente trascorrono dormendo per strada nei pressi delle stazioni o nei parchi non recintati, con conseguenti problemi di salute che aggravano il quadro di salute iniziale.

I centri d'accoglienza per famiglie o donne con bambini non sono tenuti a fornire né alimenti né pannolini ai lattanti o ai bambini in corso di svezzamento anche se poi le associazioni cercano soluzioni per ovviare alla mancanza (sic).

Le donne nella maggior parte dei casi vengono ospitate in centri d'accoglienza (apertura h24 o dalle 18 alle 9) sin dal loro arrivo, orientate per l'assistenza legale verso i centri d'ascolto di associazioni come Centro Astalli o Caritas, informate sull'iter burocratico da seguire per la procedura d'asilo ed inviate al Samifo per l'iscrizione al SSN.

## 8.2 Il percorso di cura e l'assistenza integrata

Le donne richiedenti asilo che accedono al nostro servizio ci vengono segnalate in quanto vittime di stupro da parte di soldati o ribelli nella maggior parte dei casi, ma in molti casi anche a causa di matrimonio forzato (riconosciuto anch'esso come facente parte dei casi per cui è concessa la protezione internazionale). Le donne che assistiamo provengono da paesi in cui sono in corso conflitti politici o etnici, carestie, gravi crisi economiche e arrivano in Europa a seguito di viaggi interminabili e pericolosi dopo periodi di detenzione durante i quali subiscono torture e violenze sessuali sistematiche, separate bruscamente dai loro affetti, spesso senza notizie dei figli e delle loro famiglie, precipitate in una realtà nuova e spesso ostile, ed è ovvio che le loro prime necessità sono quelle di sentirsi al sicuro, di essere curate per le conseguenze delle violenze e di essere orientate e guidate nel loro inserimento nel paese di accoglienza.

Generalmente le richiedenti asilo che seguiamo sono in Italia da poco, meno di un mese, e la possibilità di cominciare immediatamente dopo l'arrivo il ciclo di visite ed accertamenti medici ha certamente l'obiettivo di curare la persona ma anche quello di individuare segni fisici delle eventuali violenze e delle torture subite nei paesi di provenienza prima che scompaiano e quindi avere del materiale che permetta una certificazione tempestiva ed utile ai fini del risultato della Commissione.

Per rendere possibile il raggiungimento di entrambi gli scopi il lavoro dell'équipe è modulato sia sui bisogni di ogni paziente che sui tempi della procedura d'asilo, ma si può dare uno schema di massima che cerchiamo di rispettare se possibile.

Ogni incontro con i medici viene effettuato con l'ausilio di un mediatore interculturale o un interprete. Quando è possibile, per ogni paziente si cerca di mantenere sempre lo stesso mediatore per dare continuità all'assistenza, in particolare per le persone le cui situazioni sono più delicate e vanno seguite con maggiore attenzione. Inoltre si ritiene opportuno per alcune specialistiche, ad esempio per la ginecologia, che il mediatore ed anche il medico siano dello stesso genere del paziente; si è scelta questa modalità per rispettare le volontà delle tante pazienti che nel tempo hanno fatto esplicita richiesta che il curante non sia un uomo.

Il percorso di cura comincia nel momento in cui al primo accesso all'ambulatorio il/la paziente effettua l'iscrizione al SSN e l'esenzione dal ticket sanitario (poiché ai richiedenti asilo sono interdette le attività lavorative e sono dunque privi di reddito)

1. Prima visita con il medico di base (durante la prima visita e finché il/la paziente non è in grado di utilizzare adeguatamente la lingua italiana le visite avvengono sempre con l'ausilio di un mediatore o interprete nella lingua madre o in quella veicolare):

Soluzione dei problemi di salute più urgenti

- Analisi di sangue ed urine (importante screening per HIV, epatiti e sifilide; controllo BHCG per poter affrontare tempestivamente i problemi connessi ad una eventuale gravidanza post- violenza);
  - invio per esami ecografici o radiografici;
  - invio agli specialisti.
2. Colloquio con la psicologa.
  3. Visita ginecologica.
  4. Eventuale invio allo psichiatra.
  5. Altre visite o esami.
  6. Visita medico-legale.

Come si può vedere dallo schema proposto, a meno di eccezioni derivanti dai tempi della procedura d'asilo, la visita medico-legale è l'ultimo passaggio del percorso di cura delle persone vittime di tortura; ogni operatore sanitario ed ogni membro dell'equipe lavorano infatti sia allo scopo di curare la persona, sia allo scopo di raccogliere tutte le informazioni sullo stato di salute del paziente in modo da consegnarle poi al medico-legale per la stesura di una certificazione medico-legale che sia il più possibile completa.

### 8.3 Il controllo ginecologico

Dall'apertura del Samifo avvenuta nel Gennaio 2007 ad oggi abbiamo assistito circa 1900 persone. Nel 2008 il numero totale delle persone prese in carico dal servizio è di 980 , di cui 816 uomini e 164 donne. Come potete vedere le donne rappresentano circa il 17% dei nostri pazienti.

Il numero delle donne richiedenti asilo è molto inferiore a quello degli uomini per vari motivi: il viaggio per arrivare in Europa è pericoloso soprattutto da paesi come l’Afghanistan o dai paesi del Corno d’Africa; inoltre le donne sono più legate alla famiglia, difficilmente una madre riesce ad abbandonare i propri figli, e per quanto riguarda l’attività politica, in molti paesi la condizione stessa della donna è di reclusione e mancanza di libertà di espressione. Laddove però le donne partecipano attivamente alla vita politica, alle manifestazioni di protesta oppure sono parenti di uomini che fanno queste stesse attività, esse sono più visibili e sono ancora di più oggetto di detenzioni illegali o sequestri intimidatori o saccheggi nelle loro case durante i quali subiscono violenze di tutti i tipi.

La decisione di aprire un servizio di ginecologia è nata dalla considerazione dei fatti: la violenza sessuale nei confronti delle donne è una pratica costante all’interno dei centri di detenzione dei paesi da cui provengono, è un’arma che viene usata scientemente durante i conflitti etnici. In caso di conflitto armato la violenza sulle donne (ed anche su bambine e bambini) è una pratica storicamente sempre presente, tutte le forme di violenza vi compaiono: stupri collettivi commessi sotto gli occhi delle famiglie, stupri perpetrati dai militari nelle carceri, nonché stupri “legali” commessi dai mariti che le hanno sposate con la forza.

Le donne che accedono ai servizi del SaMiFo provengono da paesi in cui sono in atto guerre civili e persecuzioni ai danni dei civili: tutte sono state vittime di violenza e tortura, alcune hanno subito anche delle mutilazioni. Dai molti casi esperiti possiamo affermare che gli stupri non sono una conseguenza della guerra, bensì un’arma utilizzata al fine di terrorizzare gli oppositori ad un regime, di sradicare dal gruppo etnico i simboli che la femminilità e le donne rappresentano per il popolo a cui appartengono.

Le donne vengono utilizzate come intermediarie di un messaggio di distruzione, non solo quindi vengono degradate come persone, ma si vuole annientare tramite loro la dignità della comunità a cui appartengono. Le donne vittime di stupro vivono un’umiliazione che si ripercuote sulla comunità che non ha potuto proteggerle e per questo motivo la comunità stessa spesso le rifiuta. Molte donne che sono seguite dal nostro centro di assistenza, dopo le violenze sono anche state ripudiate dal marito, dal loro compagno o dalla famiglia, subendo così un altro terri-

bile ed ingiusto atto di violenza, oppure nel timore di essere allontanate hanno vissuto in silenzio il dramma del ricordo degli abusi, portando sulle spalle tutte le conseguenze di questi orribili atti.

La donna è ovunque l'incarnazione di determinati valori, non solo è madre, sposa o sorella ma è anche simbolo della terra che genera, della patria. Distruggendo lei si distruggono questi valori, si annienta la cultura di cui loro sono il più solido e sacro riferimento, si distrugge la struttura stessa della famiglia.

Una risoluzione del Parlamento Europeo del 1996 riconosce la violenza sessuale come forma di tortura, dato l'utilizzo dello stupro come arma di guerra e data la tradizione culturale di alcuni paesi che implicano la persecuzione fondata sul sesso; per questo molti paesi occidentali riconoscono lo status di rifugiato alle donne vittime di persecuzioni sessuali quali la mutilazione dei genitali, il matrimonio forzato, l'aborto forzato, l'omicidio d'onore o la violenza domestica.

L'appartenenza al genere femminile viene valutata dunque come possibile motivo di persecuzione.

L'impatto che la violenza sessuale ha sulle vittime dà conseguenze devastanti sia dal punto di vista fisico che da quello emotivo e psicologico: amenorrea, incubi, paura del contatto fisico, continue malattie e frigidità sono i sintomi più comuni della loro sofferenza morale.

Il servizio di ginecologia del SaMiFo è stato aperto nel settembre 2007 grazie ad un protocollo di intesa tra la ASL RM A e Centro Astalli ed è giunto alla sua sede definitiva di via Luzzatti 8 nel gennaio 2009. Da quando la collaborazione si è formalizzata, è stato possibile offrire alle donne richiedenti protezione internazionale una assistenza più tarata sul loro bisogno ed integrata attualmente tra medicina di base, psicologia, psichiatria, e ginecologia.

Il mio lavoro consiste nel seguire la donna dal momento in cui essa stessa ne fa richiesta oppure mi viene segnalata da un operatore legale o dal medico di base in seguito alla dichiarazione della donna di aver subito violenze o maltrattamenti. Quando questo avviene alla richiedente asilo viene proposto un colloquio con la psicologa, colloquio al quale partecipo come mediatrice e sono io stessa nel giro di pochi giorni ad accompagnare la signora al consultorio per la visita ginecologica. L'appuntamento per il videat ginecologico non è mai più lontano di una settimana poiché è stato predisposto uno spazio fisso settimanale per le



donne che si rivolgono al nostro ambulatorio.

Fino alla fine di dicembre 2008 le donne che sono state accompagnate al consultorio sono 64, tutte vittime di violenza sessuale per un totale di 130 visite ginecologiche; ogni paziente dopo la prima visita effettua almeno una visita di controllo. Le donne che finora abbiamo assistito provengono da 13 paesi del continente africano e tra di esse il 10 % circa presentano esiti di mutilazioni dei genitali.

Esse presentano differenti affezioni: da modesti sintomi riferibili a forme infiammatorie locali facilmente risolvibili con i mezzi adatti (micosi, infezioni da chlamydia, condilomatosi florida), ad altre più complesse che necessitano di più approfonditi accertamenti clinico strumentali (9 casi di miomi endocavitari , tre casi di metrorragia, un caso di idrosalpinge bilaterale da probabile annesite batterica, 5 casi di utero con miomi multipli, tutti problemi in cui era necessario un esame ecografico, un'isteroscopia diagnostica o operativa, o un intervento chirurgico più complesso)

Per queste ragioni e per rispondere adeguatamente alla loro richiesta di salute è stato finalmente attivato nel gennaio 2009 anche il servizio di ecografia sempre all'interno dello stesso poliambulatorio. La ginecologa che effettua le ecografie è la stessa che le ha in cura, ed i tempi di attesa attualmente sono al massimo di due settimane.

Da quando è stata inserita la ginecologia tra le specialistiche interne al SaMiFo stiamo progressivamente creando una rete operativa che renda possibili i ricoveri programmati per le pazienti che necessitano interventi quali miomectomia o fibromectomia, che hanno rilevante incidenza tra le nostre assistite.

## 8.4 Linee guida per l'accompagnamento

Al primo accesso all'ambulatorio le donne vengono iscritte al SSN ed informate dei loro diritti (alla salute, alla privacy) dai mediatori culturali. La visita con il medico di base è un momento molto importante, è nella maggior parte dei casi il primo controllo medico che esse fanno dopo il calvario vissuto ed è utile all'equipe per pianificare visite specialistiche ed esami.

Il medico di base propone ad ognuna di loro di effettuare un check-

up di base: analisi di sangue ed urine. Tra le analisi che si effettuano è molto importante lo screening per le malattie infettive: HIV, epatiti, sifilide ed altrettanto importante è il BHCG per verificare se siano o meno in gravidanza a causa dello stupro.

La visita ginecologica preferibilmente viene effettuata una volta ritirati i risultati delle analisi di sangue ed urine, ma spesso è necessario anticiparla a causa delle conseguenze fisiche delle violenze. Le patologie a carico dei genitali dopo violenze ripetute sono persistenti e le donne hanno chiaramente bisogno di risolverli ed anche di conoscere al più spesso quali siano le loro condizioni di salute, di sapere che lo stupro non ha lasciato danni permanenti.

Bisogna tenere presente che molte donne non hanno mai effettuato una visita ginecologica nella loro vita né hanno mai fatto un prelievo di sangue, per questo è molto importante prepararle informandole su quello che accadrà.

L'invasività della visita ginecologica può rendere le visite stesse dei momenti traumatici al punto che alcune pazienti rivivono il terrore delle violenze subite. È necessario quindi adattare il contesto di cura alle esigenze delle pazienti e renderlo il più possibile accogliente e controllabile da parte loro.

La mediatrice che accompagna alla visita oltre a tradurre domande e risposte, spiega anticipatamente ogni manovra del medico per ridurre l'ansia della paziente dandole informazioni su quello che accadrà. Ogni azione del medico viene anticipata dalla sua descrizione nella lingua madre o in una lingua veicolare in modo da preparare le pazienti alle sensazioni che proveranno; di ogni azione viene spiegato il fine terapeutico per permettere loro di comprenderne la necessità e di affidarsi all'équipe senza paura.

È molto utile spiegare quanto sia importante fare dei controlli periodici per verificare lo stato di salute dei genitali, e fare un'introduzione su quali siano le prassi di prevenzione e gli esami da effettuare ogni anno. È importante che sentano di avere il controllo del loro corpo e che possano decidere fino all'ultimo se si sentono pronte ad essere visitate ed a fare il Pap-test.

Nel caso in cui il medico prescriva dei farmaci bisogna accertarsi che le pazienti capiscano come vanno usati, in quali dosi e per quanti giorni, per evitare gli errori nella loro somministrazione. (ad esempio: che le

supposte non vengano ingerite, che gli ovuli vaginali non vengano usati come supposte, che non si deve abusare dei farmaci né seguire con discontinuità le terapie)

Per questo motivo è molto importante che le pazienti siano in possesso dei riferimenti telefonici del centro di assistenza e (possibilmente) di quello del mediatore di riferimento, in modo da evitare equivoci sulla farmacoterapia ed avere consigli ed orientamento.

## 8.5 La visita ginecologica ed il racconto

Il SaMiFo è una struttura in cui pubblico servizio e privato sociale lavorano sinergicamente, il Centro Astalli da parte sua è un'associazione che ha una complessa struttura di servizi dedicati a richiedenti asilo e rifugiati (RAR): quello con cui l'ambulatorio collabora più attivamente è il centro d'ascolto legale, dove i RAR accedono sia per il disbrigo di alcune pratiche necessarie all'inserimento sul territorio romano – come ad esempio l'assegnazione del domicilio fittizio in via degli Astalli, necessario per il rilascio del permesso di soggiorno, del codice fiscale e della tessera sanitaria – sia per essere introdotti e preparati alla procedura di richiesta di protezione o per il ricorso in caso di diniego della richiesta in prima istanza.

Il Centro d'Ascolto si occupa anche della raccolta del racconto della storia da parte del richiedente asilo, e l'operatore che redige la storia, nel caso in cui il dichiarante abbia subito violenze o torture segnala la persona alla psicologa ed invia una copia della storia all'ambulatorio per dare inizio al percorso di cura.

Questa prassi è motivata dal fatto che il contesto di cura è spesso quello in cui i pazienti si sentono in dovere di esporre i motivi dei loro problemi fisici o psicologici, il medico diventa quindi un confidente per il paziente, sempre che il setting sia concepito come accogliente e privo di stimoli stressanti e sia quindi adeguato al racconto.

Le persone che hanno un vissuto di trauma e violenze, secondo l'esperienza dell'ambulatorio, nei primi mesi dopo l'arrivo effettuano un numero consistente di visite sia con il medico di base che con altri specialisti: in ogni visita sarebbe quindi necessario esporre almeno a grandi linee

quali sono le cause del disturbo lamentato, il paziente sarebbe tenuto a ripetere spesso il racconto doloroso dei mesi precedenti alla partenza dal proprio paese.

Per evitare loro questo stress sia agli specialisti dell'ambulatorio che a quelli delle strutture esterne viene presentata una storia scritta riguardante il paziente, redatta con un operatore legale del centro d'ascolto del Centro Astalli, ma solo previa autorizzazione del paziente.

Nella nostra esperienza all'interno del servizio di ginecologia, il racconto dell'abuso subito avviene spesso poiché nella quasi totalità dei casi la paziente chiede di effettuare una visita ginecologica per risolvere dei problemi ad esso conseguenti.

È sempre un racconto doloroso, in cui la paziente cerca comprensione in coloro che l'assistono provando anche vergogna per l'accaduto, ma rispetto ad altri contesti, quali le visite con il medico di base o i colloqui con gli operatori legali o gli psichiatri, lo spazio della visita ginecologica è quello dedicato espressamente alla cura dei sintomi dovuti alla violenza sessuale, ed all'accoglimento delle richieste di salute di donne che vogliono percepirsi nuovamente integre e sane, sapere di essere ancora fertili e che hanno bisogno riappropriarsi del loro corpo estraniato dallo stupro.

All'inizio di dicembre 2009, ha chiesto di essere ricevuta per un controllo ginecologico una ragazza di 19 anni proveniente dalla RDC, di lei sapevamo soltanto che lamentava dei dolori pelvici e che era arrivata in Italia da due settimane. Né il medico di base che l'aveva visitata, né l'operatore legale con cui aveva fatto il colloquio sapevano con precisione quale fosse la sua storia e questo è comprensibile poiché, precipitata in questo mondo sconosciuto e del tutto nuovo, A. non si sentiva ancora pronta ad affidare la sua storia a qualcuno che aveva appena conosciuto.

Il giorno della visita ginecologica, quando A. si è presentata e prima che la visita cominciasse ho notato che era molto tesa e dolorante. Mi sono presentata dicendole che se era d'accordo l'avrei assistita durante la visita ginecologica e avrei fatto da interprete, lei ha accettato, dopodiché le ho chiesto il motivo della sua tensione, mi ha risposto che era la prima volta che faceva una visita ginecologica in vita sua e che era spaventata, d'altro canto aveva dei forti dolori pelvici di cui soffriva da almeno tre

mesi e che negli ultimi tempi si erano fatti più forti.

Per tranquillizzarla le ho spiegato in cosa consiste una visita ginecologica e che se avesse voluto la dottoressa avrebbe eseguito un Pap-test. Lei era preoccupata che la visita o il Pap-test potessero essere dolorosi, ma più di tutto era ansiosa di curare i dolori che la affliggevano da molto tempo e di sapere che i suoi problemi ginecologici non fossero causati da danni permanenti ma che fossero risolvibili; ha anche accennato al fatto che vorrebbe poter avere dei figli in futuro. Le ho detto che era molto importante che facesse tutte le domande che voleva alla dottoressa poichè si tratta della sua salute, e che quindi ogni volta che fa una visita deve essere sicura di aver capito i consigli del medico, le ho detto inoltre che ha il diritto di interrompere la visita e di rifiutare di fare il Pap-test se è troppo impaurita o si sente a disagio.

Quando siamo entrate nella sala visita e ci siamo accomodate ho presentato ad A. la dottoressa e la dottoressa le ha chiesto se voleva rispondere a delle domande necessarie per capire quali fossero le sue condizioni di salute attuali, A. ha accettato ed ha risposto alle domande che le venivano poste.

La visita è il momento in cui la ginecologa può prendere nota di eventuali cicatrici sui genitali o in regioni vicine, è molto utile che nel caso in cui siano presenti cicatrici queste siano certificate poichè il medico-legale può utilizzare il certificato della ginecologa per redigere una relazione che comprenda gli esiti delle violenze sessuali subite dalla paziente.

Nel caso di A., erano presenti alcune cicatrici su entrambe le cosce ed in prossimità dei genitali, a causa di queste cicatrici la dottoressa ha chiesto ad A. come se le fosse procurate e lei, pur essendo molto ritrosa su questo punto, ha detto che credeva di essere stata violentata.

Durante la visita mi posiziono accanto alla paziente per poterla tranquillizzare e per spiegarle cosa la dottoressa sta per fare e quale sia l'utilità della manovra in questione; nel caso di A. ero appunto al suo fianco mentre la ginecologa la visitava ed A. prima di decidere di rispondere mi ha guardato negli occhi e stringendomi la mano ha espresso quello che le era successo.

Credo che un contatto rassicurante sia molto importante per chiunque abbia subito maltrattamenti e torture, anche se in certe occasioni è un tipo di comunicazione che deve trovare spazio dopo che si sia instaurata una relazione di fiducia, e che è più importante ancora quando è la pa-

ziente stessa che lo cerca.

A causa dei forti dolori che A. sentiva è stato consigliato un ricovero in una struttura ospedaliera, cosa che è avvenuta ed ha molto tranquillizzato la ragazza poiché si è sentita realmente presa in carico ed ha potuto risolvere i problemi per cui aveva richiesto la visita ginecologica e che derivavano dallo stupro subito.

L'ammissione di aver subito una violenza sessuale non è stata facile, ma A. è comunque riuscita a superare le sue resistenze perché voleva a tutti i costi tornare a star bene, e ha valutato che la sua salute dipendeva dalla soluzione dei problemi causati dai traumi riportati e che ritornare in salute le permetterà di avere una famiglia e dei figli.

In seguito alla visita ginecologica A. ha proseguito con il suo percorso di cure e con la procedura d'asilo; la comunicazione della violenza subita non è stata data né agli altri medici né all'operatore legale che la segue poiché A. in principio non voleva. Dopo qualche settimana è stata lei stessa a parlarne poiché l'abbiamo informata dell'importanza di dichiarare ciò che le è successo ai fini della protezione internazionale che lei ha richiesto.

Come lei anche altre pazienti dell'ambulatorio di ginecologia vivono la prima visita come l'approdo ad uno spazio di cura nel quale sono accolte in quanto donne e madri o future madri, ed il cui obiettivo è di aiutarle a riappropriarsi progressivamente della propria femminilità e di dar loro un punto di riferimento costante e delle risposte tempestive.

## 9. L'assistenza psicologica

*di Klaudia Jeger*

Da circa sei anni collaboro presso il Centro Astalli (associazione del Jesuit Refugee Service volta ad offrire servizi di prima accoglienza ai migranti forzati, ai richiedenti asilo politico, ai rifugiati politici e alle persone che beneficiano della protezione umanitaria) e da circa due anni presso il “SaMiFo” – Salute Migranti Forzati nell’assistere le persone che hanno subito i maltrattamenti e le torture.

La mia attività di psicologa è incentrata nella fase di prima accoglienza ai migranti forzati, che si traduce nello svolgimento del primo colloquio di orientamento con persone straniere, che si trovano in Italia da poco tempo, a volte appena arrivate. I paesi da cui provengono sono: Afghanistan, Benin, Burkina Faso, Camerun, Colombia, Congo, Costa D’Avorio, Eritrea, Etiopia, Guinea, Iran, Iraq, Togo e Turchia. Ogni anno, accompagnata dai mediatori linguistici e interpreti, svolgo circa 600 colloqui di orientamento e di sostegno. La presenza delle donne e dei bambini riguarda circa il 20% delle persone assistite.

Questa fase del lavoro è delicata in quanto mi richiede di fornire le prime informazioni necessarie riguardanti le modalità di assistenza alle persone, che molto spesso versano in condizioni di salute piuttosto gravi e che manifestano forte sospettosità nei confronti degli operatori che li assistono.

Tali colloqui, da una parte hanno lo scopo di fornire le informazioni necessarie riguardo la situazione legale nella quale si trovano le persone interessate e, dall’altra di valutare lo stato di salute psico-fisico al mo-

mento del colloquio. Molte delle suddette persone sono riuscite a fuggire da condizioni di detenzione e di maltrattamenti non avendo alcuna informazione delle sorti delle loro famiglie. Di frequente mi confronto con un quadro clinico di profonda sofferenza psicologica e in tale contesto cerco di dare alle persone assistite un contenimento emotivo. Ciò che ho visto molto importante e curativo è il fatto che con i sopravvissuti ai traumi prolungati o ripetuti è particolarmente importante dare il nome al disturbo a malessere e spiegare la “funzionalità” dei sintomi presenti. I sintomi, a volte, possono essere un modo simbolico di mantenersi fedeli ad una persona perduta e possono essere un sostituto del lutto o un’espressione di un senso di colpa irrisolto. Nei casi in cui valuto e ritengo che lo stato fisico o psichico della persona sia compromesso e richieda una consulenza specialistica ho la possibilità di avvalermi delle competenze dei medici che collaborano con l’associazione. La valutazione dello stato di salute viene effettuata con attenzione da parte di un medico internista. La maggior parte dei colloqui, vista la non conoscenza della lingua italiana da parte degli utenti del servizio, si svolge con la presenza di un mediatore linguistico-culturale, per assicurare la possibilità di comunicare, ma anche per poter comprendere gli aspetti culturali dei pazienti. La mia attività lavorativa si inquadra in un’attività d’équipe che contempla anche le mansioni di centro di orientamento e di consulenza legale.

Il contesto in cui svolgo tale attività e il contenuto dei colloqui hanno il carattere di interventi appartenenti all’area della psicologia di emergenza e in particolare allo stato di emergenza psicologica inteso come un momento di perturbazione dell’equilibrio psicologico ed emotivo di una persona dovuto ad una o più circostanze scatenanti, tale da richiedere la mobilitazione delle risorse e di strategie di adattamento psicologico “nuove” (M. Giannantonio, 2003).

Le attività che svolgo consistono prevalentemente in colloqui di sostegno e, in alcuni casi, incontri di counselling con migranti forzati maggiorenni. Gli incontri si svolgono presso locali all’interno del poliambulatorio. Dal punto di vista clinico la maggior parte dei pazienti con i quali lavoro riporta evidenti segni di maltrattamenti subiti durante periodi di prigionia o di fughe evidenziando così sintomi tipici che seguono l’esposizione ad un fattore traumatico estremo come la tortura. I disturbi più comuni sono la conseguenza diretta di torture e traumi da guerra. I traumi



possono sorgere tuttavia anche durante il periodo di migrazione, ossia durante il viaggio dal paese da cui fuggono al paese di accoglienza. Tali sintomi sono riconducibili ai disturbi d'ansia (Disturbo Post Traumatico da Stress PTSD nella sua fase acuta oppure prolungata, Disturbo Acuto da Stress), disturbi dissociativi (Amnesia Dissociativa, Disturbo di Depersonalizzazione). Nelle persone che sono presenti in Italia da più tempo (circa un anno) si riscontrano sovente i disturbi dell'umore (Disturbo Depressivo Maggiore). In questi casi ho la possibilità di richiedere consulenze psichiatriche alle quali posso assistere.

In comune accordo con gli psichiatri seguo alcuni pazienti nei percorsi di consulenza psicologica breve. Dedico particolare attenzione alle donne, che oltre ad essere vittime di violenze, vivono il trauma dell'interruzione involontaria e brusca della condizione di maternità a causa della loro fuga dal paese di provenienza. L'obbiettivo del lavoro concordato con le pazienti riguarda spesso da una parte l'elaborazione del lutto dovuto alle violenze sessuali subite ed alle gravidanze che ne seguono, alle morti dei familiari e all'abbandono forzato dei figli ("la sindrome da sopravvissuto") e dall'altra la ricerca del significato della richiesta di asilo in quanto strumento necessario per un futuro ricongiungimento con i familiari. I tempi del percorso di assistenza e di consulenze psicologiche possono essere dettati in parte dalle scadenze della procedura della richiesta di asilo politico (le persone in pochi giorni possono essere trasferite nei centri collocati in diverse città italiane per seguire l'iter burocratico).

Nel processo della "presa in carico" di un paziente vittima di tortura collaboro con i medici di base in quanto è importante per il modo in cui assisto le persone conoscere gli aspetti fisiologici e fisici che contribuiscono al malessere del paziente.

Lo scambio con il medico legale delle informazioni, dei dubbi e delle osservazioni riguardanti il paziente da noi seguito è un passaggio importante prima della stesura del certificato che sarà inviato alla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato.

Per le vittime di tortura è operativo un progetto specifico all'interno del quale sono previste le riunioni d'équipe, alle quali partecipano gli operatori che ne fanno parte (medici di base, medici specialisti che collaborano con il centro, psicologa, operatori sociali, interpreti e mediatori linguistico-culturali), e le supervisioni cliniche, durante le quali vengono presi in visione alcuni casi clinici particolarmente complessi e difficili.

La complessità e la specificità delle problematiche e delle patologie presentate dai sopravvissuti alla tortura ha condotto l'équipe nella scelta della modalità di assistenza e cura conforme ad un approccio integrato bio-psico-sociale che permette una visione completa dei bisogni del paziente e dà la possibilità di trovare le forme di aiuto più idonee a tali bisogni/necessità.

Le persone che si rivolgono a me fuggono dai propri paesi in cui hanno trovato sofferenza e hanno rischiato la vita. Arrivando in Italia, quindi trovandosi in salvo, devono affrontare le difficoltà legate alla condizione di una persona che cambia paese. Nel caso di queste persone non si tratta però "soltanto" della condizione chiamata con il nome: "stress da transculturazione". La condizione nella quale versano è ben più complessa. Il viaggio stesso che porta le persone in Italia è per loro inaspettato e spesso diventa un trauma di per sé. Lasciare il proprio paese e andare verso la salvezza significa pagare un prezzo: la rottura dei legami familiari (le genitorialità bruscamente interrotta), i sensi di colpa, la sindrome da sopravvissuto, la perdita del ruolo sociale. Trovandosi molto spesso nelle condizioni di profondo malessere psico-fisico e in uno stato di disorientamento devono seguire la procedura della richiesta di asilo politico. Tale procedura è ben scandita dagli appuntamenti (spesso rinviati) con gli operatori appartenenti alle diverse istituzioni durante i quali loro viene chiesto di raccontare la storia personale segnata dai profondi traumi.

### 9.1 Alcune riflessioni sull'assistenza psicologica

La guarigione si basa sulla restaurazione nel sopravvissuto alle violenze del potere e del controllo su di sé e sulla costruzione dei nuovi legami. Il principio di ripristino di un rapporto umano resta centrale in tale processo. La persona logorata e ferita dal punto di vista psicologico ricostruisce le facoltà psichiche danneggiate o deformate dall'esperienza traumatica soltanto entrando in relazione con un'altra persona sperimentando di nuovo la sensazione di fiducia di base, il senso di identità e di competenza. Il primo compito, la condicio sine qua non, è quella di rendere il senso di sicurezza del paziente. Il paziente può iniziare ad acquisire tale senso di sicurezza sentendosi accettato e compreso nella stanza

del terapeuta, costruendo pian piano un rapporto di fiducia reciproca. Il rapporto tra il sopravvissuto e il terapeuta (inteso come una persona che cura), anche se soltanto uno dei rapporti, è per molti aspetti unico. In primis dovrebbe promuovere guarigione o almeno un alleviamento del malessere. In secondo luogo il rapporto tra il terapeuta e il paziente è particolare perché è caratterizzato dall'uso del potere. Il paziente è una persona spesso molto vulnerabile e bisognosa di aiuto che si "sottomette" ad un rapporto non paritario in cui il terapeuta può essere visto e percepito come colui che ha uno status superiore e maggior potere. Il terapeuta ha la responsabilità di usare il potere che gli è stato conferito collaborando con il paziente e soltanto allo scopo di ottenere la sua guarigione. Questa specificazione è di importanza particolare nei confronti dei pazienti che già hanno sofferto e continuano a soffrire a causa dell'esercizio di un potere arbitrario da parte dei persecutori. Il terapeuta diviene l'alleato del paziente mettendo in campo tutte le risorse della propria conoscenza, abilità ed esperienza.

Il desiderio più spesso pronunciato nella stanza di terapia, ma impossibile da realizzare è quello di essere aiutati a dimenticare il passato, cancellarlo in modo che non sia più una fonte di sofferenza e di dolore. Il racconto e la ricostruzione del trauma trasformano realmente il ricordo traumatico in modo che questo possa essere integrato nella storia della vita del paziente. La ricostruzione del trauma richiede coraggio sia al paziente che al terapeuta ed è molto importante che entrambi abbiano chiaro lo scopo per cui al vissuto traumatico viene data parola che viene ascoltata e vissuta. Ricostruire la storia del trauma richiede anche una revisione sistematica del significato dell'evento, sia per il paziente sia per le persone importanti della sua vita. "La vittima è muta davanti al vuoto del male e sperimenta tutta l'insufficienza di ogni sistema di riferimento conosciuto" (M. Giannantonio, 2003 p. 230). I sopravvissuti di ogni età e di ogni cultura arrivano ad un punto del loro racconto in cui tutte le domande si riducono ad una sola: "Perché? Perché proprio a me?". La domanda alla quale è impossibile dare la risposta. La ricostruzione del trauma richiede al paziente che egli si immerga nell'esperienza passata rinchiusa in un tempo congelato e immobile. Il processo della rielaborazione delle perdite fa sì che il ricordo diventi sempre più sbiadito arrivando ad essere solo una parte del passato e non tutto il passato del paziente.

L'alleanza nella terapia e nel processo di ricostruzione del trauma non può essere data per scontata ma deve essere dolorosamente costruita con gli sforzi congiunti da parte del paziente e del terapeuta. Inoltre, la guarigione stessa richiede le fasi di ricordo e di sofferenza. Come nota Lewis Herman (2007) il transfert traumatico dei sopravvissuti non riflette soltanto l'esperienza del terrore ma anche l'esperienza dell'impotenza, entrambi sperimentati dai pazienti durante le sessioni di tortura e poi riportati e riproposti nel setting terapeutico. La memoria dell'esperienza traumatica pervade e condiziona tutte le relazioni successive. E così giocherà la sua parte nella relazione con il terapeuta. La difficoltà nello stare nella relazione con un paziente che ha subito le violenze è legata anche al fatto che fino a che non riceve dimostrazioni certe, il paziente può dubitare che il terapeuta supporterà le sue testimonianze.

La stanza del colloquio è uno spazio speciale e particolare dedicato alla memoria e alle emozioni. In questo spazio che diviene man mano sempre più protetto le vittime di tortura spesso riacquistano la libertà di parlare e, quindi, di ricordare e nello stesso tempo di testimoniare. Il trauma però è contagioso, così il terapeuta ricoprendo il ruolo di testimone può restare emotivamente schiacciato, cioè può anche lui sperimentare (pur sempre in grado minore) lo stesso terrore, la stessa rabbia e lo stesso dolore che appartengono al paziente. Il terapeuta oltre allo sperimentare il trauma vicario si trova di fronte agli stessi turbamenti presentati dal paziente stesso. L'esposizione ripetuta al racconto delle storie di crudeltà per mano degli esseri umani nei confronti degli altri esseri umani mette in discussione la fiducia di base (originaria) del terapeuta, aumentando il suo senso di vulnerabilità personale. In questi momenti è fondamentale che il terapeuta riconosca tale sentimento per poi ricordarsi che lo scopo della terapia non è quello di farsi soffocare dal dolore del paziente sperimentando un senso di impotenza ma quello di riconoscere le capacità e autonomia del paziente creando una relazione comprensiva e protettiva senza diventare paternalistici. Le reazioni emotive del terapeuta possono includere anche quelle che sono insite nel ruolo dello spettatore che non ha subito dei maltrattamenti – senso di colpa del testimone molto vicino dal punto di vista fenomenologico al senso di colpa del sopravvissuto.

La dialettica del trauma sfida continuamente l'equilibrio emotivo del terapeuta. Se il terapeuta non trova gli altri (es. l'équipe di lavoro) che ca-

piscono e sostengono il suo lavoro, sentirà che il suo mondo si restringe fino al punto da diventare autoreferenziale. Mettersi in tale posizione può portare il terapeuta a commettere degli errori senza esserne consapevole. Nello stesso modo in cui nessun sopravvissuto può stare meglio da solo, nessun terapeuta può trattare il trauma da solo. È indispensabile il confronto con altri operatori (medici, psicologi, operatori sociali e legali, mediatori ed interpreti).

Credo che lavorare con le vittime di tortura richieda al terapeuta di assumere una posizione di coinvolgimento morale in cui il terapeuta è chiamato ad essere testimone di un crimine. Esplorando la storia del trauma, il terapeuta fornisce un contesto nello stesso tempo cognitivo, emotivo e morale. L'atteggiamento morale del terapeuta è di enorme importanza in quanto contribuisce alla costruzione di una nuova interpretazione dell'esperienza traumatica che afferma la dignità del sopravvissuto e il rispetto nei suoi confronti.

## 9.2 Una storia

Riteniamo utile riassumere uno dei casi seguiti, corredato della lettera inviata alla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato.

### **Storia di H.**

Incontro H. per la prima volta all'inizio del mese di maggio 2008 in seguito alla segnalazione da parte della operatrice legale che ha incontrato H. nell'aprile 2008. Ha già effettuato la prima visita con il suo medico di base durante la quale ha dichiarato di aver subito dei maltrattamenti. Dalla storia raccontata all'operatrice legale si evince che H. può essere considerata vittima di tortura.

H. si presenta puntualmente all'appuntamento con me. Appare timida ma attenta a ciò che sta succedendo intorno a lei. Il colloquio si svolge con la presenza dell'interprete di lingua francese. Dopo la presentazione del mio ruolo e quello della interprete informiamo H. del segreto professionale, della privacy e del trattamento dei dati personali e delle informazioni che ci rilascerà nel corso del colloquio.

Il passaggio molto difficile durante la raccolta dei dati personali riguarda

la sua famiglia e quella di origine. H. ha lasciato nel paese di provenienza il figlio di appena tre anni del quale non ha più alcuna notizia. Ha affidato suo figlio a un'amica, ma sa che ciò non costituisce una sicurezza vista la situazione nel paese di provenienza. H. si sente in colpa per "aver abbandonato il figlio". Lei stessa sa bene che cosa vuol dire essere abbandonati perché anche lei, a sua volta, è stata abbandonata prima dalla famiglia d'origine quando ha deciso di stare affianco ad un uomo che non piaceva ai genitori e poi, quando quest'ultimo è stato ucciso.

Nonostante il profondo desiderio di avere le notizie riguardanti il figlio H. decide di non contattare telefonicamente l'amica affidataria per non esporre suo figlio e lei ad un ulteriore rischio.

Durante questo primo incontro spiego a H. in cosa consiste la procedura legale della richiesta di asilo politico. Il passo successivo riguarda la descrizione della sua attuale situazione clinica. H. riferisce di avere dei problemi con la memoria: non riesce a ricordarsi con esattezza la date, gli appuntamenti ed è "stranamente" distratta. Non si riconosce più, non è più la stessa persona di prima. Inoltre, fa molta fatica a dormire a causa degli incubi. Durante la giornata sono molto presenti dei pensieri ricorrenti e i flash-back che riguardano il passato e, in particolare, i maltrattamenti subiti. Tutto ciò è accompagnato da una profonda ed angosciata preoccupazione per il figlio.

H. vive in un centro accoglienza, ma per paura di incontrare i suoi connazionali spesso non esce e rimane da sola, tende a non instaurare le relazioni con altre persone, ha paura e non si fida. Ha anche paura di essere riconosciuta in quanto è stata compagna di una persona che nel paese di provenienza ha svolto attività politica piuttosto importante. Durante questo primo colloquio emerge anche una preoccupazione per il proprio stato di salute. H. è consapevole che a causa delle violenze subite il rischio di aver potuto contrarre le malattie infettive è molto reale. Visto lo stato di malessere la informo della possibilità di incontrare lo psichiatra per valutare meglio il suo stato attuale ed un'eventuale farmacoterapia e di potere accedere a una visita ginecologica. H. accetta tale proposta. Il colloquio si conclude con la richiesta da parte della Paziente di poter ottenere alcune cose "banali" che le mancano: il sapone, la crema per il corpo, ecc. Prima dell'incontro con lo psichiatra convoco H. per consegnarle ciò che ha chiesto. Sono state poche le pazienti che durante il mio servizio presso il Centro Astalli e il "SaMiFo" hanno esplicitato una

richiesta del genere. A quelle che l'hanno fatta ho ritenuto opportuno fornire ciò che chiedevano anche se ciò non è una prestazione di carattere prettamente psicologico. Ritengo però che sia una forma del bisogno o della necessità da parte della Paziente di provvedere a se stessa, alla cura del corpo e ciò può rientrare nel ruolo di "essere donna".

Durante gli incontri con lo psichiatra, ai quali assisto in qualità di osservatore, H. fornisce alcuni dati che fin'ora non ha raccontato né all'operatore legale né durante il verbale presso gli uffici della Questura. H. dichiara di essere stata violentata non solo poco prima del suo arrivo in Italia ma anche quattro anni fa. Dopo la prima aggressione è stata abbandonata dal fidanzato, sorte molto comune per le donne africane che subiscono le violenze sessuali. Visto che la data dell'udienza presso la Commissione Territoriale è ormai prossima e visto l'emergere delle nuove informazioni riguardanti i traumi subiti H. viene invitata a completare la sua storia con l'aiuto dell'operatrice legale.

A breve H. viene a conoscenza del fatto che dovrà sottoporsi alle cure mediche perché le analisi confermano ciò che lei stessa temeva tanto: risulta positiva alla presenza di alcuni virus delle malattie infettive. Per H. confrontarsi con questo dato della realtà costituisce un momento molto difficile in cui riaffiorano e si fanno molto vivi i ricordi delle violenze subite. H. si sente segnata per sempre. Non potrà mai più illudersi che basterà non pensare. Adesso sa che fino alla fine dei suoi giorni dovrà fare i conti con ciò che le violenze subite hanno lasciato non soltanto nella sua psiche, ma anche nel suo corpo e che ciò non potrà essere cancellato ma, anzi, dovrà essere curato.

Seguono altri incontri di consulenza psichiatrica durante i quali H. viene invitata a sottoporsi alla visita medico-legale ai fini di affermare le violenze subite, in un atto di riconoscimento e di testimonianza. H. accetta tale invito tenendo presente l'udienza presso la Commissione Territoriale. L'attesa per l'udienza e l'avvicinarsi della data sono per H. una fonte di ansia la quale va alimentata dalle preoccupazioni dovute allo sviluppo della situazione politica italiana (elezioni governative del 2008). H. vive come molto realistica l'eventualità di poter ottenere la risposta negativa da parte della Commissione Territoriale per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato e di conseguenza di dover tornare nel paese di provenienza.

A distanza di due settimane dalla data dell'udienza presso la Commis-

sione Territoriale effettuato con H. due colloqui di orientamento durante i quali esploro le sue perplessità riguardanti la sua capacità di riferire i fatti accaduti, il senso di colpa e la vergogna legata al fatto di dichiarare le violenze che ha subito. H. comprende la necessità di doverlo fare ai fini di ottenere il riconoscimento dello status. Alla fine del secondo incontro riesce a dare significato all'importanza dell'udienza stessa: dichiarare ciò che è stato fatto a lei diventa per lei un atto dovuto e non temuto, lo fa non solo per sé ma anche per suo figlio. Soltanto se otterrà la protezione potrà provvedere anche per suo figlio.

Con accordo da parte di H. scrivo la relazione clinica come un ulteriore supporto ai fini dell'udienza. Al momento della consegna dei certificati sia il medico legale che io leggiamo il loro contenuto a H. Lei li accetta ed è d'accordo con ciò che scriviamo e dichiariamo. Il rilascio e la lettura del certificato, in quanto documento che attesta le violenze subite, è un passaggio importante nel processo di cura che abbiamo costruito con H.. È una tappa finale durante la quale alle "cose" viene dato il loro nome. Viene descritto ciò che è visibile e ciò che non lo è, che confermano univocamente le violenze subite.

Qualche giorno dopo l'udienza H. torna per mostrare il verbale rilasciate alla fine dell'udienza presso la Commissione Territoriale. La definisce come prova del suo coraggio.

A distanza di due mesi ottiene la risposta da parte della Commissione Territoriale: è riconosciuta rifugiata politica. Torna di nuovo per darci questa risposta e per ringraziare per l'aiuto datole.

Attualmente H. vive in una città del nord d'Italia. Telefonicamente mi ha rassicurata che sta bene e che quando le capiterà di essere a Roma verrà a trovarmi.

*Alla Cortese Attenzione  
della Commissione Territoriale di Roma  
per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato  
Oggetto: Relazione clinica su H.*

*La Sig.ra H. è stata accolta presso il Servizio Socio Sanitario per l'assistenza a richiedenti asilo, SaMiFo, della ASL Roma A nel mese di maggio 2008. Gli incontri si sono svolti nell'ambito del progetto di assistenza e sostegno psicologico nei confronti dei richiedenti asilo politico vittime di maltrattamenti e di torture.*



*La Paziente si è presentata presso SaMiFo previa segnalazione avvenuta da un operatore del servizio legale dell'Associazione Centro Astalli, viste le dichiarazioni rilasciate dall'interessata riguardanti violenze subite nel paese di provenienza e il suo stato di evidente malessere psico-fisico. I colloqui si sono svolti con l'ausilio di un interprete di lingua francese.*

*Fin dai primi incontri si è potuto notare lo stato di grave prostrazione, tono d'umore depresso, disorientamento spazio-temporale e sofferenza legata alle violenze subite nel paese di provenienza, alla morte del suo compagno, padre del figlio, e alla brusca separazione dal figlio di tre anni. Inoltre la Paziente riferiva intense cefalee, ricordi spiacevoli, ricorrenti e intrusivi degli eventi accaduti che comprendevano immagini e pensieri, insonnia, incubi, flash-back, stato di ansia e agitazione, disturbi della memoria a breve termine, paura nell'entrare in contatto con i propri connazionali.*

*La raccolta dei dati anamnestici si è rivelata difficile in quanto caratterizzata da un vissuto doloroso accompagnato da frequenti ed intense crisi di pianto. Tale vissuto è legato alla morte del compagno, alle esperienze di esclusione e rifiuto da parte della comunità nella quale è cresciuta, dopo lo stupro subito nel 2003, e, successivamente, da parte della famiglia per essersi legata al suo compagno. Inizialmente era presente un forte senso di colpa nei confronti del figlio lasciato nel paese di provenienza. Soltanto nel corso del terzo incontro la Paziente riferisce di aver subito un altro stupro non dichiarato precedentemente. La Paziente ha dichiarato di essere in difficoltà e provare vergogna nel raccontare quanto accaduto. La Paziente ha riconosciuto che le violenze subite determinano in modo decisivo il suo stato di malessere; sono, inoltre, fonte di forti preoccupazioni per il suo stato di salute (attualmente sono in corso degli accertamenti medici).*

*Nella Paziente è forte la preoccupazione per la sorte del figlio e nello stesso tempo sono presenti forti sensi di colpa nei suoi confronti per averlo abbandonato. Solo recentemente la Paziente ha riconosciuto che l'unico modo per potersi salvare e sperare di potersi ricongiungere al figlio, fuori dal contesto in cui è cresciuta, era quello di lasciare il paese di provenienza. Finora la Paziente ha deciso di non mettersi in contatto con il figlio per paura di poterlo esporre a rischi.*

*Visto lo stato di malessere è stato opportuno e necessario richiedere le*

consulenze psichiatriche (Dott. Maurizio Bacigalupi). Attualmente la Paziente sta effettuando un'adeguata cura con psicofarmaci.

*CONCLUSIONI:* Visto lo stato attuale in cui la Paziente non è ancora in grado di far autonomamente fronte alle conseguenze psicologiche dei traumi subiti si ritiene altamente indicato proseguire con incontri di consulenza psichiatrica e psicologica. Proseguiranno, inoltre, gli accertamenti e le cure mediche. Il percorso di sostegno psicologico sarà mirato all'elaborazione del vissuto traumatico legato alle violenze subite, il lutto e il distacco dal figlio.

### **Bibliografia**

Giannantonio, M. (a cura di) (2003): *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Salerno: Ecomind.

Lewis Herman, J. (1992, ed.it. 2005): *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

## **10. Il supporto psichiatrico nella fase che precede l'audizione in commissione**

*di Giancarlo Santone*

Perché?

Da tempo mi chiedo perché ho scelto di fare il medico, perché la psichiatria e ora perché confrontarsi quotidianamente con la sofferenza estrema delle persone vittime della brutale violenza esercitata intenzionalmente da altri “esseri umani”: la tortura.

La stessa domanda me la pongono le vittime.

Ma chi sono i rifugiati, i richiedenti asilo, le vittime di tortura? E quanti sono nel mondo e in particolare nel nostro paese?

Da dove vengono? Da cosa e perché fuggono? Come e perché arrivano nel nostro paese?

Che cosa hanno subito? E i familiari dove sono?

Chi decide il riconoscimento della protezione? Cosa prevede la legislazione?

Dove dormono, dove mangiano?

È possibile dimenticare le violenze subite? È utile ricostruire la memoria traumatica?

Che sintomi presentano? Come si curano le vittime di tortura?

Qual è la percezione del torturatore?

Le loro storie sono vere o false? Come fare per capire se esagerano o mentono? Se il racconto è credibile?

Queste e tante altre domande mi pongono frequentemente i familiari, gli amici, i colleghi, gli studenti, gli infermieri, e quasi tutte le persone che fanno del mio lavoro.

Alcune risposte sono facili, basate su dati statistici, dossier, leggi, sistemi di accoglienza, etc. Informano sulla situazione politica dei numerosi paesi "a rischio", sui percorsi e sui pericoli migratori, sui numeri dei richiedenti asilo e rifugiati presenti nei vari paesi, sulle commissioni territoriali e sulle legislazioni vigenti.

Vi sono poi domande a cui è difficile rispondere in maniera completa e certa. La fuga improvvisa a causa delle violenze subite, il difficile viaggio migratorio, 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. Il trauma prolungato, persistente, attuale, può determinare difficoltà nel narrare la propria storia, le emozioni, le preoccupazioni, le speranze. Spesso subconfusi, con deficit di attenzione e memoria, non sempre riescono a raccontare in maniera chiara e completa la loro storia traumatica. Il rischio è di interpretare le apparenti contraddizioni come invenzioni per trarre benefici per l'ottenimento del permesso di soggiorno.

Marcelo Vinar (1989) psicanalista uruguayano riconosciuto rifugiato politico in Francia definisce la tortura come "ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona".

Spesso le condizioni di sottomissione durante le prigionie, le disumane atrocità subite o costrette a vivere o persino a praticare, le costrizioni o le privazioni sopportate, gli abusi sessuali reiterati, la paura di aver contratto malattie sessualmente trasmissibili, determinano la perdita di fiducia nell'essere umano, capace di violenze intenzionali al di fuori di qualsiasi naturale esperienza. Esperienza "indicibile" difficile da raccontare per la complessità delle emozioni e sensazioni provate, per la vergogna, i sensi di colpa nei confronti della famiglia costretta ad abbandonare e della quale non ha notizie, per la diffidenza nell'essere umano, l'insicurezza generata dalla organizzazione del sistema nazione di accoglienza, le difficoltà di adattamento in una cultura altra, le grandi difficoltà economiche, le paure legate alla possibilità di non essere protette, del rimpatrio forzato. Essere considerati irregolari, clandestini dai paesi di accoglienza che spesso ignorano (e talvolta complici) le responsabilità di alcuni regimi alle volte riconosciuti persino come democratici. Come se scappare da persecuzioni fosse un atto di trasparenza. Bene

per queste persone risulta difficile raccontare le proprie esperienze, il proprio dolore le paure. I dubbi di non essere creduti o persino di essere considerati inventori di storie per interesse personale. Per queste ragioni conquistare la fiducia delle vittime di tortura risulta estremamente difficile, nessun corso di laurea, master universitario o altre forme di aggiornamento professionale è in grado di fornire tutti gli strumenti e le conoscenze necessarie per misurarsi con il dolore delle vittime di tortura.

## 10.1 La scelta professionale

Sono passati circa 5 anni da quando ho iniziato a lavorare per i richiedenti asilo, i rifugiati, le vittime di tortura, anche se precedentemente mi era capitato di ricoverare o visitare persone con lo status di rifugiato. L'impegno professionale, la curiosità e rigidità scientifica, terapeutica e diagnostica del medico ospedaliero, l'organizzazione del lavoro, la trasformazione del ruolo del medico nel nostro sistema sanitario non mi gratificavano più come un tempo. Sentivo la necessità di integrare l'attività professionale con l'impegno socio-politico e umanitario. Avevo già fatto alcune lunghe esperienze di volontariato in Italia, in Africa e Sud America che mi avevano arricchito soprattutto nell'aspetto umano, fornendomi strumenti informali e conoscenza diretta di condizioni di vita lontane dalle nostre, aiutandomi ad avere una visione più completa della vita dei migranti che si rivolgevano ai servizi dove lavoravo. La tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali vengono praticate sistematicamente in numerosi paesi del mondo. Rappresentano nella società contemporanea e nel momento storico attuale una realtà drammatica, un fenomeno mondiale, spesso sconosciute e insufficientemente considerate a livello di programmazione di politica sanitaria. In Italia il numero dei richiedenti asilo negli ultimi 5 anni è triplicato. Purtroppo la tortura (fisica, psicologica e sessuale), gli stupri di massa, le guerre, non sono poi così inusuali e non rappresentano eventi "al di fuori delle comuni esperienze umane" come definito nel DSM IV (2006) dall'APA (American Psychiatric Association). Sono eventi drammaticamente straordinari e frequenti anche nel mondo occidentale (si pensi alla pedofilia, alla violenza domestica e più in generale alle violenze sessuali) che mettono a dura prova le normali capacità umane di elaborazione, integra-

zione e adattamento.

La migrazione forzata differisce sensibilmente dal fenomeno migratorio finalizzato al miglioramento della condizione economica. I migranti forzati spesso condividono un “drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica (fisica e morale), che include l’esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale” (Friedman et al., 1994).

La militanza professionale intesa come necessità di integrare l’attività professionale basata sulla EBM (Evidence Based Medicine) con un impegno civile, socio-politico e umanitario, in difesa dei diritti umani fondamentali rappresenta la sintesi della mia scelta e attuale posizione lavorativa nel SaMiFo.

## 10.2 La tortura

La definizione di tortura delle Nazioni Unite stabilisce in modo inequivocabile la responsabilità legale e politica dei governi “...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” (ONU, 1984)

I metodi di tortura sono numerosi e possono essere suddivisi in atti deliberati finalizzati a provocare sia dolore fisico che psichico.

Tutte le volte che viene inflitta una tortura fisica automaticamente si verifica anche una tortura mentale e viceversa. Perciò è artificioso parlare di una tortura puramente fisica oppure puramente mentale. Tuttavia in pratica parliamo di tortura fisica, psicologica (definita anche tortura bianca o senza contatto, in quanto non lascia segni fisici visibili) e sessuale. (Shrestha et al., 1998).

La psicotraumatologia studia le modalità di insorgenza e gli interventi utili a prevenire e curare le reazioni psicotraumatiche nelle persone che hanno vissuto eventi catastrofici di massa (terrorismo, catastrofi naturali, catastrofi umanitarie, guerre, incidenti aerei e ferroviari etc), o eventi traumatici di portata più limitata, ma di forte impatto sugli individui o su piccoli gruppi (incidenti stradali, abusi sessuali, tortura, mutilazio-

ni genitali, etc). Il Disturbo Post-Traumatico da Stress, secondo il DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ed italiana, 2006), rappresenta l'unica patologia psichiatrica nel panorama della salute mentale a livello mondiale che identifica come fattore eziologico l'esposizione ad un evento psicotraumatico.

Il quadro sintomatologico delle reazioni psicotraumatiche “si presenta come una risposta ritardata o protratta ad un evento stressante o ad una situazione (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone; sono stati individuati fattori predisponenti che possono abbassare la soglia per lo sviluppo della sindrome o aggravarne il decorso, ma essi non sono necessari né sufficienti per spiegare la sua comparsa” (ICDX, 2007).

I fattori predisponenti e protettivi maggiormente implicati sono rappresentati da precedenti esperienze psicotraumatiche, dalla presenza di gravi malattie concomitanti, dalla situazione socio-economica, dalla eventuale persistenza della minaccia, dalla presenza o meno di appoggio familiare o comunitario e dalla storia personale (ONU, 1984).

L'esposizione diretta o indiretta all'evento psicotraumatico così come le caratteristiche individuali ed il contesto in cui si realizza l'evento rappresentano fattori che condizionano il rischio (ONU, 1984).

Infine sono stati individuati gruppi di persone vulnerabili, ad alto rischio di sviluppo di PTSD quali bimbi, adolescenti, giovani minorenni, anziani, malati psichici, alcolisti e più in generale tossicomani, disabili e malati cronici, rifugiati, personale sociosanitario (ONU, 1984).

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). Per tale gruppo di persone l'esposizione diretta al trauma, lo sradicamento culturale, l'allontanamento forzato dalla famiglia e dalla rete sociale e la perdita del lavoro e più in generale il “capitale sociale” rappresentano fattori specifici che indubbiamente peggiorano sia lo sviluppo sintomatologico che la prognosi.

In uno studio condotto da Basoglu nel 1997 su vittime di tortura (55 attivisti politici e 34 non attivisti) si è evidenziato che pur essendo stati sottoposti a violenze relativamente minori i non attivisti hanno signifi-

cattivamente manifestato sintomi riferibili al PTSD (585 vs. 18) e alla depressione maggiore (24% vs. 4%). La minore preparazione psicologica (e anche fisica) al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici specifici

Vi sono molti altri fattori che possono modificare gli effetti della tortura.

Indubbiamente la gravità e la durata della tortura e la zona del corpo coinvolta incidono notevolmente sulle conseguenze fisiche e psichiche. Inoltre la possibilità di fruire di un adeguato sistema di cura e di riabilitazione rappresenta un fattore protettivo, così come il riconoscimento dello status di protezione internazionale riduce l'ansia e la paura legate ad un ipotetico e pericoloso rimpatrio. La possibilità di avere un alloggio dignitoso e un lavoro che possa permettere al rifugiato di vivere decorosamente e di poter aiutare la famiglia rimasta nel paese di origine riduce la probabilità di sviluppare gravi depressioni del tono dell'umore e il ricorso all'abuso di sostanze. Il ricongiungimento familiare o comunque la possibilità di avere notizie frequenti dei cari ha effetto ansiolitico. Purtroppo le notizie che ricevono dal loro paese e dai loro familiari sono spesso drammatiche: morti, incarcerazioni, minacce, malattie non curate, malnutrizione, difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari e educativi, situazione sociale e politica drammatica. Tutti questi fattori condizionano il rischio di sviluppo di alcune malattie mentali prevalentemente dell'area delle nevrosi e dei disturbi dell'umore (disturbi d'ansia generalizzata, disturbi di adattamento, episodi depressivi e ideazione suicidaria, tossicomanie, psicosi). Infine i modelli culturali dei paesi di accoglienza cui far obbligatoriamente riferimento non sempre rispecchiano i valori di democrazia, tolleranza e solidarietà. Pregiudizi di tipo razziale, culturale o religioso rappresentano nella nostra società una realtà cui confrontarsi e quando si è più vulnerabili la possibilità di sviluppare malattie mentali è elevata.

### **10.2.1 Fattori che modificano le conseguenze della tortura**

Foucault (1976) afferma che «in realtà quando l'uomo rimane estraneo a ciò che passa nel suo linguaggio, quando non può riconoscere significati umani e vitali nelle produzioni delle sue attività, quando si trova costretto entro le determinazioni economiche e sociali senza poter sentire



questo mondo come una patria, allora egli sta vivendo in una cultura che consente il prodursi di patologie». Nei richiedenti asilo e nei rifugiati, vittime di tortura, il rischio di sviluppare malattie mentali è elevato. Fuggono da dittature, guerre, credenze assassine, dove il rispetto per la vita e la dignità umana sono scomparsi; vittime di gravi violazioni dei diritti umani; e dopo un viaggio drammatico talvolta con traumi psichici e fisici peggiori di quelli premigratori, giungono nel nostro paese, scarsamente accogliente, tendenzialmente espulsivo, pieno di pregiudizi, che scarica sull'individuo la possibilità di vivere dignitosamente il presente senza riuscire nemmeno a immaginare il futuro. Farebbe bene a tutti noi vivere una settimana da rifugiato a Roma o in qualsiasi altro posto dell'Italia: senza 1 euro in tasca, cacciati la mattina dai centri di accoglienza (per chi non dorme per strada) perché chiusi durante il giorno, costretti a spostarsi con i mezzi pubblici con la paura di subire l'umiliazione delle multe da parte dei controllori, si ritrovano alla stazione Termini, alle mense pubbliche, ai centri di assistenza sociosanitari, all'ufficio immigrazione del comune, ai corsi di lingua italiana. È vietato qualsiasi desiderio, i bisogni individuali sono annullati, non c'è possibilità di rimediare 5 euro per cercare di avere notizie dei familiari rimasti nel loro paese. È questo il sistema di accoglienza che noi abbiamo nei confronti dei migranti forzati.

### **10.2.2 Problemi diagnostici e terapeutici.**

La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nelle reazioni psicotraumatiche e più precisamente nella reazione acuta da stress, nel Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), nella depressione maggiore, nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica e in altre categorie diagnostiche.

La maggior parte delle diagnosi formulate nei vari centri sanitari per rifugiati sono il PTSD e la depressione maggiore.

Bisognerebbe cercare di capire se i disturbi psichici presentati dalle persone vittime di tortura sono specifici ed inquadrabili in una categoria diagnostica distinta o devono rientrare nella grande categoria del PTSD o in altre classi diagnostiche già esistenti. La grande somiglianza dei metodi di tortura usati a prescindere dal contesto e la presenza di sinto-

mi “patognomonic” sono - secondo alcuni autori - specifici ed inquadrabili in una categoria diagnostica distinta: la sindrome della tortura.

La finalità del “trauma intenzionale e deliberatamente indotto dall’uomo” non è tanto quella di ottenere informazioni ma “di ridurre al silenzio, di azzerare culturalmente una persona, di isolarlo dal suo gruppo”, di raffreddare o meglio reprimere il dissenso socio-politico.

Vi sono delle evidenti diversità fra le persone vittime di tortura e quelle affette da PTSD. Fra le differenze più significative, evidenziate anche da diverse pubblicazioni scientifiche, citerei le seguenti:

Eterogeneità causale. Vale la pena ricordare che i criteri diagnostici del DSM IV (2006) per le reazioni psicotraumatiche ed in particolare per il PTSD riguardano gli eventi catastrofici di massa, eventi con forte impatto su individui o piccoli gruppi e eventi traumatici di portata più limitata. Tale variabilità causale sicuramente implica una eccessiva discrezionalità diagnostica.

Variabilità espressiva. La eccessiva variabilità causale determina che la prevalenza lifetime del PTSD nelle persone adulte varia secondo numerosi studi internazionali dall’1% al 14 % mentre per i gruppi a rischio varia dal 3 al 59%, per arrivare all’89% nelle vittime di tortura intenzionale “psico-politica”; in queste persone il rischio di insorgenza di PTSD è fino a 10 volte rispetto agli adulti dei paesi ospitanti (Fazel et al. 2005). Sintomatologia prevalente. Secondo alcuni autorevoli autori l’approccio terapeutico deve considerare che le vittime di tortura subiscono un significativo cambiamento della personalità, transitorio, duraturo o permanente e che può persino trasmettersi alle generazioni successive. (Allodi et al., 1982).

I migranti forzati vittime di violenze estreme e disumanizzanti possono soffrire conseguenze psicologiche di diversa interpretazione. F Sironi (2001) afferma che il trauma determina alterazioni del pensiero e non dell’affettività. Pertanto sintomi come cefalea, disturbi della concentrazione, paralisi del pensiero (per esempio la incapacità di pensare o la difficoltà nel programmare) sono da considerarsi patognomonic (Allodi et al., 1982).

Rasmussen, et al. (2006) propongono e difendono l’ idea della cosiddetta “sindrome della tortura”; rappresenterebbe una categoria nosografia distinta dalla reazione acuta da stress o dal PTSD poiché nessuna classificazione diagnostica stabilisce realmente il legame diretto chiaro ed in-

discusso tra causa ed effetto, fra tortura e malattia. Tobie Nathan (1990, 1997) afferma che “in assenza di chiari riferimenti scientifici l’analisi dei limiti e delle categorie su cui sono fondati possono dare maggiori risultati scientifici di quelli che si hanno attraverso l’esplorazione di un campo perfettamente definito”.

Risulta evidente che i modelli di riferimento suggeriti sono insufficienti per spiegare e comprendere la complessa risposta psicologica individuale delle vittime di violenze estreme al di fuori di qualsiasi umana esperienza e comprensione; tanto meno le nosografie classiche internazionali proposte nel DSM IV R e nel ICD X risultano in grado di fare chiarezza su questo delicato e complesso argomento. Le vittime di violenza intenzionale (tortura, trattamenti degradanti e disumani, persecuzione) subiscono conseguenze che coinvolgono la dimensioni individuali, familiari, sociali, culturali, politiche, economiche, morali, legali, sanitarie, lavorative.

Alcuni autorevoli specialisti hanno proposto di distinguere gli eventi traumatici in 2 tipi

tipo I (puntuale e comprensibile, per esempio l’incidente di traffico in persone senza fattori di rischio)

tipo II (cronici, prolungati nel tempo o associati a orrore umano, come la violenza domestica o la tortura)

Il PTSD spiegherebbe la risposta delle persone vittime di traumi del tipo I mentre il PTSD Complesso o DESNOS (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified) corrisponde alla risposta del tipo II. È stata Judit Herman nel 1992 a proporre i criteri diagnostici del Disturbo complesso post-traumatico da Stress. La letteratura scientifica internazionale prodotta negli ultimi 15 anni a sostegno di tale distinzione è numerosa tale da far ipotizzare l’inserimento del Disorder of Extreme Stress nel prossimo DSM-V.

I due criteri diagnostici principali riguardano:

1. alterazione nella regolazione degli affetti
  - persistente disforia
  - preoccupazione cronica suicidaria
  - autolesionismo
  - rabbia esplosiva o estremamente inibita (anche alternata)
  - sessualità compulsiva o estremamente inibita
2. alterazioni della coscienza

amnesia o ipermnesia per gli eventi traumatici  
episodi dissociativi transitori  
depersonalizzazione e derealizzazione

Altri sintomi quali le somatizzazioni, l'alterazione nella percezione di sé e del persecutore, l'alterazione nelle relazioni con gli altri e le alterazioni nei sistemi di significato completano i criteri diagnostici proposti da J. Herman (2005).

Bisogna comunque dire per onestà intellettuale e rigore scientifico che al momento non esiste nessuna base neurobiologica e fisiopatologia comune per i sintomi raggruppati nelle varie categorie diagnostiche sopra citate.

### **10.2.3 Le conseguenze della tortura**

Le violenze intenzionali, in particolare la tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali, determinano gravi effetti sulla vittima, sulla famiglia, sulla società. Analizzerò brevemente le conseguenze fisiche, psichiche, sociali e economiche che colpiscono i superstiti compromettendone gravemente la funzionalità.

#### **10.2.3.1 Conseguenze fisiche**

Gli esiti fisici dipendono direttamente dal tipo di tortura inflitta, dalla sua durata e gravità, o possono rappresentarne la conseguenza indiretta (per esempio ferite, fratture o malattie malcurate, malattie carenziali da malnutrizione, etc). I segni e i sintomi possono essere rilevati immediatamente dopo la tortura, essere presenti a pochi giorni di distanza, o evidenziasi dopo un periodo più lungo. Le conseguenze sono tanto più gravi quanto più lunga è stata la durata della tortura. Sono state effettuate diverse ricerche scientifiche al fine di descrivere la frequenza e la tipologia degli esiti da tortura.

Una dettagliata review sulle sequele fisiche conseguenti alle più comuni forme di tortura fisica è stata fatta da Skylv nel 1992. Spesso i superstiti sono stati sottoposti a varie forme di tortura. Il sistema muscolo scheletrico risultava essere il più colpito (Rasmussen et al.2006) attraverso l'esecuzione di diversi metodi violenti.

Un'altra review della letteratura (Goldfeld et al, 1988) ha riscontrato

diverse sequele fisiche in persone con differente nazionalità e vittime di differenti forme di violenza intenzionale. Le più comuni sono state la sordità da “telefono” (forma di tortura in cui i persecutori colpiscono simultaneamente e violentemente i padiglioni auricolari con le palme delle mani), differenti cicatrici della pelle, fratture, mutilazioni, necrosi asettica. Mutilazioni dei genitali, malattie veneree, infertilità, gravidanze, aborti spontanei come conseguenze di stupri o tortura delle donne. Inoltre alcune forme di disfunzioni sessuali e di atrofia testicolare sono state descritte come la conseguenza di tortura sessuale e dei genitali negli uomini.

Le torture fisiche che causano danni permanenti, disabilità, come per esempio le mutilazioni, hanno un impatto molto più grave di quelle che causano “solamente” dolore intenso e angoscia per un breve periodo. Evidentemente la tortura sessuale per le donne (ma anche per gli uomini) è molto più grave di quella fisica o psicologica, anche per il rischio di gravidanze indesiderate, di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.

### **10.2.3.2 Conseguenze psichiche**

La tortura psicologica, bianca o senza contatto (sono le definizioni più diffuse per stabilire violenze che non lascerebbero segni evidenti) sembra essere molto più distruttiva e disabilitante di quella fisica.

Una review di studi non controllati (Goldfeld et al.,1988), supportata successivamente da numerose altre osservazioni, classifica i problemi psicologici, conseguenti alle violenze disumanizzanti al di fuori di qualsiasi comune esperienza, in:

Sintomi psicologici (ansietà, depressione, irritabilità, aggressività, labilità emotiva, isolamento sociale).

Sintomi cognitivi (confusione e disorientamento, disturbi della memoria e della concentrazione, impoverimento della capacità di leggere).

Sintomi neurovegetativi (mancanza di energia, insonnia, incubi, disfunzioni sessuali) .

Mollica et. al (1997). in uno studio su 993 rifugiati cambogiani che vivevano in un campo profughi thailandese hanno osservato che la prevalenza della depressione e del PTSD era rispettivamente pari all'82% e 15%. In uno studio australiano il tasso di PTSD in persone rifugiate era del

36,8% (il 47 % aveva subito diverse forme di violenze). (Silove et al. 1997).

Il quadro sintomatologico più frequentemente riscontrato nel nostro centro è sovrapponibile a quanto descritto nella letteratura scientifica, nei manuali diagnostici, nel Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999): i ricordi ossessivi, angoscianti, del trauma subito (inclusi i flashbacks, le sensazioni corporee, le percezioni corporee e le emozioni), i disturbi del sonno, gli incubi ricorrenti, i disturbi della memoria, dell'attenzione e della concentrazione rappresentano i sintomi psichici comunemente più importanti e più frequenti. Spesso si accompagnano a disturbi ansiosi e depressivi, ridotte aspettative per il futuro, cefalea, difficoltà di mantenere l'attenzione e la concentrazione, disturbi della memoria, inappetenza, sospettosità, risposte d'allarme esagerate, irritabilità, episodi dissociativi, condotte di evitamento (cognitive e comportamentali), ideazione autolesiva, abuso di alcolici e sostanze stupefacenti. Meno frequenti sono i disturbi psicotici.

### **10.2.3.3 Conseguenze sociali ed economiche**

Abbiamo già visto che i migranti forzati spesso condividono “un drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica, che include l'esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale” (Friedman et al., 1994).

Al dolore psichico e fisico bisogna aggiungere la perdita dello status sociale e del lavoro, la confisca o la distruzione delle proprietà che sono causa di grande preoccupazione per le gravi ripercussioni che esse determinano anche sulla famiglia e sulla comunità. Le vittime di persecuzioni perdono anche il proprio “capitale sociale”, cioè quei “fattori che favoriscono la coesione e l'integrazione sociale, intrinseche ai sistemi sociali stessi, quali la consanguineità e la famiglia, il matrimonio, l'amicizia ed il sostegno reciproco nei vari gruppi sociali, religiosi o politici locali” (Putnam 2004).

Coloro che non riescono a fuggire o scelgono di non lasciare il proprio paese e la propria famiglia spesso sono costretti a convivere con la disoccupazione, la povertà, lo stigma sociale (terrorista, infedele, etc) che rappresentano traumi addizionali e che aggravano la sintomatologia psichica.

### 10.3 La fuga impossibile

Le persone che intraprendono la via dell'esilio in Italia e in Europa devono affrontare nella maggior parte dei casi viaggi terrificanti attraverso il deserto del Sahara, le catene montuose dell'Afghanistan, e i barconi della morte. Costretti a convivere con la fame, la deprivazione estrema, le malattie non curate, gli agguati, le violenze di varia natura compresa la morte per fame o sete dei compagni di viaggio. Spesso rinchiusi nei paesi di transito in centri di permanenza per mesi o anni. Altre volte espulsi e rinviati nei paesi di provenienza. Giunti finalmente nel paese di "accoglienza" senza documenti rischiano o la deportazione o essere rinchiusi nei Centri di Identificazione e di Espulsione. Quando non incontrano ostacoli particolari i richiedenti asilo attendono mesi o anni prima di ottenere il riconoscimento di una forma di protezione. Costretti a vivere lontani e separati dalla propria famiglia, privati del supporto sociale, anche dopo il riconoscimento dello status di rifugiato convivono con le permanenti difficoltà lavorative e di alloggio, le incertezze sul futuro, le difficoltà di adattamento alla nuova cultura, i pregiudizi e problemi di razzismo (Baker 1992). Tali fattori si trasformano in ulteriori traumi addizionali sommandosi ai precedenti e rendendo terribilmente faticosa la loro vita quotidiana. Recentemente Jaranson, et. al (1998) hanno affermato che "...i rifugiati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di disturbi mentali ma anche il più carente nel ricevere il trattamento adeguato. Le esperienze premigratorie, migratorie e postmigratorie contribuiscono allo sviluppo del rischio..."

Come abbiamo visto la tortura distrugge la persona, la ferisce nel corpo, nella mente e nei valori umani, la costringe ad abbandonare, spesso improvvisamente, tutti gli affetti, la famiglia, gli amici, il lavoro, i piaceri e le fatiche di una vita. Spesso senza poter salutare o avvisare i propri cari. Vi sono diversi studi che evidenziano la presenza di disturbi mentali nei membri della famiglia, la depressione delle mogli e lo scarso rendimento scolastico dei figli.

### 10.4 La presa in carico delle vittime di tortura

Perciò la cura di una vittima di tortura richiede un approccio sistemico,

multidisciplinare e multidimensionale che coinvolga un sistema strutturato e integrato a tutti i livelli.

Il modello innovativo di trattamento comunitario che noi proponiamo risponde ai bisogni di salute dei richiedenti asilo: include il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ed il Privato Sociale (PS).

Il nostro SSR e nazionale identifica i rifugiati e i richiedenti asilo come gruppi sociali ad elevato rischio sanitario e individua tre aree d'intervento: (1) l'accesso all'assistenza sanitaria, (2) la valutazione dei bisogni di salute e (3) programmi di prevenzione e di assistenza. Va in questa direzione l'iniziativa che abbiamo intrapresa dopo la firma del protocollo d'intesa tra la Azienda Sanitaria Locale Roma A ed il Centro Astalli Onlus (sede italiana del Jesuit Refugee Service), in collaborazione con l'Associazione Medici Contro la Tortura e con il Patrocinio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR). È un sistema integrato a più livelli:

Livello pubblico, privato sociale e medicina convenzionata.

Livello medicina di base e specialistica.

Livello sanitario, sociale e legale.

Per rispondere al trauma prolungato multidimensionale abbiamo proposto un modello multidisciplinare integrato capace di intercettare i bisogni di salute attraverso la presa in carico in grado di dare risposte rapide basate sulla EBM (Evidence Based Medicine). Per tale ragione nel Centro SaMiFo sono presenti la medicina generale, la psichiatria e psicologia, la ginecologia e la medicina legale. Il personale sanitario è supportato da mediatori linguistico culturali e un coordinatore. La salute mentale rientra fra le priorità urgenti da affrontare.

Come psichiatra del servizio sanitario pubblico e referente del progetto SaMiFo ho avuto la triste possibilità di prendere in cura persone vittime di traumi orribili e ascoltare le loro drammatiche storie di violenze. Chi è sopravvissuto alla tortura sviluppa una sintomatologia psichica abbastanza prevedibile.

Abbiamo osservato che, nonostante la singolarità e la complessità della esperienza individuale e la diversità degli eventi traumatici, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti da culture, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. Per tale ragione anche i percorsi terapeutici devono seguire metodi scientificamente riconosciuti basati sulla capacità di accoglienza, di garanzia della



sicurezza e della privacy, di ricostruzione della storia traumatica, di aiuto alle vittime nella (ri)costruzione di nuove o vecchie relazioni.

Il ritardo nella presa in carico delle vittime di tortura genera la cronicizzazione dei sintomi con conseguenze anche molto gravi: le modificazioni durature o permanenti della personalità, l'abuso di sostanze, il rischio di suicidio rappresentano solo alcuni drammatici esempi. Numerosi studi su veterani di guerre affetti da gravi reazioni psicotraumatiche hanno evidenziato che lo sviluppo di condotte tossicomane era estremamente elevato. In particolare si è visto che oltre l'85% dei soldati nordamericani veterani della guerra del Vietnam avevano sviluppato dipendenza da alcolici o da altre droghe assunti a scopo di autoterapia (Hendin et al. 1984). Inoltre l'ideazione suicidaria o veri tentativi di suicidio sono estremamente più elevati nelle persone affette da PTSD, vittime di tortura, di violenza sessuale o da trauma da combattimento (Kilpatrick, et al., 1985).

In "Guarire dal trauma" Judith Lewis Herman (2005) sottolinea: "Le persone traumatizzate sperimentano un danno alle strutture di base del Sé. Perdono la fiducia in se stesse, negli altri e in Dio. Il senso di autostima è aggredito dall'esperienza di umiliazione, colpa e impotenza; la loro capacità d'intimità è compromessa dai sentimenti intensi e contraddittori di bisogni e di paure; l'identità formata prima del trauma è irrevocabilmente distrutta". La sintomatologia da ferita psicotraumatica può trasformarsi in un "incubo senza fine", persistere anche per decenni o trasformarsi o coesistere con altre forme cliniche psichiatriche quali episodi depressivi ricorrenti, psicosi, disturbi d'adattamento, modificazioni della personalità, disturbi da ansia generalizzata, disturbo bipolare, fobia sociale e agorafobia, disturbi da attacchi di panico, disturbi psicosomatici. Evidentemente, come segnalato dalla Organizzazione Mondiale della Salute, da numerose società scientifiche e da raccomandazioni di esperti, la tempestività dell'intervento e l'offerta di concreti percorsi terapeutici e risocializzanti permettono la cura dei traumi visibili e invisibili favorendo un valido recupero funzionale.

È opinione diffusa fra gli specialisti che per curare le vittime di tortura bisogna ricercare un metodo che (ri)unisca i vari approcci medico, psicologico e sociale e deve tener presente anche i bisogni speciali dei rifugiati. Sarebbe inoltre opportuno cercare di usare tecniche di trattamento basate su modello unico universalmente riconosciuto cercando di

”ricollocare il disturbo nel contesto in cui è comparso e indagare sull’articolazione tra storia singolare e storia collettiva”. Purtroppo non sempre è possibile tale approccio soprattutto in quelle persone dove è alto il rischio di suicidio, la presenza di stati dissociativi, il concomitante uso di sostanze, la presenza di altre malattie gravi .

La violenza intenzionale organizzata determina gravi conseguenze fisiche, psichiche, relazionali, sociali, morali e economiche. Gli effetti e gli esiti sulle vittime, sulle famiglie e sul personale coinvolto nell’accoglienza, orientamento, accompagnamento e trattamento rappresentano questioni fondamentali per programmare al meglio le strutture socio sanitarie (Gerrity et al. 2001)

### **10.4.1 La memoria traumatica**

È evidente che i drammatici e sconvolgenti eventi psicotraumatici incidono fortemente sulla integrità psichica dei nostri pazienti. In particolare cercherò di approfondire le alterazioni del sistema della memoria nelle vittime di violenza intenzionale. La memoria può essere definita come quel complesso sistema che riguarda la capacità di registrare, conservare, rievocare o recuperare informazioni, notizie, nozioni, eventi, fatti, concetti etc. Viene suddivisa in memoria semantica, episodica, memoria procedurale, oppure esplicita (coscienza dei ricordi) e implicita (automatica e inconsapevole).

Un sintomo estremamente invalidante e molto frequente nei sopravvissuti alla tortura è il “riving”, una specie di ipermnesia che si manifesta attraverso il rivivere continuamente l’evento (o gli eventi in caso di trauma multiplo o prolungato), come se si ripresentasse nel presente, attraverso improvvise intrusioni durante lo stato di veglia (flashbacks) o di sonno (incubi ricorrenti). La difficoltà o la impossibilità di controllare le intrusioni è stata interpretata come la necessità di self-therapy finalizzata al tentativo di incorporare gli eventi traumatici nella storia autobiografica e non come lo sforzo per dimenticare espellendo i ricordi e cancellando la memoria traumatica.

Oltre alla ipermnesia altrettanto frequente nelle persone con PTSD è la perdita totale o parziale degli eventi traumatici o comunque una incapacità di ricordare alcune parti dell’evento traumatico e che può manifestarsi nella stessa persona contemporaneamente ai pensieri o ricordi

ricorrenti. Mi capita frequentemente di seguire persone vittime di eventi traumatici multipli e prolungati nel tempo. Deprivazione materiale, malattie non curate, lesioni corporee, reclusioni forzate, testimonianza di violenza nei confronti di altre persone, tortura e abusi sessuali ripetuti, scomparsa di persone care, minacce persistenti, rappresentano solo alcuni esempi. In molte di queste persone vittime di trauma prolungato ho osservato una difficoltà di rievocare o persino una incapacità di ricordare alcuni eventi o parti di essi; ciò sembra rappresentare la conseguenza del danno ippocampale causato da elevati livelli di cortisolemia e di glicocorticoidi prodotti in eccesso durante le fasi di stress soprattutto se prolungato. Le vittime, di fronte alla persistenza delle violenze perpetrate dai carnefici, talvolta cercano di mettere in atto meccanismi difensivi per provare a dissociarsi dalla situazione; facilmente si concentrano su ricordi, fantasie immaginative o su dettagli del contesto solo apparentemente non traumatici per cercare di schivare il dramma che stanno vivendo. Ciò determina evidentemente un immagazzinamento volontario (memoria esplicita) e automatico (memoria implicita) disordinato e confuso degli eventi e delle emozioni e sensazioni provate. La conoscenza di questi meccanismi ci aiuta a comprendere l'apparente incongruità di alcuni racconti traumatici.

Infine l'indicibilità delle atrocità subite porta talvolta le stesse vittime a dubitare della loro memoria traumatica. Primo Levi in "Se questo è un uomo" (1947, p. 106) afferma: "Oggi, questo vero oggi in cui sto seduto a un tavolo e scrivo, io stesso non sono convinto che queste cose siano realmente accadute".

Queste apparenti reazioni ambigue e incongrue sono invece una risposta tipica delle vittime di violenza deliberata e atroce e affette da PTSD. Le oscillazioni "contraddittorie" della memoria riflettono la mancanza di equilibrio psicologico delle persone gravemente traumatizzate e sono caratteristiche del PTSD; potrebbero trarre in inganno anche seri e preparati professionisti sanitari o operatori di polizia o membri delle commissioni territoriali preposte all'analisi delle domande di protezione.

Dalla fine del XIX secolo a tutt'oggi ricercatori, scienziati e clinici di tutto il mondo hanno cercato di studiare la relazione tra eventi psicotraumatici e disturbi della memoria (Charcot 1887, Freud 1922, Van der Koolk et al. 1994). In particolare rispetto all'argomento trattato in questo capitolo è stato dimostrato che durante situazioni di forte sollecitazione emoti-

va (racconto dell'esperienza traumatica con intrusioni visive e sensitive, etc.) si può verificare una intensa ed improvvisa reazione ansiosa caratterizzata da panico, stato confusionale e dissociazione, con restrizione significativa dello stato di coscienza che può interferire con il normale processo di elaborazione dell'informazione dando luogo anche a ricordi dissociati e quindi incongrui che impediscono di rispondere in maniera coerente alle domande. (Van der Kolk et al, 1994).

Il DSM IV (2006) elenca una serie di sintomi necessariamente presenti nelle vittime per poter diagnosticare il PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Il criterio B include pensieri o ricordi ricorrenti del trauma.

“L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni, sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento, agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione).

Anche la condotta di evitamento è legata al sistema dei ricordi e quindi della memoria. Rappresenta un meccanismo di difesa messo in atto dalle vittime di tortura per evitare attività o situazioni connesse alla propria esperienza traumatica e che potrebbero (ri)attivare la memoria degli eventi traumatici generando sintomi di iperarousal, difficoltà di attenzione e concentrazione, intensa paura, attacchi di panico, episodi dissociativi.

In particolare i primi 3 punti del criterio C del DSM IV considerano la condotta d'evitamento parte integrante dei sintomi necessari per formulare la diagnosi di PTSD.

“Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma

sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma”

L'ICD X (2007), in particolare nella parte relativa ai disturbi psichici e comportamentali) sottolinea l'importanza del ruolo della memoria nelle "sindromi post-traumatiche da stress". L'ipermnesia "(flashback intrusivi, ricordi vividi, sogni ricorrenti)" l'ipomnesia o amnesia "(incapacità parziale o totale di ricordare alcuni aspetti importanti del periodo di esposizione all'evento traumatico) e l'evitamento o la tendenza all'evitamento di circostanze somiglianti o associate all'evento stressante non presenti prima dell'esposizione all'evento stesso" rappresentano criteri diagnostici fondamentali.

In tutte quelle situazioni in cui le vittime di violenza intenzionale si confrontano con il racconto della propria storia traumatica (per esempio durante la psicoterapia, nelle audizioni tenute dalle Commissioni Territoriali per il riconoscimento dello status di protezione internazionale) la percezione della sensazione di minaccia può determinare una alterazione dello stato di vigilanza con profondo restringimento dello stato di coscienza, confusione e disorientamento. La memoria può frammentarsi e il dolore psichico può essere talmente forte e insopportabile che le vittime possono fornire risposte parziali, sintetiche, incomplete, apparentemente non coerenti o persino contraddittorie, spesso senza rendersene neppure conto, pur di interrompere il colloquio e gli stimoli che inducono i ricordi terrificanti. L'intensa reazione emotiva scatenata dal ricordo degli eventi psicotraumatici può "interferire con il normale processo di elaborazione dell'informazione e con la sua memorizzazione nella memoria narrativa" (Van der Koolk et al., 1994). Quest'ultima, anche definita memoria esplicita o dichiarativa, rappresenta la capacità di registrare e rievocare consapevolmente eventi personali realmente accaduti quali, per esempio, fatti o azioni. Dal punto di vista neurobiologico è stato osservato che in presenza di lesioni delle strutture coinvolte nei processi legati alla organizzazione cosciente dei ricordi (corteccia prefrontale e ippocampo, strutture coinvolte anche nel PTSD) la memoria dichiarativa risulta deficitaria (Van der Koolk et al., 1994). L'amigdala invece rappresenta la sede della memoria implicita, dove si fissano ricordi con forti vissuti emotivi che ricompaiono in seguito a stimoli in qualche modo collegati all'esperienza vissuta. Tale situazione è frequente nelle vittime di violenza intenzionale affette da PTSD. Infine bisogna ricordare che nel processo di memorizzazione o rievocazione giocano un ruolo fondamentale numerose sostanze, per esempio ormoni e neurotrasmet-

titori, la distribuzione e quantità di recettori, i quali attivando o inibendo diverse strutture del sistema nervoso centrale e periferico favoriscono lo svilupparsi della risposta all'evento traumatico o agli eventi prolungati nel caso della tortura.

In definitiva la memoria esplicita e quella implicita sono coinvolte singolarmente o contemporaneamente sia nella memorizzazione e rievocazione dei pensieri o dei ricordi degli eventi traumatici che nei disturbi della memoria a breve e lungo termine di cui soffrono le vittime di tortura.

### ***10.4.2 Approccio sistemico integrato, multi disciplinare e multi dimensionale: l'esperienza del servizio di psichiatria del SaMiFo. La relazione terapeutica e la presa in carico.***

Le persone che si rivolgono al centro SaMiFo (Centro di Salute per Migranti Forzati), in particolare al servizio di psichiatria, sono tutte vittime di tortura, di persecuzione politica, religiosa, etnica e culturale, costrette, per queste ragioni, a fuggire dal proprio paese. Un dramma individuale che colpisce e cambia radicalmente la loro vita mettendone a rischio tutte le capacità e le risorse individuali. Con la tortura si distrugge "il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona", l'intimità, il sistema di relazione e di significato faticosamente costruiti durante la propria esistenza. Questo complesso dramma umano richiede attenzioni terapeutiche multidisciplinari e multidimensionali. Parlo volutamente di attenzioni terapeutiche perché abbiamo imparato dai nostri pazienti che l'intervento terapeutico tradizionale per la nostra cultura risulta scarsamente efficace se non supportato anche da interessi per le problematiche sociali, legali, individuali. Inoltre anche minime conoscenze e interessi alle dimensioni culturali, religiose, linguistiche, morali e politiche da parte degli operatori favoriscono la relazione terapeutica, la presa in carico e la fiducia nel personale coinvolto nella complessità della cura. L'uso di farmaci psicotropi quali per esempio gli ipnoinducenti o gli antidepressivi, oltre a ridurre alcuni sintomi gravemente invalidanti, favorisce la presa di fiducia nel nostro sistema di cura e l'accettazione e la comprensione della psicoterapia (Jaranson et al, 1998), trattamento effettuato nel nostro servizio, basata sulla ricostruzione dettagliata della storia traumatica, completa del vissuto e delle emozioni e sensazioni.

La visita psichiatrica e la presa in carico avviene generalmente prima della audizione presso la Commissione Territoriale che analizza la richiesta di protezione internazionale. Altre volte i pazienti sono già in possesso dello status di rifugiato, di protezione sussidiaria o umanitaria. Seppur meno frequentemente seguiamo persone che hanno fatto ricorso al tribunale ordinario perché è stata loro respinta la domanda di protezione. L'invio viene fatto dagli ambulatori di psicologia e di medicina di base, dai servizi legali del Centro Astalli o di altre agenzie del terzo settore, da istituzioni pubbliche, dai centri di accoglienza.

La richiesta di visita psichiatrica avviene perché oltre a una storia di persecuzione, incarcerazione, abusi e violenze sono presenti sintomi di grave sofferenza psichica che condizionano fortemente la vita quotidiana delle vittime.

Altre volte le persone che giungono al nostro centro manifestano il dolore psichico e il disagio sociale attraverso il corpo, con sintomi apparentemente ingiustificati. Come alcuni autorevoli scrittori hanno spiegato "il corpo è vissuto come un modo di essere presente nel mondo, fisico e sociale e a se stesso" (Sayad, 2002). Attraverso il racconto dei pazienti nel narrare la loro malattia è possibile poter conoscere le rappresentazioni della sofferenza legate al vissuto traumatico e al percorso migratorio.

Prima del colloquio si consulta la scheda di prima accoglienza e la cartella clinica contenente oltre i dati anagrafici, la situazione logistica, la storia legale, le visite effettuate, gli accertamenti richiesti, lo status giuridico.

I colloqui avvengono generalmente previo appuntamento, in presenza di un interprete o un mediatore linguistico-culturale; a volte accompagnano il paziente operatori socio-sanitari di altri servizi, responsabili di centri di accoglienza, amici, conoscenti, raramente familiari. In casi in cui la visita è urgente per la presenza di gravi sintomi quali ideazione suicidaria, deliri, allucinazioni, aggressività verbale, agitazione psicomotoria, si cerca di capire se il paziente deve essere ricoverato in ambiente specialistico o se sono presenti le condizioni per essere curato a "domicilio".

L'obiettivo principale della prima visita psichiatrica è di riuscire a garantire sicurezza, privacy, fiducia. Essere educati, gentili e calmi aiuta a mettere a proprio agio il paziente, farlo sentire al sicuro e libero di rispondere alle domande. Le vittime di tortura devono essere informate anche delle notizie apparentemente insignificanti e talvolta già fornite:

i diritti di essere curati gratuitamente, il significato e il rispetto del segreto professionale, l'organizzazione del centro, i nomi delle persone presenti al colloquio, i ruoli che ricoprono. Infine, prima di procedere al primo colloquio, si chiede ai pazienti se hanno desiderio o la curiosità di fare delle domande: la risposta attraverso un piccolo cenno di no con la testa è l'espressione del vuoto che stanno vivendo. Sembrano incapaci di esprimersi, sono fortemente angosciati, frequentemente in preda a crisi di pianto. Questo è generalmente il contesto del "setting" terapeutico alla prima visita psichiatrica. Nonostante la preparazione, la formazione continua, la supervisione, la conoscenza del fenomeno e l'esperienza pluriennale a sopportare l'atrocità del dolore delle vittime di tortura, il rischio che lo stato d'animo delle vittime di tortura possa trasmettersi al terapeuta e agli operatori presenti al colloquio contaminando la relazione terapeutica è elevato. Si cerca di rasserenare il paziente: "...ho letto la sua storia, mi dispiace per le violenze che ha subito. Siamo qui per aiutarla..." Solo successivamente si chiede al paziente di fornire le proprie generalità

La localizzazione e la cura dell'ambiente terapeutico, la preparazione degli operatori coinvolti nel setting contribuiscono a "eliminare o ridurre al minimo inutili stati di sofferenza che potrebbero compromettere l'intervento terapeutico". Va assolutamente evitato che il "contesto terapeutico possa essere vissuto come una ripetizione della relazione di influenza" (Sironi, 2001). Ciò vuol dire che sia la tortura che la terapia sono importanti strumenti di potere e di influenza; quindi, anche se è difficile immaginare al primo colloquio il contesto in cui si è stata perpetrata la violenza, vanno evitati comportamenti che possono essere interpretati e paragonati alla tortura, e che possono generare fenomeni di reliving, flashback, restringimento dello stato di coscienza, dissociazione, inibizione, disturbi della memoria e dell'attenzione con conseguente rischio di abbandono della terapia.

Attraverso il primo colloquio si esplora la storia non traumatica del paziente. La raccolta delle informazioni e dei dati riguarderà inizialmente gli aspetti sociodemografici (storia familiare e personale, lingua, religione, etnia di appartenenza, titolo di studio, lavoro, notizie mediche, situazione logistica e legale in Italia, etc) e successivamente informazioni clinico-diagnostiche (sintomatologia, decorso, situazioni nelle quali generalmente compaiono i disturbi, etc). Si chiede come sia arrivato in



Italia, dove alloggia e più in generale come si trova nella nostra città. La persona vittima di tortura deve percepire già nel primo incontro un clima di fiducia e di sicurezza perché ciò favorirà l'alleanza terapeutica.

Durante tutti i colloqui ci si accerta sempre e anche più volte durante la stessa seduta della completa comprensione di quanto esposto, verificando che i pazienti abbiano realmente capito.

Spesso al primo incontro i pazienti sono silenziosi, rispondono in modo sintetico e senza approfondimenti, hanno paura, sono sospettosi, sembra che il loro pensiero sia altrove. Fissano spesso il pavimento o un punto della parete, evitano in ogni caso di incrociarsi con gli occhi del terapeuta. Sembrano paralizzati fisicamente e psichicamente, apparentemente incapaci di esprimersi, fortemente angosciati, frequentemente in preda a crisi di pianto. Si cerca di rasserenare i pazienti, di trasmettere dispiacere e comprensione per ciò che provano e di spiegare che il loro malessere è la "normale" reazione a quanto vissuto. Si spiega il significato e la funzione dei sintomi e, se necessario, si ricorre a degli esempi. Si ribadisce che la nostra è una forte e chiara scelta professionale per aiutare le vittime che hanno subito gravi violazioni dei diritti umani a superare uno dei peggiori periodi della loro esistenza. Non farli sentire soli poiché esiste oltre al nostro centro una rete formale di sostegno. Si chiede quindi se vogliono bere acqua e successivamente si procede al colloquio. In questa fase non bisogna mai fermarsi di parlare, di dare informazioni e spiegazioni e fare domande adeguate. Come afferma F. Sironi (2001), bisogna "Evitare che il paziente vada in trance, attivare il processo di rianimazione psichica".

I trattamenti integrati multidisciplinari e multidimensionali praticati nel Centro SaMiFo devono tener presente la complessità della situazione che stanno vivendo le vittime (trauma premigratorio, traumi addizionali, allontanamento forzato e improvviso dalla famiglia, perdita del lavoro e dello status sociale precedente, situazione logistica e economica attuale difficile, tempi lunghi per il riconoscimento dello status, etc)

In particolare nella fase che precede l'audizione in Commissione il supporto psichiatrico e la psicoterapia espositiva desensibilizzante (che ha l'obiettivo di indurre una trasformazione della risposta emotiva collegata ai ricordi degli eventi traumatici, come dettagliato più avanti) devono considerare la concreta possibilità che le vittime possano manifestare, talvolta in maniera imprevedibile, gravi disturbi della memoria indotti da

stimoli terapeutici.

Nella prima fase la terapia si pone come obiettivo la stabilizzazione della sintomatologia. Spesso in questo periodo si rende necessario l'uso di psicofarmaci per la presenza di sintomi fisiologici gravemente invalidanti. Si informa il paziente degli effetti desiderati ed indesiderati dei farmaci, della ipotetica durata del gratuito trattamento. Si richiede l'adesione al trattamento e nel caso affermativo si consiglia di non interromperlo autonomamente. Si evita, in questa fase, di affrontare in modo affrettato, superficiale e prematuro il racconto degli eventi traumatici, informando comunque le vittime della nostra conoscenza della loro storia di migrazione forzata.

Nelle visite successive e qualora non vi siano controindicazioni all'uso della psicoterapia espositiva si ipotizza l'applicazione della stessa. Si spiega la tecnica terapeutica desensibilizzante nella maniera più chiara e comprensibile possibile, usando un linguaggio non scientifico e se necessario ricorrendo a esempi o metafore; bisogna accertarsi che il paziente abbia realmente compreso il senso del processo terapeutico, prima di procedere alla sua applicazione (Sales 2006). Infine, dopo aver valutato le risorse della vittima e del contesto nella sua globalità, in accordo con il paziente, gli operatori del Centro Astalli ed il mediatore linguistico culturale, si provvederà a disegnare un piano terapeutico

È utile a volte "paragonare il processo di guarigione ad una maratona... un test di resistenza che richiede una lunga preparazione e pratiche ripetitive" (J.L.Herman,1995).

Il metodo della testimonianza, tecnica terapeutica desensibilizzante di esposizione condivisa e graduale agli eventi traumatici, si basa sulla ricostruzione dettagliata della propria esperienza. È stata usata sulle vittime di tortura durante la dittatura di Pinochet da due psicologi cileni che divulgarono inizialmente i loro risultati sotto falso nome, per assicurare la loro incolumità e quella dei pazienti e dei familiari (Cienfuegos et al,1983). Trattasi di una tecnica terapeutica intensiva ed ambiziosa in cui le scelte sui tempi e ritmi da dare agli incontri devono essere valutate attentamente dal terapeuta, in condivisione con il paziente, con una discreta tolleranza e flessibilità. Come già accennato in precedenza il racconto dell'evento traumatico deve essere dettagliato e completo, deve cioè comprendere oltre all'evento la descrizione delle emozioni e delle sensazioni corporee. Freud affermava già nel 1894 che il ricordo

privo di elementi affettivi è quasi sempre del tutto inefficiente mentre l'espressione verbale di una esperienza traumatica indicibile fu definita da Janet (1889) "analisi psicologica", successivamente da Freud "psicoanalisi" e da una paziente di Breuer "talking cure". McCann e Pearlman nel 1992 sostenevano che "la narrazione che non comprenda l'immaginario traumatico e le sensazioni corporee è infruttuosa e incompleta". R. Mollica nel 1988 riferendosi alla terapia basata sulla ricostruzione della memoria traumatica ipotizza che "attraverso il loro racconto recuperano il mondo che hanno perduto".

Il percorso espositivo basato sul ricordo e l'immaginazione si sviluppa in più fasi. L'obiettivo è quello di indurre una trasformazione della risposta emotiva, la riduzione dell'ansia e dell'angoscia, la diminuzione delle condotte evitanti gli stimoli temuti, la riduzione del malessere provocato dai sintomi intrusivi. La durata degli incontri è variabile da paziente a paziente; dipende inoltre dalla presenza e dalle capacità del mediatore linguistico culturale, della puntualità del paziente (e del terapeuta), dallo stato del paziente, dalla intensità dei sintomi. Raramente la rievocazione del trauma dura oltre 90 minuti a seduta. La valutazione del risultato si discute con il paziente (oltre che con gli altri operatori) e la riduzione della frequenza e della intensità dei sintomi riferita dal paziente rinforza il programma e l'alleanza terapeutica, aumentando la motivazione del terapeuta e l'adesione al trattamento del paziente.

I colloqui psichiatrici e la psicoterapia espositiva desensibilizzante si realizzano sempre con uno spirito di condivisione degli interventi, di partecipazione attiva, di "concertazione" in "uno spazio intimo di lotta per la libertà" (Sales, 2006), dove la sicurezza viene garantita e preservata. La terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia psicanalitica, l'EMDR e l'ipnosi sono altre valide tecniche di trattamento per le reazioni psico-traumatiche.

I rifugiati e più in generali i migranti forzati sono purtroppo una realtà da affrontare con risposte strutturali, non basate sulla emergenza. Allo stato attuale l'accesso al nostro sistema di cura, la reale fruibilità del servizio e la valutazione dei risultati rappresentano indicatori importanti.

## Bibliografia

AAVV (2006): *La situazione dei diritti umani nel mondo. Rapporto 2007*, Amnesty International, EGA Editore, Torino.

Allodi F., *Les sèquelles psychiatriques chez les enfants et les familles des victimes de la persecution politique et de la torture*, Amesty International, Doc. SF/79/E/230/ORG/44, 1979

Allodi F., Cowgill G. (1982): *Ethical and Psychiatric Aspects of Torture: a Canadian Study*, *Canadian Journal of Psychiatry*, 27,2, pg 98-102.

Baker R. (1992): *Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe*. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 83–101). Cambridge: Cambridge University Press.

Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S. (1997): *Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture*. *Psychol Med*. Nov;27 (6):1421-33.

Charcot J.M. *Leçons du mardi à la Salpêtrière Policliniques 1887 – 1888*, on line su [www.istitutoricci.it](http://www.istitutoricci.it)

Cienfuegos AJ, Monelli C. (1983): *The testimony of political repression as a therapeutic instrument*. *Am J Orthopsychiatry*. Jan;53 (1):43-51.

DSM-IV (2002): *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali ed italiana* Curatori: Andreoli V. - Cassano G. B. - Rossi R. Elsevier ed.

Foucault M. (2002): *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Gallimard Paris 1976, ed italiana *Sorvegliare o punire* Einaudi Torino.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. (2005): *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. *Lancet*. Apr 9-15;365 (9467):1309-14.

Freud S. (1894): *Le neuropsicosi da difesa in Freud opere complete ed italiana*, vol. 2, Boringhieri ed. 1968

Freud S. (1922): *L'io e l'es in Freud opere complete ed. italiana*, vol. 9, Boringhieri ed. 1977

Friedman, M., & Jaranson, J. (1994): *The Applicability of the Post-Traumatic Concept to Refugees* In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207–227). Washington, DC: American Psychological Association.

Gerrity E, Keane T.M., and Tuma F (2005): *The Mental Health Consequences of Torture*, Edited by Kluwer Academic/Plenum, New York.

Goldfeld AE, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. (1988): *The physical and psychological sequelae of torture. Symptomatology and diagnosis.* JAMA. May 13;259 (18):2725-9.

Hendin H, Pollinger Haas A. (1994): *Combat adaptations of Vietnam veterans without posttraumatic stress disorders.* Am J Psychiatry. Aug;141 (8):956-9.

Herman JL. (1995): *Crime and memory.* Bull Am Acad Psychiatry Law; 23 (1):5-17.

Herman JL (1992): *Guarire dal trauma, ed italiana. Magi ed 2005*

Kilpatrick DG, Best CL, Veronen LJ, Amick AE, Villepontoux LA, Ruff GA. (1985): *Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey.* J Consult Clin Psychol. Dec;53 (6):866-73.

ICD-10, decima revisione della classificazione ICD (*International Classification of Diseases*), *Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'ONU, 1984. Versione 2007 reperibile sul sito: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>*

*Janet P. (1889): L'automatisme Psychologique. Paris Felix Alcan*

*Jaranson JM e Popkin MK (ed) (1998): Caring for Victims of Torture.*

*McCann IL, Pearlman LA. (1992 ): Constructivist self-development theory: a theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. J Am Coll Health. Jan; 40 (4):189-96.*

*Miller A. (1997): La persecuzione del bambino: le radici della violenza. Bollati Boringhieri. Torino.*

*Mollica R. (1988): The trauma story: psychiatric care of refugee survivors of violence and torture, in Posttraumatic therapy and victims of violence, New York, pg 295-314.*

*Mollica RF, Poole C, Son L, Murray CC, Tor S. (1997 ): Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Aug;36 (8):1098-106.*

*Nathan T. (1990): La follia degli altri, Ponte alle Grazie Ed., Firenze.*

*Nathan T. (1997): Spécificité de l'ethnopsychiatrie. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. N° 34.*

*ONU: Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, New York 1984 reperibile sul sito: [http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione\\_Ginevra\\_rifugiato.pdf](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione_Ginevra_rifugiato.pdf)*

*Putnam R.D., (2004): Capitale sociale e individualismo, crisi e rinascita della cultura civica in America, a cura di Roberto Cartocci, Il Mulino editore, Bologna.*

*Rasmussen OV, Amris S, Blaauw M, Danielsen L. (2006 ): Medical physical examination in connection with torture. Torture. 16 (1):48-55.*

*Sales P.P. (2006): Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integrando-*

ra, Desclèe de Brouwer, Bilbao.

Sayad A. (2002): *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato ed italiana* Cortina ed.

Shrestha N.M, Sharma B., "Torture e vittime della tortura" Tradotto e adattato dalla bozza originale dal gruppo rifugiati NAGA in collaborazione con l'IRCT di Copenhagen, 1998, in [www.naga.it/pdf/gruppo\\_har.pdf](http://www.naga.it/pdf/gruppo_har.pdf)

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*. Apr;170:351-7.

Sinnerbrink I, Silove DM, Manicavasagar VL, Steel Z, Field A. (1996): Asylum seekers: general health status and problems with access to health care. *Med J Aust*. Dec 2-16;165 (11-12):634-7.

Skylv G. (1992): *The Physical sequelae of torture in Torture and its consequences*, edited by M. Basoglu, Cambridge University Press.

Sironi F. (2001): *Persecutori e Vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli Editore, Milano.

UNHCR (Alto Commissionato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite) Protocollo di Istanbul: *Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante* Geneve 1999 in [www.unhcr.ch/pdf/8istprot\\_fre.pdf](http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_fre.pdf)) traduzione italiana a cura dell'ufficio studi ricerche legislazione e rapporto internazionali Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria sul sito <http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2482.pdf>

Van der Kolk BA, Herron N, Hostetler A. (1994): The history of trauma in psychiatry. *Psychiatr Clin North Am*. Sep;17 (3):583-600.

Vinar M. (1989): *Exil et Torture*, Danoèl, Paris.

# 11. Il nesso di causalità in psichiatria

di Maurizio Bacigalupi e Marta Bacigalupi

## 11.1 Causa, cause, causalità

Il concetto di causa ha nella sua radice etimologica (Pianigiani, 1937) quello di battere, colpire, produrre battendo, ma anche quello di agire, cadere, accadere. La causa potremmo dire è un'azione intensa che nel colpire produce delle conseguenze. Si parla pertanto di causa in funzione di un effetto che essa produce, si prendono pertanto in considerazione due fattori associati di cui uno l'effetto è l'altro, quello che precede, la causa. Perché l'associazione di due fattori definisca un nesso di causalità è necessario però che siano soddisfatti tutti i cosiddetti criteri di causalità (Vineis et al. 1988) .

1. *sequenza temporale*. La supposta causa dovrebbe ovviamente precedere l'effetto di un intervallo sufficiente per poter agire. Se è pur vero che post hoc non equivale sempre a propter hoc è anche vero però che se una causa non precede l'effetto è impossibile affermare che lo abbia provocato;

2. *forza dell'associazione*. Più è intensa l'associazione, meno è probabile che sia data da confondimento o distorsioni. Se la convenzione dell'epidemiologia analitica considera forte un'associazione in cui il rischio relativo abbia un valore uguale o superiore a 4, quantomeno bisognerebbe essere certi che quando è presente il supposto fattore causale sia più frequente l'effetto è quando il fattore è assente sia meno frequente l'effetto;



3. *relazione dose-risposta e reversibilità*. Un aumento dell'effetto per aumento della concentrazione o dell'intensità del supposto fattore causale può rendere più verosimile una spiegazione di tipo causale. Qualora non si osservi una relazione dose-risposta non si può comunque escludere l'associazione causale: ci si può trovare di fronte ad un fenomeno tutto o nulla o comunque legato a valori soglia, Aumenta viceversa la verosimiglianza dell'associazione il fatto che alla rimozione della causa scompare l'effetto;

4. *ripetizione del risultato*. Un'associazione confermata da studi ripetuti condotti in tempi diversi e da gruppi di ricercatori differenti dà maggiori garanzie di essere esente dalla presenza di distorsioni;

5. *plausibilità biologica*. L'interpretazione causale è più verosimile se si basa su meccanismi noti: d'altra parte ignorare le forze e i meccanismi in gioco non esclude che ci possa essere un rapporto causale;

6. *coerenza interna dei risultati*. Se i risultati non sono coerenti (associazioni valide solo in popolazioni selezionate per sesso, età, distribuzione geografica, etnie) la spiegazione causale diventa meno verosimile.

7. *specificità dell'associazione*. Se l'associazione riguarda un solo fattore causale e un solo effetto, l'interpretazione causale è più verosimile. È questo un criterio debole, sono noti infatti fattori causali che possono avere più effetti (fumo, trauma) ed effetti prodotti da più cause (basta pensare alla depressione).

Se questi sono i criteri che permettono di definire la relazione causa effetto si può immaginare quali difficoltà si incontrino nel momento in cui si vogliono attribuire le qualità proprie della causalità lineare al tema della salute mentale e delle sue alterazioni. Ancora oggi è viva una discussione tra somatogenesi e psicogenesi della malattia mentale, ipotizzando di volta in volta fattori organici o psicologici come movente del disturbo mentale. Nell'ampia varietà e nei tanti spettri delle malattie mentali si incontrano sicuramente patologie che hanno dimostrato una maggiore componente biologica, basti pensare al gruppo delle psicosi, ed altre che richiamano maggiormente il ruolo di fattori emotivi relazionali, quali le malattie psicosomatiche. Esistono però alcune patologie che si presentano con forme cliniche che sono difficilmente attribuibili, neppure in prevalenza, al modello somatogenetico o a quello psicoge-

netico: basti pensare alla depressione nelle sue varianti di depressione maggiore, con sintomi psicotici o alla depressione reattiva e psicogena.

Lo sviluppo delle neuroscienze ed i progressi delle conoscenze scientifiche sulla plasticità cerebrale, uniti ai progressi tecnologici del brain imaging e della risonanza magnetica funzionale, insieme allo sviluppo di teorie psicodinamiche oggi più attente alle evidenze scientifiche e alla crescita delle conoscenze neuropsicologiche, ci permette, nel campo della salute mentale, di poter considerare come patrimonio comune acquisito i seguenti paradigmi:

- 1) qualsiasi variabile appartenente alla classe descrittiva dei fenomeni psichici (interazioni, avvenimenti, elaborazioni intrapsichiche primarie e secondarie dell'esperienza, ecc.) induce modificazioni biologiche obiettabili a livello encefalico;
- 2) ogni modificazione strutturale e funzionale del substrato encefalico, comunque indotta genera modificazioni del comportamento, nei vissuti emozionali e nelle modalità di elaborazione intrapsichica dell'esperienza (Rossi et al. 2002).

La diretta conseguenza di queste due evidenze è che ogni modello di causalità lineare in psichiatria, se assunto come assoluto, non sarà in grado di dare risposte esaustive allo sviluppo delle conoscenze ed ai bisogni di salute delle persone e sarà causa di interpretazioni riduzionistiche del disturbo mentale. Infatti è oramai evidente che eventi biologici ed eventi psicologici sono collegati tra di loro in un rapporto di causalità circolare dove solo in condizioni estreme è possibile identificare un determinante primitivo.

Conseguenza dell'assunzione di un criterio di causalità circolare è stata la messa in crisi in medicina dei paradigmi tradizionali, con la necessità di rivedere tutti i modelli interpretativi dell'etiopatologia delle malattie. Alla fine degli anni settanta inizia a farsi strada un nuovo modello: il paradigma sistemico bio-psico-sociale che ancora oggi, soprattutto nel campo della salute mentale e delle patologie croniche o degenerative, continua ad imporsi come prevalente (Engel, 1977, Ustun T.B. et al. 2001). Il modello bio-psico-sociale presuppone l'esistenza di una relazione complessa tra le condizioni genetiche e biologiche di una per-

sona, e la costruzione della sua struttura psichica, a partire dall'insieme degli affetti e delle emozioni che una persona sperimenta. La relazione complessa bio-psicologica produce per ogni individuo una condizione propria di vulnerabilità ed è a partire da questo bagaglio di risorse, opportunità e fragilità che, nell'incontro con il mondo, con le relazioni sociali, nella disponibilità o assenza di risorse nel sistema, si può o meno sviluppare quella che continuiamo a chiamare, forse in maniera imprecisa, la malattia.

Nel suo modello sistemico ecologico Bateson (1976) afferma "se dobbiamo discutere l'epidemiologia delle condizioni patologiche mentali, cioè di condizioni parzialmente indotte dall'esperienza, il nostro compito è quello di individuare con sufficiente esattezza un difetto di un sistema di formazione delle idee, in modo da poter passare, da questa individuazione, a postulare quali generi di contesto di apprendimento potrebbero indurre questo difetto formale".

Lo stesso Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (A.P.A. 2001), pur autodefinendosi una classificazione categoriale che suddivide i disturbi mentali sulla base di set di criteri con caratteristiche descrittive e pur statuendo che fare diagnosi non comporta nessuna implicazione riguardante le cause del disturbo mentale, non può fare a meno di ricorrere ad una valutazione multiassiale. Uno strumento diagnostico che abbia solo velleità descrittive si confronta, nel caso dei disturbi psichici, con l'evidente impossibilità di rappresentare la complessità delle relazioni bio-psico-sociali ed è per questo motivo che utilizza l'escamotage della valutazione multi assiale. Si cerca di rappresentare la complessità dei processi circolari con l'uso di una descrizione formulata a partire da cinque punti di vista diversi: i cinque assi del DSM.

*Asse I:* riservato alla descrizione dei disturbi clinici e alle altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica (demenza, schizofrenia, disturbo d'ansia, disturbo dell'alimentazione ecc.);

*Asse II:* riservato alla descrizione dei disturbi di personalità e al ritardo mentale (disturbo borderline, disturbo antisociale, disturbo narcisistico di personalità ecc.);

Asse III: riservato alla descrizione delle condizioni mediche generali siano esse associate o indipendenti dal disturbo mentale;

Asse IV: riservato alla descrizione dei problemi psicosociale ed ambientali (problemi con il gruppo di supporto principale, problemi di istruzione, di lavoro, di abitazione, di disponibilità economiche, ecc.)

Asse V: riservato ad una valutazione del funzionamento globale dell'individuo, lungo una scala che va da 1 (persistente pericolo di far del male a se stesso o agli altri. persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima) a 100 (funzionamento sopra la norma in un ampio spettro di attività). I valori intermedi valutano il grado di funzionamento tenendo presente contemporaneamente sia la presenza e l'intensità dei sintomi sia eventuali difficoltà nel funzionamento relazionale, sociale, lavorativo o scolastico.

È utilizzando questo articolato sistema di descrizioni/diagnosi che la medicina classificatoria cerca di superare i limiti di una visione lineare secondo il modello causa/effetto, fornendo così al clinico, all'operatore sociale, uno strumento che, pur non raggiungendo la ricchezza di una lettura olistica della persona malata, si dimostra utile per la programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi

### **11.2 Stress, eventi stressanti, trauma e disturbo posttraumatico da stress.**

Una suggestione importante ai modelli di causalità in psichiatria viene fornita dalle teorie sul trauma e sugli eventi traumatici. La consapevolezza del ruolo del trauma psicologico nella genesi di vari problemi di natura psichiatrica è stata una presenza variabile per tutto il corso della storia della psichiatria, mentre, paradossalmente, la letteratura ha ampliato utilizzato questa conoscenza. Basti pensare a tutte le opere della poetica epica sin dai tempi di Omero o ai più comuni intrecci del romanzo contemporaneo.

È attribuita a Charcot (1887) la prima descrizione dei ricordi traumatici, da lui definiti "parassiti della mente", ma prima di parlare delle relazioni

da trauma è bene stabilire che cosa si intende con questa parola. Secondo la definizione di McFerlane (1984) ed Eisen et al. (1999) un evento è traumatico quando minaccia la salute e il benessere dell'individuo, quando lo rende impotente di fronte ad un pericolo, quando viola gli assunti di base della sopravvivenza ed evidenzia l'impossibilità di controllare e prevedere gli eventi.

Il DSM-IV -TR, all'interno del Disturbo Posttraumatico da Stress (PTSD), definisce il trauma come «un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta relazione.

Per la loro modalità di presentarsi, gli eventi traumatici si dividono convenzionalmente in tre grandi categorie:

1. eventi traumatici insiti nel ciclo vitale di un individuo (la morte inaspettata di una persona cara, un disturbo cronico, una malattia rara...);
2. disastri naturali (terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche...);
3. disastri o atti di violenza commessi dall'uomo (guerre, aggressioni, maltrattamenti, abusi sessuali, fisici e psicologici, torture, rapimenti, incidenti, crimini...).

Nello scorrere i vari fattori che determinano l'intensità del disagio psichico conseguente ad un evento traumatico, ritroveremo diversi dei criteri che abbiamo illustrato parlando del nesso di causalità .

Il criterio della sequenza temporale e della forza dell'associazione si ritrovano nella tipologia dell'intervento: le violenze perpetuate dall'uomo sono più difficili da elaborare. Il carattere improvviso, la severità intesa come numero di persone coinvolte o come gravità delle lesioni fisiche riportate, l'intensità ovvero la vicinanza fisica ed emotiva giocano un

ruolo determinante nell'intensità che assume la sofferenza psicologica (Pfefferbaum, 1997).

La relazione "dose-risposta" stabilisce che più si è coinvolti nel trauma, maggiore è il rischio di danni psicologici. Nella ricerca sui bambini che hanno vissuto il terremoto in Armenia nel 1988, Pynoos et al. (1993) rilevarono che quanto più i soggetti si trovavano vicini all'epicentro tanto più severe e croniche erano le reazioni da stress, sebbene, anche un'esposizione indiretta, può avere conseguenze psicopatologiche: ne sono esempi i casi di testimoni passivi di violenza domestica, furti e aggressioni in quartieri con alti tassi di criminalità o, semplicemente, i casi di bambini spettatori di immagini violente in televisione.

Dal punto di vista della durata si distinguono traumi di primo o di secondo tipo, gli uni caratterizzati da un esordio improvviso, inatteso, limitati nel tempo e nello spazio, gli altri ripetuti e facili predittori di disturbi dissociativi, di disturbi di personalità, di disturbi internalizzati ed esternalizzati. Alcune teorie considerano la ripetuta esposizione al trauma come un possibile fattore protettivo, come se l'individuo dalla prima esperienza traumatica acquisisse le competenze per gestire il disagio psicologico di altri eventi, anche perché questi risulterebbero meno imprevedibili. Tale teoria è però oggi fortemente rifiutata dalla maggior parte della letteratura che, invece, afferma che l'essere sottoposti a traumi ripetuti comporta una maggiore vulnerabilità e un rischio più severo di sviluppare patologie croniche (Yule 2000).

Il disturbo post traumatico da stress (PTSD) resta comunque un disturbo ad alta incidenza. Gli studi disponibili sono molto variabili e spesso discordanti: negli Stati Uniti si stima una prevalenza lifetime di PTSD di circa l'8% nella popolazione adulta, ma non sono disponibili dati di confronto in altri paesi. Gli studi su gruppi esposti a specifici eventi traumatici danno anche loro risultati variabili, con tassi di prevalenza più alti tra i sopravvissuti di violenza sessuale, guerra e prigionia o campi di concentramento e genocidio per motivi etnici o politici. In questi casi l'incidenza del disturbo è molto alta e si osservano segni di rilievo clinico in un valore compreso tra un terzo e la metà degli individui esposti.

### 11.3 La plausibilità biologica

Esiste ormai una vasta e sufficientemente consolidata letteratura che conferma che in presenza di alcune situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come lo stato di guerra e l'abuso sessuale intrafamiliare), si possano rilevare alterazioni neurologiche e biochimiche, la cui reale implicazione non è ancora pienamente compresa. Molte ricerche testimoniano alterazioni nel volume dell'ippocampo destro in reduci di guerre, in donne soggette ad abusi sessuali prolungati nel tempo, in persone sottoposte ad abuso fisico e psicologico protratto (van der Kolk, et al., 1997; Bremner, 1999a; Krystal, et al., 1998; Bremner et al., 1998).

Diverse osservazioni documentano che lo stress è in grado di compromettere anche il sistema nervoso di bambini e adolescenti sia dal punto di vista funzionale, che strutturale (Perry e Azard 1999). I sistemi biologici che sono coinvolti in queste alterazioni funzionali sono il sistema adrenergico, l'asse ipotalamo-pituitario e il sistema degli oppiacei endogeni. Queste modificazioni producono una serie di variazioni biologiche di rilevanza clinica che possono essere così sintetizzate:

- aumento della produzione della norepinefrina
- diminuzione dei livelli di cortisolo
- iperfunzione cronica tiroidea con elevazione degli ormoni tiroidei

l'interessamento dei sistemi adrenergici e tiroidei comporta, di conseguenza;

- iperattività neurovegetativa
- alta frequenza cardiaca
- alterazione neurobiologica del sonno
- alterazione dei parametri di attivazione EEG (Biondi 1999).

I livelli elevati di oppiacei endogeni provano le risposte analgesiche, quelle di evitamento e i sintomi di appiattimento affettivo.

Tramite ricerche di brain imaging su soggetti con diagnosi di PTSD sono

state riscontrate delle vere e proprie alterazioni strutturali del sistema nervoso centrale. L'evento traumatico comporta rischi ancora più gravi, qualora l'esposizione avvenga nel periodo dalla nascita all'adolescenza, nel quale l'architettura cerebrale è in piena evoluzione.

A livello centrale, uno degli organi più implicati nelle reazioni di stress è l'amigdala, questa ha connessioni con la corteccia prefrontale, la formazione ippocampale e quella reticolare. L'esistenza di un sistema che collega l'amigdala con l'ipotalamo e l'ipofisi e, a valle, con il sistema nervoso vegetativo periferico spiega lo stretto rapporto tra memorie traumatiche e correlati biologici periferici; ipervigilanza, iper ed ipo attivazione dei sistemi neuroendocrini, iperattività adrenergica.

Studi recenti (Bremner 1999b) hanno riscontrato in persone con diagnosi di PTSD, sia adulti, veterani di guerra, sia bambini abusati, una riduzione delle dimensioni dell'amigdala o dell'ippocampo. La modificazione anatomica è stata correlata con le alterazioni del rilascio di glicocorticoidi e di altri neurotrasmettitori coinvolti nella sindrome.

Il sistema mnestico è organizzato in un processo parallelo, in cui l'amigdala, i nuclei della base, la corteccia motoria, percettiva e somatosensoriale sono responsabili della memoria implicita, procedurale, mentre l'ippocampo svolge un ruolo fondamentale nei meccanismi della memoria esplicita. Un trauma ripetuto e perdurante può provocare una "spaccatura orizzontale" tra questi processi che è all'origine dei flashback tipici del PTSD (Nicolais et al. 2002). La memoria procedurale viene dissociata dalla memoria dichiarativa, il ricordo del trauma risulta frammentato e privato del suo contesto spazio-temporale rendendone notevolmente difficile la rievocazione, la verbalizzazione e l'elaborazione (NIMH 2001).

Seppure gli studi di brain imaging ed anche alcuni modelli animali offrano sostegno all'interpretazione che il PTSD possa essere la causa della riduzione dell'ippocampo, non si può escludere allo stato delle evidenze attuali che siano, invece, alterazioni strutturali cerebrali preesistenti al trauma ad aver agito come fattori predisponenti e facilitanti l'insorgere del disturbo (Bremner 1999, De Bellis et al.1999)



Nonostante ci sia molto ancora da comprendere, un messaggio sta diventando molto chiaro: alcune esperienze traumatiche, in particolari condizioni pre e post-traumatiche, possono esitare in processi di memorizzazione anomali che tendono a non risolversi spontaneamente. Tali ricordi possono essere frammentati, non accessibili o parzialmente accessibili, connotati da emozioni magmatiche e da memorie procedurali invalidanti, dolorose e difficilmente gestibili, intrinsecamente non verbali, probabilmente anche a causa di un relativo decremento funzionale dell'emisfero cerebrale sinistro durante il ricordo di gravi traumi (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999; van der Kolk et al., 1997).

## 11.4 Strumenti per la rilevazione del PTSD

L'assessment del PTSD nell'adulto, ma anche nell'infanzia e nell'adolescenza è una delle questioni più dibattute in letteratura. Non esiste ancora uno strumento universalmente riconosciuto e adeguatamente standardizzato, ne consegue che la diagnosi dipende fortemente dallo strumento utilizzato, dalla persona a cui è somministrato e dall'arbitrio del medico. Da questo punto di vista i problemi della riproducibilità e della validità degli strumenti sono al centro dell'attenzione dei ricercatori che con i loro sforzi di standardizzazione stanno riducendo la variabilità dei dati epidemiologici che deriva in parte anche dalla difficoltà di fare una diagnosi accurata.

Tra la pletera degli strumenti esistenti citeremo qui solo quelli che risultano maggiormente utilizzati in letteratura e più sperimentati nella loro validità.

Tra gli strumenti di intervista clinica quello riconosciuto come il più efficiente è il modulo specifico per il disturbo post traumatico dell'intervista Clinica Strutturata per il DSM (Structured Clinical Interview for DSM, SCID, Spitzer et al. 1990). Questo modulo ha dimostrato un'eccellente affidabilità tra i clinici ed è altamente correlato ad altri strumenti psicometrici per i PTSD. Dal punto di vista diagnostico presenta una buona sensibilità ed un'ottima specificità. Uno degli svantaggi della SCID con-

siste nel fatto che valuta solamente la presenza, l'assenza e la presenza inferiore alla soglia dei sintomi, per cui non è in grado di monitorare eventuali mutamenti nella gravità dei sintomi nel corso del tempo.

In alternativa alle interviste cliniche sono state messi a punto diversi strumenti autodescrittivi per il PTSD, quali strumenti particolarmente efficienti in termini di tempo e costi per la raccolta delle informazioni. Purtroppo nessuno degli strumenti compresi in questa classe include indici di validità in grado di misurare il livello di cooperazione, di difesa, di esagerazione o sottovalutazione dei sintomi, di confusione o di risposta casuale alle domande.

Per cui un altro gruppo di strumenti è stato sviluppato su base empirica razionalmente e non basato formalmente sui criteri diagnostici per il PTSD. Ciascuno strumento è stato testato empiricamente per valutarne la capacità di discriminare gli individui che rispondono ad una diagnosi PTSD da quelli che non corrispondono. A nostro avviso il più rilevante esponente di questo gruppo di strumenti è la Symptom Checklist 90 – Revised (SCL 90R: Derogatis, 1977). Molti autori hanno ricavato scale per il PTSD dai quesiti che compongono la lista dei sintomi. In tal modo è stato possibile validare degli strumenti specifici, delle sottoscale specifiche, che hanno dimostrato una particolare utilità in quanto facilmente incorporabili in protocolli clinici e di ricerca che già utilizzano la SCL 90, senza l'aggiunta di altre misure per il PTSD. Ancora oggi, anche per il suo importante uso in ambito clinico e psicologico, la SCL 90 rimane uno degli strumenti più affidabili nella raccolta di tutti i sintomi delle persone che vivono sofferenze secondarie ad eventi traumatici.

Un ultimo filone di strumenti è rappresentato dai cosiddetti metodi di valutazione complessiva capaci di produrre una valutazione psicometrica dell'esposizione ad eventi potenzialmente traumatici. In questo gruppo di strumenti il Questionario sul Trauma di Harvard (HTG – Mollica, Wyshak, Lavelle 1987, Mollica, Caspi-Yavin, 1991) vanta oggi diverse edizioni tutte validate in più lingue, che godono di un'amplissima diffusione, quasi a costituire uno standard. L' HTG consiste in un'intervista guidata che inizia valutando 46 esperienze traumatiche. La seconda sezione dell'intervista include due domande aperte sulle esperienze per-

cepitate dai rifugiati come le peggiori mai sperimentata in assoluto e la peggiore esperita attualmente. La terza sezione indaga l'esperienza di eventi traumatici o maltrattamenti capaci di arrecare danni cerebrali. La quarta sezione infine indaga 40 sintomi connessi al trauma e alla tortura sedici dei quali connessi con i criteri diagnostici del DSM IV. Lo strumento ha come suo peculiare punto di forza quello di rappresentare un tentativo di valutare l'esposizione al trauma e ai sintomi in maniera transculturale; questo ha fatto dell'Harvard Questionnaire uno strumento ampiamente diffuso e punto di riferimento per molti ambiti di ricerca.

Una, seppur breve, selezione di scale e test per misurare la presenza e l'intensità di un disturbo posttraumatico non può non concludersi con un accenno agli strumenti messi a punto in maniera specifica per l'infanzia. Anche per queste giovani popolazioni sono disponibili questionari, interviste e scale, ma quello che col tempo si è dimostrato particolarmente efficace per permettere l'espressione dei vissuti dei piccoli bambini traumatizzati è stato l'utilizzazione di strumenti non verbali o indiretti. Per favorire questo processo, Pynoos (1986) ha elaborato una tecnica di intervista per bambini che hanno assistito ad atti di estrema violenza (omicidi, suicidi, rapimenti stupri, assalti, ecc.). Il formato prevede che al bambino venga chiesto di disegnare ciò che desidera e di inventarsi una storia sul disegno fatto. Da questi elementi si cerca di condurre il focus del discorso sull'evento traumatico attuale e sulle emozioni che ne sono scaturite, attraverso la parola, il gioco, i disegni. Tecniche simili si stanno diffondendo come ausilio nella diagnosi in età infantile proprio perché si basano su strumenti non-verbali, purtroppo più difficili da standardizzare di un questionario, ma certamente più in grado di sollecitare risposte da bambini in età prescolare e, soprattutto, più immediati nel dare indicazioni e risorse per gli interventi terapeutici.

## 11.5 Conclusioni

Questo lavoro non vuole porsi certamente come una rassegna esaustiva sul disturbo posttraumatico da stress nei suoi aspetti clinici e nosografici per i quali si rimanda al contributo di Santone in questo stesso volume. Ha una più modesta ambizione quella di porre una serie di interrogativi

nella testa di chi, per motivi clinici, culturali o di rilievo medico legale, si pone il problema di conoscere se quanto osserva in una persona sofferente possa essere attribuito ad una precisa sindrome così da potergli garantire tutti i diritti di cura e di tutela di cui è portatore.

### **Bibliografia**

*American Psychiatric Association A.P.A. (2001): DSM IV – TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision. (ed. italiana). Masson: Milano*

*Bateson G. (1976): Verso un'ecologia della mente. Adelphi: Milano.*

*Biondi M. (1999): Disturbo Post-Traumatico da stress. In Trattato italiano di psichiatria (ed. Pancheri P. e Cassano G.B.), pp. 2307-2324. Masson: Milano.*

*Bremner J.D., Marmar C.R. (1998): Trauma, memory and dissociation. American Psychiatric Press: Washington*

*Bremner J.D. (1999a): Traumatic memories lost and found. Can lost memories of abuse be found in the brain?, In: Trauma and Memory, (ed. L.M. Williams and V.L. Banyard). Sage Publications: London.*

*Bremner J.D. (1999b): Does stress damage the brain? Society of Biological Psychiatry, 45, 797-805.*

*Charcot J.M. (1887): Lezioni alla Salpêtrière (ed. italiana a cura di A. Civita 1998). Guerini: Milano.*

*De Bellis M.D., Keshavan M.S., Clark D.B., Casey B.J., Giedd J.N., Boring A.M., Frustaci K., Ryan N.D. (1999): Developmental Traumatology. Part II: Brain Development. Society of Biological Psychiatry, 45, 1271-1284.*

*Derogatis L.R. (1977): The SCL 90 Manual: Vol I Scoring, administration and procedure for the SCL 90. Johns Hopkins University School of Medicine; Bal-*

timora.

Eisen M.L., Goodman G.S., Davis S.L., Qin J. (1999): *Individual Differences in Maltreated Children's Memory and Suggestibility*. In: *Trauma and Memory*, (ed. L.M. Williams and V.L. Banyard). Sage Publications: London.

Engel G.L. (1977): *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196,

Krystal J., Bremner D., Southwick S.M., Charney D.S. (1998): *The emerging neurobiology*

Levin P., Lazrove S., van der Kolk B. (1999): *What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pp. 159-172.

McFerlane A.C. (1984): *Life events disaster and psychological distress*. *Mental Health in Australia* 1 (13), 4-6.

Mollica R.F., Caspi-Yavin Y. (1991): *Measuring torture and torture related symptoms*. *Psychological Assessment; a Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3. 581-587.

Mollica R.F., Wyshak G., Lavelle J. (1987): *The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1567-1572.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2001): *Post-traumatic stress disorder*. In: <http://www.nimh.nih.gov/>

Nicolais G., Ferrero E., Pandolfo M.C., Ricceri F. (2002): *Memoria attaccamento e resilience nell'abuso all'infanzia*. *Infanzia e Adolescenza*, 3, 182-196.

Perry B.D., Azard I. (1999): *Post-traumatic stress disorder in children and*

adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 11.

Pynoos R.S. (1986): *Witness to violence: the child interview*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 306-319.

Pfefferbaum B. (1997): *Post traumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.

Pianigiani O. (1937): *Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana*. Sonzogno: Milano.

Pynoos R.S., Goenjan A., Tashjian M., Karakashian M., Manjikian R., Manoukian G., Steinberg A.M., Fairbanks L.A. (1993): *Post traumatic stress reaction in children after 1988 Armenian earthquake*. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.

Rossi R., Fele P., Pancheri P., Bucca M., Cappenberg L. & Calvi L. (2002): *I principali riferimenti teorici in psichiatria: In Trattato italiano di psichiatria* (ed. Pancheri P. e Cassano G.B.), pp. 43-92. Masson: Milano.

Spitzer R.L et al. (1990): *Structural Clinical Interview for DSM III R Patient edition (SCID-P)*. Biometrics Research Department, State Psychiatric Institute: New York.

Ustun T.B., Chatterji S., Bickenbach S.E., Trotter II R., Room R. & Saxena S. (2001): *Disability and culture*. Hogrefe & Huber Publishers: Gottingen

Van der Kolk B., Burbridge J.A., Suzuki J. (1997): *The Psychobiology of Traumatic Memory*. *Clinical Implications of Neuroimaging Studies*, in Yehuda R., McFarlane A.C. (Eds.), "Annals of the New York Academy of Sciences", Vol. 821: *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, New York Academy of Sciences, New York

Vineis P., Duca G. & Pasquini P. (1988): *Manuale di Epidemiologia* La Nuova Italia Scientifica: Roma.

*Yule W. (2000): Disturbo post traumatico da stress: aspetti clinici e terapia.  
Mc Graw-Hill: Milano.*

## 12. La certificazione medica: la regina delle prove?

di Sarah Klingeberg

I rifugiati rappresentano una questione politicamente sempre più controversa; le loro vite, infatti, sono prismi che rivelano per intero lo spettro delle contraddizioni politiche, culturali ed economiche, tanto nei paesi d'origine quanto in quelli d'asilo.

Come ricorda opportunamente Liisa Malkki, i rifugiati sono non a caso percepiti come persone che possono

*«far sanguinare o indebolire i confini nazionali, e al tempo stesso rappresentano una minaccia per la sicurezza nazionale» (Malkki 1995:7-8).*

Afferma, inoltre, che i rifugiati

*«rappresentano un attacco all'ordine assoluto delle nazioni, un ordine percepito spesso come naturale e dotato di una legittimità intrinseca» (Malkki 1995:7-8).*

A questo proposito, Yedullah Kazmi (1994), nel suo studio sul multiculturalismo, sottolinea che, pur non essendo il movimento dei popoli attraverso territori e confini una novità, quello che è differente, oggi, è il significato dello straniero. L'attuale insieme socio-politico dello Stato moderno è tale che lo straniero rimane un estraneo perenne – una persona che «disturba la calma uniformità dei contesti socio-culturali a noi familiari, con una persistente incongruità» (Kazmi 1994: 66).



Egli, quindi, rappresenta una minaccia, una categoria che mette in discussione gli schemi prestabiliti e le consuetudini sociali, turbando la tranquillità dei gruppi sociali, divenendo una potenziale alternativa e rappresentando una minaccia alla legittimità politica del potere stesso. In tale contesto, proprio per la sua intrinseca messa in discussione dei confini nazionali, la categoria del rifugiato sembra essere quella maggiormente pericolosa. Non ancora cittadino del Paese d'asilo, non più rappresentativo della società dalla quale è dovuto fuggire, di fatto quindi, inclassificabile (Beneduce 2003).

La Convenzione di Ginevra (1951) è stata pensata in un momento storico in cui l'intolleranza e le persecuzioni erano prevalentemente espressione della repressione di regimi politici dispotici e autoritari verso individui politicamente dissidenti o appartenenti a gruppi considerati pericolosi per motivi di razza, religione, nazionalità o per credo politico. In tal senso, sono stati esclusi tutti coloro che si sono trovati in situazioni di conflitto generalizzato o di violazione sistematica dei diritti umani.

Nell'attuale scenario geopolitico mondiale, profondamente modificatosi rispetto agli anni Cinquanta, è questa la situazione in cui viene a trovarsi la maggioranza dei richiedenti asilo, per la quale la definizione di rifugiato, secondo la Convenzione del 1951, appare sempre più inadeguata.

D'altronde, le possibilità di una revisione e di un aggiornamento del termine rifugiato appaiono nulle, visto l'inasprimento delle politiche europee in materia d'asilo, la chiusura delle frontiere legata al controllo delle politiche migratorie e la sempre maggiore selettività e rigidità nella concessione della protezione internazionale.

Per risolvere la situazione gravissima dei gruppi perseguitati non contemplati nella Convenzione di Ginevra (1951), l'Unione Europea ha trovato l'escamotage della protezione temporanea. Una protezione internazionale e temporanea, cioè, per gli sfollati e per quanti si trovino in una situazione di pericolo e di necessità simile a quella dei rifugiati, ma che non rientrano in questa definizione restrittiva.

La nostra epoca, quindi, sempre più determinata dalla deterritorializzazione (Appadurai 1996) e dal conseguente indebolimento degli Stati-Nazione, è caratterizzata, soprattutto a partire dagli anni Settanta, da un inasprimento delle politiche migratorie ed in particolare del diritto d'asilo da parte degli Stati dell'Unione Europea, portando alla specificazione di criteri di eleggibilità per l'ottenimento dello status di rifugiato basati

sulla possibilità del richiedente asilo di “provare” la sua storia e sempre più sulla base di parametri biomedici. La procedura d’asilo, pertanto, ha come scopo, quello di verificare, attraverso un procedimento giuridico, se una persona soddisfa o meno i criteri indicati dalla Convenzione di Ginevra (1951).

Come spiega Didier Fassin nel suo articolo “The Truth from the Body” (2005),

*“because the government had to substantially limit the number of people who obtained refugee status, they also had to find criteria to decide who would be allowed access to this rare resource. In the practices of “local justice” (Elster 1992) that, thus, became a necessity—which had previously not been so when demographic and political pressures were weaker and allowed a generous distribution of refugee status—medical expertise was progressively given precedence over the victim’s word” (Fassin 2005: 602).<sup>1</sup>*

### 12.1 Il corpo, grande assente delle scienze sociali

Gli studi antropologici hanno messo in evidenza come il corpo non sia soltanto un’entità biologica e materiale, ma sia anche il prodotto di processi culturali, storici e politici.

Dalle ricerche di Pierre Bourdieu sulla somatizzazione dei codici culturali (Bourdieu 1972) e dagli studi di Michel Foucault sugli effetti del bio-potere (Foucault 1976), il corpo si è imposto infatti, come un punto di vista privilegiato per analizzare i modi in cui le soggettività sono prodotte e le forme culturali elaborate.

La storia delle Scienze Sociali, fino alla metà del XX secolo, però, è caratterizzata dal principio cartesiano della separazione tra mente e corpo. Tale dualismo concepiva l’essere umano unicamente in base alla sua

---

<sup>1</sup> La verità dal corpo

Poiché il governo ha sostanzialmente ridotto il numero di persone che ottengono lo status di rifugiato, ha di conseguenza dovuto determinare i criteri secondo i quali decidere a chi può essere consentito l’accesso a questa rara risorsa. Nella pratica della “giustizia locale” (Elster, 1992) tale procedura è diventata una necessità – a differenza di quando la pressione demografica e politica erano meno importanti e vi era quindi una distribuzione più generosa dello status di rifugiato - la perizia medica si è progressivamente sovrapposta alla parola della vittima (Fassin 2005: 602)

facoltà di pensiero, sganciato da qualsiasi ancoraggio biologico, cioè, dal corpo ed è stato un principio implicito delle Scienze Sociali che hanno studiato l'essere umano nella società solamente attraverso la sua partecipazione intellettuale dando, quindi, maggiore attenzione al linguaggio - caratteristica interpretata come fondamentale nel distinguere l'uomo dall'animale (Fassin 2004).

*“La mente non è fisica e la stessa attività materiale della comprensione, essendo totalmente autonoma e indipendente dalla natura fisica del corpo e unicamente residente nella mente immateriale, risulta svincolata dal nostro io corporeo, materiale (Pizza 2005: 52)”.*

Essere senza sesso, Essere del linguaggio, l'oggetto delle scienze sociali è rimasto, essenzialmente, un soggetto senza corpo (Fassin 2004).

Negli studi antropologici, sarà con il testo programmatico “Le tecniche del corpo” (1936) che Marcel Mauss sottolinea l'importanza di considerare il corpo come produzione sociale. Per Mauss, il corpo non è più unicamente un'espressione naturale, ma la somma di tutte quelle pratiche somatiche apprese che rappresentano il modo culturale di essere nel corpo e di utilizzarlo in società. Il corpo naturalizza e riproduce le categorie sociali e morali che vi vengono iscritte e riflette come una “mappa cognitiva” le rappresentazioni dell'organizzazione sociale.

A questo proposito, per spiegare la dimensione “sociale” del corpo, il sociologo Pierre Bourdieu (1972), con la nozione di habitus<sup>2</sup>, introduce l'idea di un “corpo socialmente informato” ed illustra la dialettica continua che si stabilisce negli esseri umani tra l'interiorità e l'esteriorità, cioè uno scambio incessante tra il corpo e il mondo esterno. Nella sua opera “Le Sens Pratique”, del 1980, Bourdieu spiega come l'individuo sia strutturato dalla classe sociale di appartenenza, dall'insieme delle regole di condotta, dalle credenze e dai valori del suo gruppo d'appartenenza e trasmessi attraverso la socializzazione. Inoltre, precisa come queste disposizioni acquisite influenzeranno il suo punto di vista, la sua rappresentazione del mondo e le sue azioni. L'Habitus struttura i comportamenti e le azioni dei singoli, e allo stesso tempo struttura il loro posizionamento nello spazio sociale.

---

<sup>2</sup> Termine introdotto da Marcel Mauss nel testo programmatico “Le tecniche del corpo” del 1936.

Per chiarire meglio questo concetto, Pierre Bourdieu ricorre spesso all'immagine del gioco (Bourdieu 2004): il modo di giocare di ciascun giocatore, le sue "mosse", le sue possibilità nella vita non si possono spiegare senza prendere in considerazione il campo di gioco specifico in cui l'individuo è inserito, le regole del gioco, le carte dei giocatori. Le "carte" sono costituite dal patrimonio esistenziale di cui i giocatori dispongono (status economico e sociale, cultura, relazioni) e dal loro *habitus*. La presenza in un campo, quindi, significa essere inevitabilmente condizionati da ciò che avviene e si decide in quel campo di gioco.

Dalla scrittura particolarmente evocativa di Bourdieu il corpo emerge quindi, come incorporazione (o somatizzazione) della cultura. Questo è ciò che Bourdieu sembra intendere con "*habitus*". L'espressione corporea, informata dall'abitudine, di identità sociale, appartenenza e affermazione culturale. Tutto ciò potrebbe essere definito come "la positività" del corpo (Scheper-Hughes 2000: 283).

Infatti, se Bourdieu sottolinea gli aspetti positivi della costruzione sociale del corpo, Michel Foucault (1969; 1976) sottolinea gli effetti distruttivi dell'egemonia sui corpi degli individui. Questa concezione di un corpo spesso condizionato dall'ordine politico e sociale emerge dal suo studio dei contesti istituzionali, in cui il potere normativo sul corpo dell'essere umano è abbinato ad un complesso di tecnologie della gestione della salute finalizzate all'addomesticamento dei corpi.

Ciononostante, il corpo immaginato da Foucault è ancora, in larga misura, un corpo privo di soggettività, senza cioè una reale esperienza dell'affermazione e dell'alienazione o del potere e della sua assenza. Ciò che manca è l'esperienza esistenziale del pratico e attivo soggetto umano (Scheper-Hughes 2000: 284).

Quindi, per spiegare la dimensione "sociale" del corpo, Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes rimandano al concetto di *habitus*, con cui Bourdieu introduce l'idea di un "corpo socialmente informato", che emerge come incorporazione o somatizzazione della cultura; mentre per il concetto di "corpo politico", definito dalle autrici come "prodotto del controllo sociale e politico" (Scheper Hughes & Lock 1987: 6), esse rimandano alla teoria del bio-potere di Foucault. A queste due concezioni del corpo come incorporazione di un determinato ordine sociale e po-

litico, però, le studiose criticano l'assenza dell'elemento esperienziale soggettivo.

Entrambi i due corpi, prodotti dell'iscrizione sociale e del controllo politico, si lasciano dietro un progetto fallimentare, perché ignorano l'esperienza vissuta del body-self. È questa terza dimensione, quella delle "mancanti", consapevoli, e spesso alienate esperienze individuali e collettive del body-self, che l'antropologia medica interpretativa riporta sotto il dominio dell'antropologia nella forma del "mindful body" (Scheper-Hughes 2000: 284).

Per tale ragione le autrici propongono tre livelli di analisi del corpo, considerato contemporaneamente nella sua componente fisica, simbolica e storica (Scheper-Hughes & Lock 1987: 7). Secondo le studiose, infatti, il corpo dell'antropologia medica rappresenterebbe l'intersezione dei "tre corpi": il corpo sociale, il corpo politico e il corpo soggettivo.

Sebbene sia fondamentale riconoscere la natura storico-sociale del corpo, è comunque riduttivo pensare a esso come mero prodotto della storia e della società. Il corpo, infatti, non è solo oggetto del processo di plasmazione culturale, esso è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze: i corpi non sono semplicemente costituiti da e attraverso pratiche e discorsi sociali, essi sono anche il terreno vissuto di questi discorsi e pratiche (Csordas 1990). A tale proposito, Csordas usa il termine "incorporazione", concetto che rimanda a quell'insieme di abitudini apprese e di tecniche somatiche culturalmente forgiate (Mauss 1936; Bourdieu 1972), grazie alle quali gli esseri umani sono nel corpo e nel mondo. Diversamente da corpo, incorporazione è un termine processuale che fa riferimento sia alla somatizzazione della cultura, sia all'impegno del corpo nella produzione delle forme culturali e storiche (Csordas 1990).

Come spiega Ivo Quaranta, in termini più specifici, il discorso di un'antropologia dal e del corpo cerca, tutto sommato, di dirci questo: bisogna lavorare sia sulla costruzione culturale della corporeità, sia sulle dinamiche di produzione corporea della cultura, mettendo in luce come i corpi sono sì dei soggetti attivi di conoscenza, ma non come enti trascendentali, bensì nei termini della loro fatticità storica. Il corpo, dunque, come la malattia e la sofferenza, viene apprezzato nei termini di un prodotto di cui ricostruire i molteplici processi di produzione. Separare i due approcci rischia di essere riduttivo. Un'antropologia del corpo è

un'antropologia che indaga il corpo come oggetto passivo di un processo di plasmazione culturale. Un antropologia dal corpo rischia, invece, di guardare al corpo come un agente decontestualizzato. Da un lato, quindi, si produrrebbe un riduzionismo sociale, dall'altro, una celebrazione impropria di un soggetto "eroico" decontestualizzato. Incrociare le due prospettive consente di andare oltre quelle antinomie che rinviano alla natura squisitamente sociale del sapere antropologico, che incorpora certe tradizioni culturali rispetto alle quali dobbiamo operare una forte dose di autoriflessività (Corio & Siclari).

### 12.2 Il governo dei corpi

Nel testo "La volontà di sapere" (Foucault 1978), il filosofo francese spiega come, a partire dal XVII secolo si assiste ad una radicale trasformazione del rapporto del potere con la vita e la morte. Caratteristico del potere sovrano è il diritto di vita e di morte. Si tratta di un diritto che, nella formulazione dei teorici classici, non è assoluto, bensì relativo alla difesa e alla sopravvivenza del sovrano: diritto di far morire o di lasciar vivere. A parere di Foucault, abbiamo qui una forma giuridica propria di un tipo di società in cui il potere è innanzi tutto diritto di prendere e, dunque, anche di impadronirsi della vita per sopprimerla.

A partire dall'età classica avviene un mutamento di queste dinamiche e prende forma un potere volto a dominare, "un potere che gestisce la vita": si potrebbe dire che al vecchio diritto di far morire o di lasciar vivere si sia sostituito un potere di far vivere o di respingere nella morte (Foucault 1978). Si passa, quindi, da un regime di sovranità ad un regime del bio-potere, l'ingresso della "vita", del biologico nel campo politico. Questo concetto di bio-potere è stato, senza dubbio, uno degli elementi indispensabili allo sviluppo del capitalismo, che non ha potuto consolidarsi che a prezzo dell'inserimento controllato dei corpi nell'apparato di produzione, grazie ad un adattamento dei fenomeni di popolazione ai processi economici.

Tra il XVII e il XIX secolo, il "potere sulla vita", secondo Foucault, si sviluppa in due forme principali. La prima ha come obiettivo la disciplina dei corpi, definita dall'autore come "anatomopolitica del corpo umano". La seconda, invece, è rappresentata dalla "biopolitica", volta al controllo

dei corpi e della popolazione, realizzata in una serie di controlli regolatori relativi ai fenomeni demografici, alla nascita e mortalità, al livello di salute o alla durata di vita. Si tratta di due forme di potere sulla vita che nel XVIII secolo sono ancora separate e che troveranno un'articolazione soltanto nel XIX secolo.

Il concetto di bio-politica indica quindi un potere che si realizza precisamente attraverso la definizione del concetto di vita: esso rinvia all'emergere della vita stessa tanto come oggetto, quanto come soggetto del potere. Mano a mano che la vita viene sempre più intesa in termini biomedici essa diventa "nuda", isolata dalle sfere del valore e dell'etica, come suggerisce Agamben (1995). Nella prospettiva di Agamben, il potere agisce attraverso la capacità di controllare la "nuda vita", non ammettendola a una vita sociale significativa. La vita diviene parte del "potere" paradossalmente proprio attraverso la sua esclusione: è in quanto "nuda vita", di corpi sofferenti e da salvare, mera esistenza biologica che oggi i richiedenti asilo si vedono riconosciuti quei diritti ascrivibili alla "cittadinanza". La nuda vita, in altre parole, emerge come modalità storica di costruzione di rapporti di potere, effetto di specifiche strategie di controllo (Agamben 1995; Fassin 2000; 2001).

### 12.3 La certificazione medica

In Italia, negli ultimi anni, il numero di persone cui è stato garantito il diritto d'asilo è diminuito notevolmente e ciò principalmente per due fattori distinti ma collegati: il numero delle domande presentate è diminuito e la proporzione di quelle accettate si è più che dimezzata. Il significativo calo del numero dei rifugiati riconosciuti è il risultato dell'intensificazione della pratica del rimpatrio da parte degli stati europei (pur essendo questa vietata dal principio di non refoulement nella Convenzione di Ginevra del 1951) oltre che della severità di coloro che sono predisposti a valutare le domande d'asilo. L'atteggiamento oramai consolidato da parte delle Commissioni Territoriali in Italia è quello di valutare le richieste con sospetto: tanto è vero che la tendenza è quella di raccomandare sempre più permessi di soggiorno per protezione sussidiaria, che riconoscere lo status di rifugiato.

In Italia, come nel resto dell'Europa, il diritto d'asilo è sempre più svuo-

tato del suo significato. Le ragioni dell'asilo sono a priori squalificate e la Convenzione di Ginevra (1951) viene oramai applicata in maniera sempre più restrittiva e le domande di asilo vengono sempre di più viste come "strumentali" ad un ingresso "legale" nella Fortezza Europa. Non solo,

*oggi lo status di rifugiato è concesso primariamente in relazione alla possibilità – e talvolta persino alla capacità – di produrre, per se stessi, una "giustificata" storia traumatica. È la dimostrabilità di un pericolo strettamente individuale e non di un potenziale motivo di appartenenza (alle classi citate dalla Convenzione di Ginevra: razza, opinione politica, religione, nazionalità o appartenenza ad un determinato gruppo sociale) a consentire il riconoscimento del rifugio. (...)Ciò che deve essere dimostrato è la possibilità di aver sperimentato la violenza direttamente, ossia individualmente, e l'unico modo possibile consiste non nell'argomentare i traumi potenziali, ma nel certificare quelli subiti; è solo grazie a una storia di violenza diretta, di cui la persona sia stata oggettivamente vittima, che la domanda di asilo viene oggi considerata attendibile dal paese di accoglienza (Vacchiano 2005: 90).*

È il richiedente asilo a dover fornire le indicazioni precise delle persecuzioni o delle minacce di cui è stato vittima. L'onere della prova, come nel diritto comune, anche nella procedura d'asilo è a carico del richiedente asilo. Ma, come spiega Estelle d'Halluin, è un paradosso chiedere al rifugiato di giustificare la propria posizione, quando questo per definizione si trova a non disporre: la fuga è precipitosa e l'agente persecutore sempre più cerca di non lasciare tracce del suo operato (d'Halluin 2008). È in questa logica di sospetto, che la certificazione medica è stata gradualmente interpretata dagli Organi Istituzionali predisposti al riconoscimento dello status di rifugiato come "la regina delle prove", vero "documento di convinzione" (d'Halluin 2006).

### **12.4 La relazione medico-paziente ed il paradigma della certificazione medica**

Sempre più, quindi, al medico viene richiesto di attestare la compati-



bilità delle torture subite al quadro clinico del richiedente asilo. Ma ciò è molto difficile poiché nella pratica della tortura, deliberata volontà umana di fare del male, programmata e sistematica offesa perpetrata sul corpo e sulla personalità della vittima con lo scopo dichiarato di annientarlo, vi è una particolare attenzione a non lasciar segni evidenti sul corpo. L'obiettivo ultimo della tortura, difatti, non è sempre quello di far parlare, di strappare informazioni o estorcere confessioni, ma di ridurre al silenzio la persona. La tortura iscrive sul corpo dell'essere umano sofferenza e umiliazione, e trasforma il prigioniero in «un corpo privato di voce» (Scarry 1990: 91)

Il Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) afferma che numerose forme di sevizie non lasciano tracce o cicatrici permanenti sul corpo e che l'assenza di tali prove non è giustificazione valida per negare l'esistenza di tortura. Il testo precisa, inoltre, che le vittime di tortura possono presentare delle lesioni relativamente atipiche: se le lesioni più gravi possono rimanere evidenti sul corpo, la maggior parte delle sevizie guariscono in sei settimane circa, senza lasciare traccia alcuna. Questo perché i torturatori prestano sempre più attenzione a non lasciare segni evidenti sul corpo della vittima.

Il medico si trova, quindi, nella difficile posizione di dover “provare” il legame tra i sintomi e le tracce corporee di tale pratica basandosi soprattutto sui racconti delle sofferenze subite, quando uno dei principali effetti della violenza estrema è di far tacere. Per l'individuo, raccontare è rivivere l'esperienza della tortura e per tale ragione il progetto terapeutico si trova ad essere incompatibile con la logica della “prova”, per definizione inquisitrice e fondata sulla messa in discussione delle dichiarazioni del richiedente asilo.

In tale contesto, la certificazione medica risulta essere un intruso nella relazione terapeutica ed il medico, abbandonando il suo ruolo di “curante”, non si trova a partecipare alla svalutazione della parola: la testimonianza del richiedente asilo e la sua?

Ma come può la certificazione medico-legale rappresentare qualcosa di oggettivamente valido essendo basata per lo più sul racconto delle torture subite e dei sintomi psico-somatici del richiedente (emicranie, dolori muscolari, ...), quelle stesse testimonianze ritenute non sufficienti, perché non oggettive, dalle Commissioni preposte al riconoscimento dello status di rifugiato?

## 12.5 Il corpo come luogo della verità

Il corpo è il luogo per eccellenza d'iscrizione del potere, rappresenta sia uno strumento della sua manifestazione che di sua gestione.

*Initiation rites in which “the scars drawn on the body” are “the written words of the primitive law” (Clastres 1974:159), and the accompanying “harangues” express “the commandments of the domination of men over women and the submission of the youngest to the eldest” (Godelier 1982:78). It is also evident when we consider contemporary wars in which “political rape” serves the goal of “eliminating a community” (Nahoum-Grappe 1996:283). (...) In contemporary societies—at least in those in which the state more or less fulfils its monopolistic function as regards legitimate violence—the body is no longer the political locus in which power is manifested but the place in which individuals’ truth about who they really are is experienced (Fassin & d’Halluin 2005: 597).<sup>3</sup>*

Nell’odierno contesto di chiusura delle frontiere ed inasprimento delle politiche migratorie, il corpo, dunque, è il mezzo privilegiato attraverso cui viene riconosciuto lo status di rifugiato. A partire da una sempre più diffusa politica del “sospetto” e di chiusura delle frontiere, le Commissioni predisposte al riconoscimento, non si “accontentano” più della “sola” parola/testimonianza del richiedente asilo, ma sempre più richiedono degli elementi “oggettivi” che possano attestare la veridicità del racconto.

In questo modo, negli ultimi anni, si è avverato un passaggio di significato dato al “corpo”. Da “luogo dell’imposizione del potere” (o luogo in cui si manifesta il potere nel paese d’origine)- così come inteso da Foucault, a “luogo della verità”. Nel paese d’asilo, infatti, il corpo è sempre più mobilitato per testimoniare le torture subite dal richiedente asilo.

---

<sup>3</sup> I riti di iniziazione nei quali “le cicatrici tracciate sul corpo” sono “le parole scritte della legge primitiva” (Clastres 1974:159), e le “arringhe” che le accompagnano esprimono “i comandamenti della dominazione dell’uomo sulla donna e la sottomissione del giovane al più anziano” (Godelier 1982:78). È anche evidente quando consideriamo le guerre contemporaneamente in cui “lo stupro politico” serve allo scopo di “eliminare una comunità” (Nahoum-Grappe 1996:283). (...) Nelle società contemporanee - almeno in quelle in cui lo stato più o meno adempie la sua funzione monopolistica in riferimento alla violenza legittima - il corpo è non più il luogo politico in cui il potere si manifesta, ma il posto in cui la verità degli individui su ciò che essi sono realmente è sperimentata (Fassin & d’Halluin 2005: 597).

“Corpo” come “luogo della prova”, che si sostituisce alla “testimonianza orale” del richiedente asilo.

Si avvera, quindi, che, in tale amministrazione della prova, venga data maggiore importanza alla parola del medico che a quella del richiedente asilo stesso, pur rimanendo quest’ultima una fonte privilegiata per la stesura della certificazione medica. Nello stesso momento, quindi, in cui si squalifica la testimonianza del richiedente, si chiede al medico di dare delle prove oggettive, quando queste sono il più delle volte frutto della parola, squalificata, del richiedente asilo. Si passa quindi dalla “parola” al “corpo”, dalla “testimonianza” individuale alla certificazione medica, quella che Didier Fassin chiama la bio-legittimità, il riconoscimento del corpo come luogo ultimo della legittimazione politica (Fassin 2004).

Viene così, «attribuita maggiore importanza al corpo sofferente rispetto al corpo minacciato, e il diritto alla vita viene spostato dall’ambito politico a quello umanitario. Per lo Stato è più accettabile bocciare una richiesta di aiuto, dichiarandola infondata, che rifiutare un’opinione medica» (Fassin 2006: 309). La studiosa Liisa Malkki ha utilizzato l’espressione evocativa di “umanitarismo clinico” per sottolineare questa propensione, sottolineando inoltre come

*“le ferite sono accettate come evidenze oggettive, in quanto fonti più affidabili di conoscenza rispetto alle parole delle persone sui cui corpi le ferite stesse si trovano (Malkki 2002: 351)”.*

È come se il corpo prendesse il sopravvento, a scapito del soggetto stesso, che resta il più delle volte inascoltato. È la ricognizione della “nuda vita”, archetipo contemporaneo che sostituisce il biologico al sociale, confermando il «primato della vita naturale sull’azione politica» (Agamben 1995: 6). Il corpo sofferente ha imposto quindi, la propria legittimità laddove altre basi per il riconoscimento venivano progressivamente messe in questione (Fassin 2006). Il corpo, dunque, emerge non solo a criterio di realtà e misura di verità, ma anche a terreno per la rivendicazione di diritti.

È inoltre importante sottolineare come questo statuto privilegiato concesso al corpo nelle procedure di riconoscimento dello status di rifugiato, influisca sulla coscienza che i richiedenti asilo hanno della propria identità. Nel legittimare i segni evidenti sul corpo della tortura fino a ren-

derli la sola giustificazione dello status di rifugiato, la società condanna molte persone ad esistere ufficialmente solo in quanto traumatizzati o in quanto vittime. In questo senso Didier Fassin afferma che si può parlare di incorporazione delle condizioni sociali da parte del richiedente asilo (Fassin 2006).

La persona finisce così per percepirsi come una vittima ridotta a dover suscitare compassione (Fassin 2006). Il corpo personifica quello che Giorgio Agamben chiama “nuda vita” (1995), un’esistenza cioè ridotta alla sua espressione fisica o, in questo caso, al riconoscimento dell’essere umano attraverso il suo corpo.

### 12.6 Continuità della violenza nel contesto di asilo

Nancy Scheper-Hughes, nel suo testo “Questioni di coscienza. Antropologia e genocidio”, sostiene che esista un continuum genocida tra la violenza di massa e le pratiche di controllo operate dallo Stato moderno. La studiosa si riferisce in particolare a quelle violenze quotidiane, nascoste e spesso autorizzate dall’autorità, che si praticano

*negli spazi sociali normativi: nelle scuole pubbliche, nelle cliniche, nei pronto soccorso, nelle corsie d’ospedale, nelle case di cura, nei tribunali, nelle prigioni, nei riformatori e negli obitori pubblici (Scheper-Hughes 2005: 282).*

Questo continuum di violenza rimanda alla capacità dell’uomo di ridurre l’altro alla condizione di non-persona per mezzo di tutte quelle forme di esclusione sociale, disumanizzazione e spersonalizzazione sempre più praticate all’interno degli Stati.

Alla base dell’analisi della Scheper-Hughes è la nozione di “crimini di pace” introdotta da Franco Basaglia (Basaglia, Ongaro Basaglia 1975) a proposito di tutte quelle forme quotidiane della violenza di Stato, di quelle pratiche repressive perpetuate dalle istituzioni totali, come le forme di disciplinamento dei corpi e delle menti che vertono alla cancellazione della dignità degli individui trattandoli come non-persone (Scheper-Hughes 2005).

Quando parliamo di continuum di violenza in riferimento alla categoria

dei rifugiati, ci si riferisce all'importanza di non perdere di vista la continuità che collega ciò che accade nei paesi di fuga a quello che accade nei paesi di asilo. La continuità qui tratteggiata sta nella violenza strutturale <sup>4</sup> insita nelle procedure di sorveglianza, accoglienza e regolamentazione che le istituzioni attuano nei confronti dei richiedenti asilo e rifugiati (Vacchiano 2005), quale anche l'amministrazione della prova e la certificazione medica. Tali pratiche rimandano infatti a quelle forme di violenza quotidiana definite da Nancy Scheper-Hughes come "le piccole guerre e invisibili genocidi" (Scheper-Hughes 2005: 282).

Se, quindi, quella del rifugiato non rappresenta in sé una condizione patologica, lo può diventare se il paese di arrivo non preveda un efficace sistema di accoglienza.

Ciò è dovuto anche al processo di incorporazione da parte dei rifugiati della violenza strutturale perpetrata dagli Stati moderni. La violenza localizzata nelle strutture di potere si fa patologia limitando la capacità d'azione dei soggetti (Farmer 2006), costretti a vivere ai margini di società caratterizzate da profonde disuguaglianze e, dunque, "nella condizione di non poter negoziare i termini della propria esistenza" (Quaranta 2006: XXV).

## 12.7 Note conclusive: questioni d'ordine morale e politico

Con l'introduzione della certificazione medica, nella pratica medica si sono presentati alcuni problemi d'ordine morale e politico, piuttosto che d'ordine strettamente terapeutico. Didier Fassin spiega come in Francia, il ruolo d'esperto sempre più richiesto al medico, è generalmente poco accettato, soprattutto da parte delle associazioni. Nel suo articolo "The Truth from the Body" (2005), l'antropologo individua quattro nodi problematici legati alla pratica della certificazione medica intesa come "prova regina" per la concessione dello status di rifugiato.

Il primo è un problema d'ordine politico. Secondo la Convenzione di Gi-

---

<sup>4</sup> A tal proposito è importante ricordare il concetto di violenza strutturale, così come definito dal filosofo Jhoan Galtung, "come quella particolare forma di violenza che non richiede l'azione di un soggetto per essere compiuta, nella misura in cui a caratterizzarla è la sua natura processuale e indiretta. Nel parlare di violenza strutturale si vuole dirigere l'attenzione verso gli effetti iatrogeni dei rapporti sociali, in diretto riferimento al tema delle disuguaglianze, tanto locali quanto nazionali e internazionali, responsabili di creare ineguali speranze di vita per i soggetti in base alla loro posizione sociale" [Quaranta 2006: XXIII].

nevra (1951), rifugiato è colui che nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato; oppure chiunque, essendo apolide e trovandosi fuori del suo Stato di domicilio in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi (Articolo 1, Convenzione di Ginevra, 1951).

Dando valore alla certificazione medica, attestazione della presenza di segni evidenti di tortura o maltrattamenti sul corpo del richiedente asilo, il medico sente di contribuire ad una interpretazione restrittiva del diritto d'asilo perché è proprio nel momento in cui il timore di persecuzione non è più considerato come elemento valido per il riconoscimento, che viene dato valore al certificato medico. Ulteriore pericolo legato a tale attestazione, è il rischio di legare il riconoscimento dello status di rifugiato solo a coloro che sono stati vittima di tortura o di trattamenti inumani e degradanti, "una" delle tante categorie contemplate dalla Convenzione di Ginevra (1951).

A queste questioni di ordine politico a cui sono di fronte gli specialisti, si aggiunge il pericolo di creare un discrimine tra coloro che riescono ad allegare una certificazione medica al loro dossier per la Commissione Territoriale e i richiedenti asilo che, invece, non ne hanno la possibilità. Nella società d'accoglienza, infatti, molto spesso gli esiliati non sempre sono a conoscenza dei propri diritti e dei servizi a loro disposizione, e non tutti quindi, riescono ad essere accompagnati e sostenuti giuridicamente o medicalmente da un'associazione.

*Admittedly, medical certificates are not required to obtain refugee status, but the value granted to physical marks diminishes the principle of "fear of being persecuted," which, by definition, has no physical translation (Fassin & d'Halluin 2005: 602).<sup>5</sup>*

Il secondo problema è di ordine etico: come già spiegato, chiedendo al medico di attestare che il richiedente asilo sia vittima di tortura o di

---

<sup>5</sup> Bisogna riconoscere che i certificati medici non sono richiesti per ottenere lo status di rifugiato, ma che il valore concesso ai segni fisici, rende meno importante il principio della "paura di essere perseguitato", che, per definizione, non ha corrispondenti fisici (Fassin & d'Halluin 2005: 602).

maltrattamenti inumani e degradanti, viene data più importanza alle parole dello specialista che a quelle del rifugiato. Mentre, la terza questione riguarda la relazione terapeutica: subordinando l'attività clinica alla redazione della certificazione medica, si crea confusione tra il ruolo del terapeuta e quella dell'esperto, ma soprattutto, si da luogo ad una possibile strumentalizzazione della domanda di cura da parte del richiedente asilo con l'unico scopo di ottenere il prezioso documento.

*As a Comede doctor explains: "For me, there is a huge problem, and that is certification. Because it alters the therapeutic relationship. I feel like I'm reduced to an instrument. I very often see a person who has medical problems and who asks me for a certificate. Once the certificate is done the relationship is over. It's frustrating" (Field notes, NGOmeeting, November 9, 2002) (Fassin & d'Halluin 2005: 602).<sup>6</sup>*

Il quarto problema, invece, è di ordine pratico:

*the very effectiveness of the certificate is doubtful, at both an individual and a collective level. On the one hand, contrary to the beliefs of asylum seekers and their lawyers, medical expertise probably has a limited effect on the final decision. (...) On the other hand, clinical expertise, by testifying in certain cases only, implicitly recognizes that others show no evidence, thus admitting that there are degrees of truth, or at least of proof (Fassin & d'Halluin 2005: 602).<sup>7</sup>*

Non va dimenticato, però, che, come spiega Élisabeth Didier, la certificazione medica può rappresentare un elemento positivo da un punto di vista terapeutico e sociale. Nella redazione del documento, infatti, il

---

<sup>6</sup> Come spiega un medico del Comede: "Per me, c'è un enorme problema, ed è la certificazione. Perché altera la relazione terapeutica. Ho la sensazione di essere ridotto ad uno strumento. Molto spesso vedo una persona che ha problemi medici e che mi chiede un certificato. Quando il certificato viene consegnato la relazione finisce. È frustrante. (Field notes, NGOmeeting, November 9, 2002) (Fassin & d'Halluin 2005: 602).

<sup>7</sup> La vera efficacia del certificato è dubbia, sia a livello individuale che collettivo. Da una parte contrariamente alle convinzioni dei richiedenti asilo e dei loro avvocati, la perizia medica ha una limitata efficacia sulla decisione finale (...). D'altra parte, la perizia clinica, certificando solo in alcuni casi, implicitamente riconosce che gli altri non mostrano evidenza, così ammettendo che ci sono gradi diversi di verità, o almeno di prova (Fassin & d'Halluin 2005: 602).

medico riabilita la parola della “vittima” e tale valorizzazione può rappresentare un importante elemento terapeutico per il richiedente asilo. In Francia, negli ultimi anni, oltre all’emergere di queste quattro questioni, un dibattito è attivo tra le associazioni, le organizzazioni giuridiche e mediche per richiedenti asilo e rifugiati a proposito del dover o meno rilasciare certificati medici. Le due principali posizioni, Didier Fassin le definisce usando dei termini introdotti da Max Weber: una “etica della responsabilità” e una “etica della convinzione”. Per la prima, rappresentata soprattutto dal Comité médical pour les exilés (Comede), la questione è letta secondo il punto di vista dei richiedenti asilo: la probabilità di ottenere lo status di rifugiato per i richiedenti asilo può essere minore in mancanza di un certificato medico e quindi la possibilità che il compito della redazione di tale documento possa essere dato ad enti istituzionali, potrebbe pregiudicare la già bassa percentuale di riconoscimenti.

La seconda posizione, con capofila il Centro Primo Levi, sostiene invece che, secondo un’etica della convinzione, la diminuzione della percentuale di riconoscimenti e quindi il sacrificio di pochi, sia il prezzo da pagare per evitare compromessi (collaborazione con le istituzioni nella messa in atto di politiche restrittive in materia di asilo) e per costringere il governo ad assumersi la responsabilità delle sue posizioni (e non lasciare agli esperti del settore e operatori la gestione dei problemi creati dall’inasprimento delle politiche d’asilo).

In tale contesto di strumentalizzazione della certificazione medica e di inasprimento delle politiche d’asilo da parte delle Commissioni preposte al riconoscimento dello status di rifugiato in Italia, volte principalmente ad una chiusura della Fortezza Europa, l’operatore sociale e sanitario assume sempre più un ruolo fondamentale nel processo di ri-definizione del richiedente asilo e rifugiato nel contesto di accoglienza.

Non si può pretendere di aiutare o curare coloro che hanno subito torture senza preliminarmente situare se stessi e il proprio sapere. E proprio perché, sempre più, le Commissioni Territoriali basano il riconoscimento dello status di rifugiato su parametri biomedici e su esiti tangibili di tortura o traumi subiti, che l’operatore è richiamato ad una posizione di maggiore responsabilità nella certificazione medico legale e ad un posizionamento storico e politico che non recida le connessioni che sottendono alla pratica della violenza.



## Bibliografia

Agamben, G. (1995): *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino, Einaudi.

Amnesty International, (2002): *Medici contro la Tortura. Guarire dalla tortura*, Roma, Il Pensiero Scientifico.

Appadurai, A., 2004 (1996): *Modernità in polvere*, Roma, Meltemi.

Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F., (1975, a cura di): *Crimini di pace*, Torino, Einaudi.

Beneduce, R., (2003): *Pensare la violenza: un approccio etnopsichiatrico alla tortura*, in, Associazione Franz Fanon e ICS (a cura di), *Pensare la violenza. Atrocità di massa, tortura e riabilitazione*, Roma, Edizioni ICS, pp. 85-101.

Borofsky, R., (a cura di), 2000 (1994): *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi.

Bourdieu, P., 2005 (2004): *Questa non è un'autobiografia*, Milano, Feltrinelli.

Bourdieu, P., 2003 (1972): *Per una teoria della pratica*, Milano, Raffaello Cortina.

Bourdieu, P., Waquant Loïc, J.D., (1992): *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Torino, Bollati Boringhieri.

Clastres, P., (1974): *La société contre l'Etat. Recherches d'anthropologie politique*, Paris, Editions de minuit.

Comede, (2001): *Rapport final d'activités et de santé publique*, March 31, Kremlin Bicetre, Ed.Comede.

Convenzione di Ginevra (1951) in

<http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/>

*convenzione\_Ginevra\_rifugiato.pdf*

Corio, A., Siclari A., *Verso un antropologia della sofferenza sociale: corpo, potere e contagio. Intervista a Ivo Quaranta, in Trickster, Rivista del Master di Studi Interculturali, n.4, [http://www.trickster.lettere.unipd.it/numero/rubriche/ricerca/corio\\_quaranta\\_1/corio\\_quaranta\\_1.html](http://www.trickster.lettere.unipd.it/numero/rubriche/ricerca/corio_quaranta_1/corio_quaranta_1.html)*

Csordas, T. J., (1990): *Embodiment as a paradigm for anthropology* , in *Ethos*, 18, pp.5-47.

Csordas, T. J., 2003 (1999): *Incorporazione e fenomenologia culturale* , in *Antropologia*, 3, pp.19-42.

Das, V., (1996): *Language and body: transactions in the construction of pain*, *Daedalus* 125, 1, pp.67-92.

Das, V., 2005 (2000): *L'atto del testimoniare. Violenza, conoscenza avvelenata e soggettività* , in Dei F., (a cura di), *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.

Dei, F., (a cura di), (2005): *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.

Didier, E., octobre (1992): *Torture et mythe de la preuve* , *Plein Droit* n° 18-19.

Dromer C., (2006-2007): *Le certificat médical, pièce jointe la demande d'asile en France* , *Mémoire de Master 2 Professionnel, Droits de l'Homme, Droit International Humanitaire, Univ. d'Evry, Val d'Essonne*.

Eastmond, M., (1998): *Nationalist discourses and the construction of difference: Bosnian Muslim refugees in Sweden* , in *Journal of Refugee Studies*, 11, pp.161-181.

Farmer, P., (2004): *An Anthropology of Structural Violence* , *Current Anthropology*, 45 (3): 305-325.

Farmer, P., 2006 (2003): *Sofferenza e violenza strutturale* , in *Quaranta, I.*,

(a cura di), *Antropologia Medica*, Milano, Raffaello Cortina, pp.265-302.

Fassin, D., (2004): *Le gouvernement des corps*, Parigi, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Fassin, D., avec d'Hallun, E., (2005): *The Truth from the Body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers*, *American Anthropologist*, 107 (4), 597-608..

Fassin, D., 2006 (2001): *La biopolitica dell'alterità*, in Quaranta, I., (a cura di), *Antropologia Medica*, Milano, Raffaello Cortina, pp.303-321.

Fassin, D., Rechtman, R., (a cura di), (2006): *Les usages sociaux du traumatisme psychique. Enjeux d'une catégorie réinventée de la santé mentale*, Parigi, Maison des Sciences de l'Homme de Paris Nord, Cxresp e Cesames.

Fassin, D., Rechtman, R., (2007): *L'empire du traumatisme. Enquete sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

Foucault, M., (1978): *La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli.

Godelier, M., (1982): *La production des grands hommes: Pouvoir et domination chez les Baruya de Nouvelle Guinée*, Paris, Fayard.

D'Halluin, E., (2006): *Entre expertise et témoignage. L'étiqye humanitaire à l'épreuve des politiques migratoires*, *Vacarme*, 34.

D'Halluin, E., (2008): *Quels critères pour évaluer les récits des exiles?*, Paris, *Revue Memoires*, 44.

Harrel-Bond, B., 2005 (1999): *L'esperienza dei rifugiati in quanto beneficiari d'aiuto*, in *Antropologia*, 5 (5), Roma, Meltemi.

Indra, D., (1993): *The spirits of the gift and the politics of resettlement:the Canadian private sponsorship of South East Asian*, in Robinson, V., (a cura di), *The International Refugees Crisis: British and Canadian Responses*, London, Mc Millan.

Kazmi, Y., (1994): *Thinking multi-culturalism. Conversation or genealogy and its implications for education*, in *Phylosophy and social criticism*, 20 (3), pp.65-87.

Malkki, L. H., (1995): *Purity and exile. Violence, Memory and National Cosmology among Hutu Refugees in Tanzania*, Chicago-London, The University of Chicago Press.

Malkki, L. H., (2002): *Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism and Dehistoricization*, in Hinton, A.L., (a cura di), *Genocide. An anthropology of genocide*, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, pp.348-381.

Mauss, M, 1991 (1936): *Le tecniche del corpo*, in Id., *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, pp. 385-409.

Nahoum-Grappe, V., (1996): *L'usage politique de la cruauté: l'épuration ethnique (ex-Yougoslavie 1991-1995)*, in Héritier, F., *De la violence*, Paris, Odile Jacob, pp. 273-323.

Pizza, G., (2005): *Antropologia medica*, Roma, Carocci.

Quaranta, I., (a cura di), (2006): *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina.

Scarry E., 1990 (1985): *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino.

Scheper-Hughes, N., 2000 (1994): *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofski R., (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi, pp. 281-292.

Scheper-Hughes, N., 2005 (2002): *Questioni di coscienza. Antropologia e genocidio*, in Dei F., (a cura di), *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.

Scheper-Hughes, N., Lock, M., (1987): *The mindful body: a prolegomenon to*

*future work*, in *Medical Anthropology Quarterly*, 1, pp.6-41.

UNHCR (Alto Commissionato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite), *Protocollo di Istanbul: Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante* Geneve 1999 in [www.unhcr.ch/pdf/8istprot\\_fre.pdf](http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_fre.pdf)) traduzione italiana a cura dell'ufficio studi ricerche legislazione e rapporto internazionali Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria sul sito <http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2482.pdf>

Vacchiano, F., (2005): *Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, in *Antropologia*, 5 (5), Roma: Meltemi.

Van Aken, M., (2005): *Introduzione*, in *Antropologia*, 5 (5), Roma: Meltemi.

## **13. Gli esiti fisici della tortura**

*di Monica Ciardi*

Nel protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) e nei testi di medicina legale si troverà una trattazione completa utile sia per la valutazione degli esiti cicatriziali recenti, che si possono riscontrare nel caso d'ispezione dei luoghi di detenzione, sia degli esiti osservati a distanza di mesi o di anni dall'accadimento dei fatti.

In questa sede ci limitiamo a fornire gli elementi utili per la diagnosi differenziale tra le varie lesioni e per l'identificazione del criterio cronologico facendo emergere le difficoltà che incontriamo nella nostra pratica quotidiana, quando veniamo chiamati a dover rilasciare delle certificazioni per richiedenti asilo politico, che vengono alla nostra osservazione a distanza di tempo, non inferiore ad alcuni mesi dal momento in cui hanno subito violenze intenzionali.

La patologia forense studia le cause che modificano sfavorevolmente l'integrità della persona fisica e psichica dell'individuo causandone la morte ovvero una lesione temporanea o permanente.

Lo scopo dello studio della lesività medico legale è quello d'identificare la natura, le caratteristiche delle lesioni ed il mezzo che le ha prodotte, individuare i meccanismi patogenetici e le modalità secondo cui l'agente lesivo ebbe ad agire, obiettivare tutti gli elementi utili per la ricostruzione della dinamica dell'evento lesivo, evidenziarne il decorso e le conseguenze delle lesioni secondo lo specifico interesse giuridico cui deve essere ricondotta la fattispecie in esame.

Nella nostra pratica quotidiana, siamo chiamati 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.

Nell'ambito della lesività medico legale un particolare rilievo assume la traumatologia forense che si occupa dello studio dei meccanismi fisici e degli effetti lesivi determinati da agenti dotati di energia fisica, caratterizzati da elevata intensità e/o azione reiterata nel tempo.

Tuttavia, è utile ricordare che il trauma, momento causale, dovrebbe essere distinto dal suo effetto, la lesione traumatica, in quanto si tratta di un evento di per sé idoneo a determinare una lesione, ma non necessariamente a produrla, poiché è utile ricordare che vi sono alcuni parametri come la resistenza fisica individuale ovvero il modo di agire, l'intensità e l'azione reiterata nel tempo che influenzano in maniera determinante il concretizzarsi delle lesioni.

È per tale motivo, che, riprendendo una affermazione cara alla medicina legale, si può dire che il trauma rappresenta l'elemento necessario, ma non sufficiente nel determinismo di una lesione o del danno alla persona.

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.

Secondo la tradizionale impostazione data alla materia dal Borri, 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;
2. lesività da energia chimica;
3. lesività da energia biodinamica.

In questa sede trattiamo le lesioni da energia fisica e daremo indicazioni per la violenza sessuale.

Nell'ambito della **lesività da energia fisica** devono essere ricomprese tutte quelle determinate da agenti lesivi dotati per l'appunto di energia fisica che potrà avere natura meccanica, sia esogena che endogena (lesioni da sforzo), elettrica, termica, barica, radiante, fotica, vibratoria.

Le **lesioni da energia meccanica** sono quelle di più frequente riscontro in campo medico legale, nella trattazione in oggetto ci limiteremo alla descrizione delle lesioni di maggior interesse riportate dalle vittime di tortura, che maggiormente giungono alla nostra osservazione e che possono essere così suddivise:

- lesioni da mezzi contundenti (compressioni ed irritazioni cutanee, ecchimosi ed ematomi, escoriazioni, ferite lacere e ferite lacero-contuse, lesioni viscerali e fratture ossee);
  
- lesioni da arma bianca propria ed impropria (ferite da taglio ed abrasioni, ferite da punta, impalamenti, ferite da punta e taglio, ferite da fendente e depezzamento);
  
- lesioni da arma da fuoco (a carica singola, a carica multipla, lesioni da esplosivi);
  
- grandi traumatismi (precipitazioni, esplosioni schiacciamenti, incidenti stradali);
  
- asfissie meccaniche violente (soffocamento, strozzamento, strangolamento, impiccamento, annegamento, sommersione interna, intasamento, compressione del torace, sconfinamento).

Nella nostra osservazione un capitolo a parte meritano le **lesioni da energia termica** ovvero tutte quelle lesioni provocate da rilevanti modificazioni in eccesso o in difetto della temperatura esterna dell'organismo.

Tra le varie lesioni distinguiamo :

- le ustioni (bruciature e scottature);
- le lesioni da calore (colpo di calore, collasso, colpo di sole);



- lesioni da freddo (congelamenti, assideramenti, perfigerazioni, lesioni da bagno freddo).

Inoltre, nella nostra osservazione si riscontrano lesioni da elettricità ovvero lesioni da folgorazione determinate dall'applicazione di energia elettrica domestica sia continua che alternata.

Tralasciamo la descrizione della restante lesività medico legale, poiché non attinente con lo scopo delle indagini a noi richieste e per la quale si rimanda ai testi di medicina legale per la trattazione completa.

Ci limitiamo, in questa sede ad una descrizione sintetica della lesività di maggior interesse per la frequenza di riscontro nelle vittime di tortura e della diagnosi differenziale con esiti di autoflagellazione rituale o di autolesionismo individuale.

**Le lesioni da oggetti contundenti.** Per mezzo contundente s'intende qualsiasi corpo resistente provvisto di una superficie più o meno larga, piana o convessa, dotata di margini smussi e/o spigoli arrotondati, comunque privo di margini taglienti.

Essi sono di molteplice natura, si ricordano a titolo esemplificativo i mezzi contundenti per così dire naturali, come schiaffi, unghie, pugni o calci, ma anche oggetti come pietre e bastoni.

Il trauma contusivo si realizza quando il corpo contundente animato di forza viva si scontra con il corpo umano; quando il corpo umano che, in moto, urta contro uno ostacolo, oppure quando lo scontro avviene tra due corpi in movimento.

A parziale riassunto le lesioni da mezzi contundenti possono essere così distinte in :

- a) lesioni da azione puramente contusiva:
  - compressione ed irritazione cutanea;
  - ecchimosi ed ematomi;
- b) lesioni da azioni principalmente discontinue:
  - escoriazioni;
  - ferite lacere;
  - ferite lacero contuse ;
  - lesioni viscerali;
  - fratture ossee.

Per compressioni ed irritazione cutanea, s'intendono quelle lesioni indotte da mezzo contundente che agisce sulla superficie corporea con un'azione di strisciamento e di confricamento o anche di semplice compressione e con energia assai modesta.

Con tale modalità di azione si provoca la liberazione di mediatori chimici, quali l'istamina, che determina una vasocostrizione con ischemia e pallore che spesso si accompagna alla stimolazione degli algorecettori. Data la breve durata di reazione ed il carattere per lo più transitorio delle compressioni e delle irritazioni cutanee, non si rilevano generalmente vere e proprie lesioni.

Solo nel caso di microtraumi "da durata", si possono obiettivare degli esiti rilevabili anche a distanza di tempo come nel caso delle lesioni dovute a posizioni coatte, che assumono importanza nel contesto generale della valutazione medico-legale del danno alla persona.

Altro paragrafo è dato dalle ecchimosi e dalle escoriazioni, ovvero lesioni determinate mediante compressione o decompressione o trazione o percussione e dotate di maggior forza viva rispetto a quelle produttrici d'irritazione cutanea, non tuttavia sufficienti a vincere la resistenza dei tessuti ed a provocare lacerazioni.

A seconda dell'estensione vengono denominate petecchie o punteggiature quando l'emorragia ha carattere puntiforme, delle dimensioni di una lenticchia, suggellazione quando più petecchie confluiscono nella stessa area, soffusioni emorragiche o ecchimotiche, quando vi è uno spandimento ampio emorragico del tessuto, vibici quando lo spandimento emorragico ha andamento lineare ed ematoma quando la raccolta ematica indotta dal contundente coinvolge le strutture più profonde.

La sede dell'ecchimosi, è importante nella ricostruzione della dinamica dell'evento lesivo che può essere data da lesioni poste in essere da terze persone ma anche essere causate dallo stesso interessato, al fine di porre in essere delle lesioni da autoflagellazione, oppure simulare lesioni da terze persone.

Le escoriazioni, sono date dalla discontinuità degli strati superficiali cutanei o mucosi ad opera del mezzo contundente che agisce tangenzialmente rispetto alla superficie corporea con prevalente azione da strisciamento.

Esse sono distinte in escoriazioni di I grado quando viene interessato

solo lo strato epidermico, di II grado quando viene interessato il derma e si il gemizio di linfa e di sangue con conseguente crosta siero-ematica tanto grande da ricoprire l'intera area escoriata, le lesioni di III grado quando vi è l'interessamento in profondità del derma con una franca emorragia e presenza di crosta ematica più consistente nello spessore ed entità e di colore rosso intenso.

Le lesioni escoriatie non riproducono fedelmente la forma del mezzo che le ha prodotte pertanto difficilmente si può arrivare all'identificazione dello stesso, salvo in casi particolari come in caso di unghiate, che determinano escoriazioni a forma di semiluna facilmente riconoscibili e diagnosticabili; graffiature, date dall'azione di strisciamento delle unghie che si distinguono per essere multiple e ravvicinate, lineari, parallele più o meno lunghe.

Le lesioni da impronta, ovvero prodotte dall'azione di strumenti particolari come lo scudiscio o da frusta, che determinano le classiche figure a nastro.

Tali lesioni producono cicatrici permanenti, cioè evidenziabili anche a distanza di tempo quando interessano il derma profondo.

Alla nostra osservazione, giungono spesso lesioni da fustigazione, ovvero lesioni prodotte da frusta che hanno la caratteristica di essere lineari, localizzate sulla schiena, oblique con vario orientamento e forma, con margini sfrangiati, in special modo quando la frusta presenta dei nodi terminali.

Vi sono anche dei casi, come tra gli sciiti, di osservare delle lesioni di autoflagellazione rituale, caratterizzate da cicatrici parallele tra di loro, orientate dall'alto verso il basso e dall'interno verso l'esterno sulla parete posteriore dei due emitoraci in quanto sono impiegate entrambi le braccia.

Inoltre, nella nostra osservazione è frequente il riscontro di lesioni alle caviglie o ai polsi dovute a mezzi di contenzione o corde durante la sospensione, pratica che consiste nell'appendere per un braccio (o ambedue) o per le caviglie la vittima di tortura.

Solitamente, tali lesioni sono accompagnate dall'interessamento delle strutture muscolari sottostanti soprattutto se protratte nel tempo, ed è per questo che un valido ausilio è dato dall'esecuzione di esami strumentali come ecografie muscolo tendinee o esami TC o RMN.

### **Le ferite lacere e lacero contuse**

Le ferite lacere e le ferite lacero contuse si producono quando l'azione del mezzo contundente, che agisce con un meccanismo di trazione e di schiacciamento è particolarmente intensa così da vincere la resistenza dei tessuti provocandone la discontinuazione a livello superficiale e profondo.

La ferita lacera si ha quando vi è un esclusivo meccanismo di strappamento o di trazione; la ferita lacera contusa si ha quando oltre alla trazione o allo strappamento si associa anche un meccanismo di compressione

Tali ferite possono assumere la forma del corpo contundente e quindi assumere forma lineare, curvilinea, stellare ecc.

Talora, le ferite lacere si producono per l'apice di un moncone osseo fratturato o in seguito alla compressione delle salienze ossee sottostanti: sono caratterizzate da margini non molto irregolari, con fondo anfrattoso scarsamente infiltrato di sangue, da pareti poco cingoliate che risultano essere unite da fasci di fibre (ponti di tessuto).

Questi ultimi sono gli elementi diagnostico differenziali di maggior rilievo con le ferite da mezzo tagliente che possono assomigliare alle lacere ma l'azione tagliente elimina ogni possibilità di residui tissutali fra i margini della lesione.

Le ferite lacero-contuse hanno caratteristiche simili alle lacere ma presentano margini più irregolari, cingolati e con notevole infiltrazione ematica, vista l'azione compressiva del mezzo, presentano fondo anfrattoso e con accumulo di coaguli.

Per completezza, è utile ricordare che tra le lesioni lacero-contuse assumono particolare peculiarità quelle a carico del cuoio capelluto, in rapporto alle particolari caratteristiche anatomiche distrettuali, determinando una vera e propria lesione da scoppio per la presenza di minore resistenza del tessuto sottocutaneo (componente adiposa contenuta in briglie connettivali) e la presenza della superficie ossea sottostante.

### **Le lesioni viscerali**

Traumi contusivi, oltre che le lesioni innanzi descritte possono determinare lesioni agli organi sottostanti, come le lesioni viscerali.

Si parla di lesioni viscerali quando l'azione lesiva interessa strutture anatomiche situate al di sotto dello strato adiposo sottocutaneo.

L'effetto lesivo può consistere in lesioni parenchimali, muscolari, capsulo-legamentose, vascolari nervose, da scoppio di visceri e la loro dislocazione nella fuoriuscita di formazioni erniarie.

Nella nostra osservazione, quando ci viene riferito di aver subito aggressioni con pugni calci soprattutto in regione addominale chiediamo l'esecuzione di esami ecografici al fine di trovare eventuali postumi delle lesioni subite.

Molto spesso, questo tipo di lesioni portano a morte l'interessato per la comparsa di complicanze come le emorragie addominali che se non correttamente e tempestivamente trattate sono una delle cause di morte delle vittime di tortura, soprattutto per emoperitoneo da rottura traumatica di milza.

### **Le fratture**

Quando il trauma contusivo interessa la struttura ossea ed è particolarmente intenso da vincerne la resistenza, si possono avere lesioni fratturative che possono avere differente tipologia.

I meccanismi di frattura sono riconducibili a quelli della compressione, della flessione, della torsione della trazione, che agiscono separatamente o , più di frequente, in maniera combinata.

Inoltre, le fratture si suddividono in fratture composte, scomposte, chiuse ed esposte, intendendosi con il primo termine le fratture che non sono a contatto con l'ambiente esterno a differenza delle fratture esposte che sono a contatto con l'ambiente esterno.

Un cenno a parte, dovuto anche alla nostra osservazione quotidiana lo meritano le fratture-lussazioni, ovvero quelle lesioni che sono associate alla perdita dei rapporti fra capi ossei di una struttura articolare, come si osservano negli arti superiori a causa di pratiche di sospensione.

Inoltre, alla nostra osservazione giungono fratture per lo più viziosamente consolidate per mancanza di trattamento, con importante deviazione dell'asse poiché dovute a grossi traumatismi trattandosi per lo più di fratture scomposte determinate da oggetti contundenti di varia natura, usate con una grande energia meccanica.

Molto spesso, si possono avere delle piccole lesioni così dette a stampo, poiché ricalcano fedelmente per forma e dimensioni lo strumento adoperato.

## **Lesioni da arma bianca**

Per arma bianca s'intende un qualsiasi mezzo in grado di penetrare nell'organismo in quanto provvisto di una punta o di una margine tagliente, ovvero di una punta ed uno o più margini taglienti.

Si distinguono pertanto armi da punta, da taglio, da punta e taglio (quest'ultime divise in monotaglienti, bitaglienti, o pluritaglienti): da menzionare poi quelle armi da taglio definite fendenti caratterizzate da una lama robusta e pesante.

Inoltre, è utile ricordare che vi è una definizione di "armi proprie" ed "armi improprie" con finalità di ricomprendere in tale lesività anche l'azione di mezzi non specificatamente costruiti e destinati all'offesa.

Infatti, accanto ai mezzi lesivi tipici, dotati di margini taglienti e/o di punta ben acuminata, esistono margini e punta irregolari, che danno luogo a quadri cosiddetti atipici nei quali si osservano gli effetti di meccanismi diversi, legati al carattere improprio del mezzo.

L'arma bianca agisce con meccanismi singoli o associati, di pressione, strisciamento e di rotazione e determina in rapporto alle sue caratteristiche, ferite da punta, ferite da taglio, ferite da punta e taglio e da fendente.

## **La ferita da punta**

Per mezzi lesivi o armi da punta intendiamo tutti gli strumenti che abbiano una sezione più o meno circolare e forma cilindrica o conica, più di rado piramidale con sezione poligonale ed angoli smussi che terminano con una punta acuminata (punta propria o tipica) od ottusa (punta ottusa od atipica) e che posseggono consistenza strutturale sufficiente per attuare l'azione penetrante.

I mezzi comuni da punta sono gli aghi, gli spilloni, i punteruoli, i cacciavite, gli spiedi, i fioretti, le punte di ombrello o di bastone, i compassi, le forchette, i forconi, le fiocine, le lime a sezione circolare, le forbici se a branche chiuse, sono anche strumenti a punta naturali come i becchi degli uccelli, gli aculei, le spine e le corna di animali.

Le ferite da punta possono essere distinte in superficiali, caratterizzate da interessamento dei piani cutanei, del sottocutaneo ed eventualmente di alcuni fasci muscolari. Le lesioni superficiali possono essere paragonate a delle escoriazioni per il loro meccanismo lesivo sostanzialmente basato sulla lacerazione del tessuto.

Lesioni a doccia o semicanale, quando il mezzo puntuto colpisce la superficie cutanea con andamento tangenziale formando un solco superficiale.

Profonde o penetranti, quando penetra profondamente in un segmento corporeo o in una cavità corporea, in tal caso può essere distinta in 1) a fondo cieco, quando manca il forame di uscita e la soluzione di continuo presenta solo il foro d'ingresso ed il tramite; 2) trapassante quando il mezzo lesivo attraversa tutto lo spessore di un segmento corporeo fino a fuoriuscirne ovvero, quando la lesione, dopo aver interessato una cavità corporea naturale, si apre nuovamente all'esterno presentando un foro d'uscita (in questo caso appare più corretta la classica dizione di ferita trasfossa).

Molto spesso, nel caso il mezzo penetrante raggiunga dimensioni sufficientemente ampie attorno al foro d'ingresso si determina un orletto ecchimotico dato dall'effetto contusivo, che può riprodurre la forma dell'impugnatura, elemento di particolare interesse ai fini dell'identificazione dello strumento utilizzato.

Poiché il mezzo di lesione penetra nei tessuti recidendoli solo in piccola parte e per lo più divaricando le fibre elastiche unitamente a quelle connettivali del derma, l'aspetto della ferita d'ingresso talora non riproduce quella dello strumento, ma si presenta lineare, ovalare, a losanga a seconda della disposizione delle fibre del tessuto interessato, della morfologia del mezzo impiegato.

Gli esiti cicatriziali derivati da tali lesioni per le caratteristiche evidenziate possono essere molteplici, ovvero si possono avere esiti cicatriziali puntiformi, ovalari, rotondeggianti a seconda del mezzo usato e del segmento corporeo colpito ed è molto complessa l'identificazione del mezzo usato soprattutto tendendo conto della personale cicatrizzazione della cute del soggetto offeso (la presenza di esiti cicatriziali cheloidei) ed anche del colore della pelle del soggetto che può ampliare o minimizzare l'esito cicatriziale con non poche problematiche nella corretta identificazione del mezzo da parte del medico legale.

### **Le ferite da taglio**

Sono considerati strumenti da taglio quelli costituiti da almeno una lama con margine affilato, che ha quindi la capacità di recidere i tessuti agendo con modalità di pressione e/o strisciamento.

I più comuni mezzi da taglio, responsabili di lesioni tipiche sono i coltelli, i rasoi, le lamette da barba, le falci, le roncole, ect.

Possono rientrare nell'ambito dei mezzi taglienti anche i coltelli dotati di margine seghettato e le seghe.

Esistono tuttavia altri mezzi taglienti che pur avendo altra originaria destinazione, hanno eguale capacità e modalità lesiva.

Essi sono rappresentati dai frammenti di vetro o vasellame frantumati, da lamiere metalliche particolarmente affilate, da fili metallici molto robusti e sottili.

I caratteri delle ferite da taglio hanno elementi morfologici in grado di permettere l'identificazione dell'arma del delitto: estremamente variabile è la conformazione della lesione in rapporto alla modalità di azione del tagliente e alle caratteristiche della zona corporea interessata.

A seconda della gravità possiamo distinguere le lesioni in:

a) *abrasioni*: sono le più superficiali e conseguono all'azione di strisciamento tangenziale della lama sulla cute con conseguente asportazione dei tegumenti e lieve gemizio sieroematico;

b) *ferite lineari*: prodotte dall'azione tagliente che penetra più o meno perpendicolare nei tessuti provando la recisione netta delle fibre che li compongono, con profondità maggiore o minore a seconda della prevalente azione di pressione o, rispettivamente di strisciamento;

c) *ferite a lembo*: si hanno quando il mezzo tagliente recide i tessuti con modalità di pressione oltre che strisciamento, ma agendo in senso prevalentemente tangenziale alla superficie corporea, si produce così lembo di tessuti che può distaccarsi completamente, ovvero un margine libero in corrispondenza del punto d'inizio del recidente;

d) *ferite mutilanti*: sono conseguenti all'azione particolarmente energica del mezzo tagliente su parti sporgenti del corpo di cui si provoca il netto distacco; in tal caso si parla anche di ferite da taglio con ampia perdita di sostanza.

Nella diagnostica differenziale medico legale di grande importanza è la presenza di codette o code. Queste rappresentano un fenomeno caratteristico di mezzi taglienti e sono rappresentate da discontinuazioni assai superficiali dei tessuti, localizzate agli angoli della ferita e disposte sulla stessa direzione di quest'ultima tanto da rappresentare dei veri e propri prolungamenti.

Le codette si determinano nel corso dell'azione lesiva ad opera di un ta-



gliente sia quando questo accosta al tessuto ed inizia l'azione recidente, sia quando si allontana e termina graduatamente la sua azione .

Tali discontinuazioni sono dette codette di entrata e di uscita, nella pratica le codette di entrata sono più corte delle codette di uscita, poiché la pressione è più forte e decisa quando inizia l'azione lesiva e si esaurisce lentamente e prevale lo strisciamento in uscita.

Tale reperto tuttavia non è costante, alle volte può mancare la codetta di entrata quando la pressione del mezzo è di rilevante entità, quella di uscita manca solo quando la superficie di uscita è convessa come accade in caso di lesioni addominali o al livello del braccio e del collo.

Gli esiti cicatriziali da essi derivati, variano a seconda delle lesioni inferite ovvero dalle semplici escoriazioni , a lesioni lineari o di forma irregolare come nel caso di ferite a lembo.

### **Ferite da punta e taglio**

Le ferite da punta e taglio sono quelle prodotte da un mezzo dotato oltre che di una punta anche di una lama avente uno o più margini taglienti.

A seconda del numero dei margini taglienti, i mezzi da punta e taglio sono classificati come monotaglienti, bitaglienti o pluritaglienti.

I più comuni mezzi da punta e taglio sono i coltelli di uso domestico, i coltelli a serramanico, i pugnali, le spade, le baionette, gli stiletti, le lame delle forbici.

La classificazione degli effetti lesivi da strumento da arma da punta e taglio è sovrapponibile alle lesioni da mezzo puntuto e mezzo tagliente. Infatti, come accade per le ferite da mezzo puntuto esse sono caratterizzate dalla presenza di una soluzione di continuo d'entrata, un tramite ed una soluzione di continuo d'uscita.

I caratteri comuni delle ferite d'ingresso sono rappresentate dalla nettezza dei margini e dalla loro scarsa infiltrazione delle pareti e del fondo, nonché dalla profondità che di norma prevale sulla lunghezza e sulla larghezza della lesione.

Attorno alla soluzione di continuo d'ingresso qualora il mezzo puntuto tagliente penetri per tutta la sua lunghezza, è possibile un rilievo di una zona ecchimotica riprodotte la forma dell'impugnatura dell'arma, formatasi per compressione sui tegmureti. Questo può essere utile nell'identificazione del mezzo.

Gli angoli della soluzione di continuo di entrata sono ambedue acuti se

si tratta di un mezzo bitagliante, uno acuto e l'altro ottuso se si tratta di mezzo monotagliante, nel caso di mezzo puntuto politagliante, gli angoli possono avere diversa apertura a seconda del numero di lati di cui lo strumento si compone.

Un aspetto particolare è dato dalle lesioni da forbici che se vengono usate tenendo le branche chiuse danno origine a lesioni da punta, in quanto i margini taglienti sono affrontati e sovrapposti, non avendo la possibilità di esercitare un'autonoma azione recidente.

Al contrario se le lesioni determinata da colpo di forbice vibrato a branche aperte, ma molto ravvicinate tra loro, causano aspetti assai tipici, ad esempio ad ali di farfalla.

### **Lesioni da fendente**

Le ferite da fendente si distinguono dalle tipiche lesioni da arma da taglio, di cui sono tuttavia una variante, perché nel loro determinismo agisce, a causa della pesantezza del mezzo e della specifica modalità di azione, una notevole componente pressoria in grado di recidere i tessuti provocando nello stesso tempo rilevanti fenomeni contusivi.

I più comuni strumenti atti a produrre lesioni sono scuri, asce, macceti, mannaie, falci o comunque mezzi dotati di superficie tagliente che abbiano un certo peso e la cui normale utilizzazione non è quella di recidere.

A causa dello scarso potere recidente delle lame, di solito robuste ma poco affilate i margini che si osservano sono ecchimotico-escoriativi di varia entità, espressione della pressione legata al peso dello strumento. La profondità della lesione è diseguale a causa della frequente maggiore penetrazione da parte del mezzo lesivo rispetto ad altre, come avviene nelle lesioni da asce.

Gli angoli della soluzione di continuo non presentano in genere codette o prolungamenti a causa della cospicua azione pressoria, mentre minimo o assente è lo strisciamento.

Se l'arma viene usata in maniera superficiale e di striscio è possibile il determinarsi di lesioni di continuo del tutto simili a quella d'ingresso dell'arma da taglio, manca solo la codetta di entrata poiché vista la pesantezza del mezzo, penetra i tessuti senza strisciarli se non nel momento in cui cessa la sua azione.

In molti paesi, viene usato come fendente il machete e le lesioni da esso

derivate sono lesioni a lembo o altamente mutilanti.

### **Le ferite d'arma da fuoco**

La medicina legale studia le ferite da arma da fuoco con la finalità di determinare il tipo di arma usata, la distanza da cui è stato esploso il colpo, i caratteri del foro di entrata, del tramite e del foro di uscita, che permettono di distinguere tra omicidio, suicidio, ferimento accidentale. L'esame del proiettile e delle sue rigature permette di stabilire il calibro ed il tipo di arma che lo ha sparato. Sulla superficie del proiettile, oltre alla rigatura si formano dei solchi e delle strie che sono caratteristici di ogni canna, il loro esame mediante il microscopio comparatore permette di stabilire con certezza se due proiettili sono stati esplosi dalla stessa arma.

Nella nostra casistica questi aspetti non possono essere indagati, in quanto molti degli elementi richiedono l'esame delle ferite a breve distanza dal trauma, l'analisi dei vestiti, del proiettile, dell'arma.

Noi abbiamo occasione di osservare esiti a distanza di ferite d'arma da fuoco, spesso da guerra, ormai consolidate, in cui è possibile in genere distinguere il foro di entrata e quello di uscita (più piccolo del primo) e verificare, con una certa approssimazione, la congruità del tragitto con le modalità riferite per quanto riguarda direzione e distanza dell'arma. Se il proiettile è ritenuto esso è rilevabile all'esame radiografico e manca ovviamente il foro di uscita.

È possibile il rilievo di schegge, rilevabili radiologicamente.

In genere le ferite d'arma da fuoco non sono provocate intenzionalmente durante interrogatori o imprigionamento e sono rilevate in persone provenienti da zone dove sono in atto guerre, quali Eritrea, le regioni nord occidentali della Repubblica Democratica del Congo, l'Afghanistan.

In conclusione il giudizio sulla possibilità di riferire gli esiti dei vari tipi di lesione a violenze intenzionali si basa sulla morfologia, sulla sede e sulla molteplicità dei reperti obiettivi; da segnalare le lesioni dette "da difesa" sulla superficie anteriore degli avambracci portati a difendere il capo.

Per la loro peculiarità e frequenza affrontiamo in modo approfondito gli esiti di falaqa e di violenza sessuale.

La tortura denominata "falaqa" o "falanga" consiste nella somministra-

## La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati

zione di percosse ripetute sulla pianta dei piedi, che, tipicamente, determina alterazioni poco evidenti.

Le percosse possono essere inflitte con varie modalità, riguardo allo strumento utilizzato e alla posizione della persona torturata.

Nel numero 1 - 2009 della rivista Torture (edita dall'International Rehabilitation Council for Victims of Torture (IRCT) di Copenaghen troviamo i seguenti dati tratti da una casistica svedese (Edston E, 2009):

PAESE	% FALANGA	STRUMENTO PIU COMUNE	ALTRO STRUMENTO	POSIZIONE PIÙ FREQUENTE
AZERBAJDJAN	33	BASTONE DI GOMMA	-	DISTESO SUL PAVIMENTO
BANGLADESH	79	MANGANELLO	RULLO, BOTTIGLIA CON ACQUA CALDA	SOSPESO
IRAN	9	CAVO ELETTRICO	BASTONE DA BASEBALL	SOSPESO
SYRIA	91	CAVO ELETTRICO	BASTONE DI LEGNO	CORPO LEGATO IN UN COPERTONE DI GOMMA
TURCHIA	31	BASTONE	CAVO ELETTRICO	DISTESO SUL PAVIMENTO

I paesi dove si pratica la falaqa sono numerosi e sono elencati in Edston E (2009).

Tra questi i paesi da cui provengono o da cui sono passati molti dei rifugiati che arrivano in Italia: Bangladesh, Egitto, Eritrea, Grecia, Iran, Iraq, Libia, Syria, Turchia

La riduzione della elasticità dei tessuti molli della pianta dei piedi è una conseguenza tipica e la sua valutazione fa parte della visita medico legale di persone che denunciano di essere state torturate.

L'esame obiettivo oltre che delle variazioni della elasticità deve tenere conto anche della distanza tra la cute ed il piano osseo, che varia nei diversi individui.

Studi che hanno valutato l'attendibilità dei reperti palpatori hanno dimostrato che l'esame obiettivo condotto da medici esperti ha una buona

attendibilità.

Nei casi più gravi si ha la “sindrome del compartimento chiuso” caratterizzata da necrosi muscolare, ostruzione vascolare; in questi casi il reperto palpatorio è caratterizzato dalla presenza di irregolarità dei tessuti sottocutanei con frequente presenza di noduli.

La diagnosi può essere confermata con la diagnostica per immagini (RMN, TC, ecografia, ecodoppler per le alterazioni vascolari), ma, specie nella fase acuta, il reperto palpatorio permette di formulare la diagnosi. (UNHCR, 1999 a; Top-Pedersen ST et al. 2008; Savnik A et al. 2000)

Il dolore è in rapporto a lesioni neurologiche periferiche, a fenomeni irritativi locali, ma c'è anche una possibile componente centrale (Prip K et al 2008)

### **Violenza sessuale nella donna**

A distanza di mesi la visita ginecologica non è in grado di evidenziare lesioni caratteristiche, ma solo elementi indicativi nei casi, purtroppo non rari, di violenza estrema praticata da più soggetti e/o con strumenti; si tratta in questi casi di esiti cicatriziali importanti. Un indizio importante è la positività dei tests per malattie sessualmente trasmesse, quali infezione da HIV e da epatite virale B e C. Molto indicativo è il reperto di esiti di ferite lacero contuse e/o contuse in sedi solitamente non interessate da percosse generiche, quali parte alta delle cosce, le natiche, le regioni mammarie.

### **Violenza sessuale nel maschio**

Dopo la violenza sessuale o dopo l'introduzione nell'ano di oggetti estranei si può avere dolore e sanguinamento per giorni o per settimane; spesso si ha stipsi. A distanza di tempo (anche di parecchi mesi o anni) possono persistere i dolori. In alcuni casi si possono evidenziare cicatrici, che se conseguenza di traumi sono visibili al di fuori della linea mediana (quindi non alle 6 o alle 12). Possono essere presenti anche infezioni locali per lo più da gonococco o da clamidia.

La visita clinica è in genere sufficiente per porre la diagnosi, senza necessità di ricorrere a metodi strumentali. (UNHCR 1999, b)

## **Bibliografia**

Borri L. (1922): *Trattato di medicina legale*, Vallardi Edizioni, Milano

Edston E. (2009): *The epidemiology of Falanga - incidence among Swedish asylum seekers. Torture*, vol 19, n.1: 27-32

Prip K, Persson AL. (2008): *Clinical findings in men with chronic pain after falanga torture. Clin J Pain. Feb;24 (2):135-41.*

Savnik A, Amris K, Røgind H, Prip K, Danneskiold-Samsøe B, Bojsen-Møller F, Bartels EM, Bliddal H, Boesen J, Egund N. (2000), *MRI of the plantar structures of the foot after falanga torture. Eur Radiol;10 (10):1655-9.*

Torp-Pedersen ST, Matteoli S, Wilhjelm JE, Amris K, Bech JJ, Christensen R, Danneskiold-Samsøe B. (2008): *Diagnostic accuracy of heel pad palpation - a phantom study. J Forensic Leg Med. Oct;15 (7):437-42. Epub 2008 Jul 9.*

UNHCR (Alto Commissionato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite), *Protocollo di Istanbul: Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante* Geneve 1999 a pag 37 (in [www.unhcr.ch/pdf/8istprot\\_fre.pdf](http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_fre.pdf)) traduzione italiana a cura dell'ufficio studi ricerche legislazione e rapporto internazionali Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria sul sito <http://www.giustizia.it/newsonline/data/multimedia/2482.pdf>

Id, UNHCR b, pag 41.

## 14. Il dolore

di Vincenzo Ciccarini

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come: “Una spiacevole esperienza sensitiva ed emotiva associata ad un reale o potenziale danno tissutale o descritto come tale.”

Il dolore, quindi, non più considerato come un sistema rigido con una semplice relazione stimolo-risposta, un mero fenomeno sensoriale, ma come la composizione di una parte percettiva (nocicezione) e di una parte esperenziale; dolore riconosciuto come stato psicologico soggettivo.

Dolore come percezione che può variare da soggetto a soggetto in base alla diversa, personale soglia del dolore e percezione che si forma non solo dal rilevamento delle modificazioni chimiche secondarie al danno tissutale in atto o possibile, ma in particolare dalla interpretazione personale della lesività di tale danno. Non si tratta soltanto di una semplice percezione ma di una complessa esperienza sensoriale che si concretizza in una “emozione.”

Specificamente il dolore viene classificato ed identificato come:

*Dolore acuto* – il dolore acuto è la normale, fisiologica risposta ad uno stimolo lesivo chimico, termico o meccanico derivante da traumi, interventi chirurgici o malattie. Di recente insorgenza e di probabile breve durata è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali, presenti nell'ambiente o nell'organismo stesso. Può essere associato ad ansia e ad iperattività del sistema nervoso autonomo quali tachicardia, dilatazione pupillare, aumento dell'attività respiratoria e della pressione arteriosa, etc.

*Dolore cronico* – dolore che persiste oltre il periodo di guarigione del danno, considerato non solo come semplice estensione temporale del dolore acuto ma anche come una risposta da mal adattamento al dolore. Di solito non ha una causa d'origine chiara ed identificabile e quando è nota spesso non è aggredibile. Il persistere nel tempo ingenera un circolo vizioso di ansia, depressione e svariati stimoli emotivi che infine trasformano il dolore in una sindrome autonoma con forti ripercussioni sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali propri della persona.

**Dolore globale** – dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia. Legato a motivazioni fisiche, psicologiche e sociali. (OMS)  
Attualmente si considera il dolore come un'esperienza multidimensionale, un evento che determina, nel soggetto in cui si verifica, un'esperienza complessa e articolata in più livelli:

- Sensoriale-discriminativo, nel quale uno stimolo viene identificato, localizzato e valutato nelle sue caratteristiche fisiche;
- Motivazionale-affettivo, con l'attivazione dei riflessi autonomi sovraspinali (circolazione, ventilazione, fenomeni neuroendocrini), con l'attribuzione al dolore della sua tonalità affettiva sgradevole e conseguente spinta motivazionale dell'organismo a reagire con l'attivazione del sistema motorio come reazione di difesa (atteggiamenti antalgici, reazioni di allontanamento e fuga);
- Cognitivo-valutativo, che elabora la stimolazione dolorosa in termini di apprendimento, memorizzazione e comparazione con precedenti esperienze, capacità di astrazione e di giudizio, di attenzione e vigilanza etc.

Sulla base dei diversi meccanismi fisiopatogenetici e relativa tipologia del dolore, possiamo distinguere il dolore in tre categorie:

- Dolore nocicettivo
- Dolore neuropatico
- Dolore idiopatico

**Dolore nocicettivo** – È il così detto dolore "fisiologico". È scatenato dalla attivazione delle strutture periferiche finalisticamente dedicate alla rile-



vazione degli insulti e dei danni tessutali, i Nocicettori che, presenti in strutture somatiche e viscerali, una volta attivati, trasmettono l'impulso alle strutture centrali attraverso le fibre dei nervi. Una volta entrate nel midollo spinale a livello delle corna posteriori, le fibre tessono una fitta rete di connessioni nervose dalle quali originano le vie ascendenti che trasmettono l'informazione nocicettiva ai centri superiori (Talamo, Corteccia).

L'integrazione a vari livelli della nocicezione e la percezione finale da parte del Sistema Nervoso Centrale costituisce il dolore accusato dal soggetto.

Nel dolore nocicettivo possiamo distinguere:

Dolore somatico : lancinante, penetrante, urente o gravativo

Dolore viscerale : sordo, non localizzabile. crampiforme; penetrante o lancinante se su membrane periviscerali.

**Dolore neuropatico** – È caratterizzato da una lesione primitiva o disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale che determina alterazioni della risposta dei neuroni del sistema somatosensoriale centrale o periferico. (IASP)

Su base etiologica il danno può essere determinato da lesione traumatica, da lesioni spinali o cerebrali (infarto, placche di Sclerosi Multipla), da neuropatia diabetica.

Sulla base della localizzazione della lesione il danno può essere:

*Periferico* (neuropatie, Herpes Zoster, Lesioni e amputazioni dei nervi, Radiculopatie, Nevralgie, Neoplasie etc.);

*Spinale* (Sclerosi Multipla, Lesione midollare, Siringomielia, Neoplasie, Ictus spinale etc.);

*Encefalico* (Ictus celebrale, Neoplasie, Sclerosi Multipla etc.).

Nel dolore neuropatico è possibile riscontrare svariate e variegata alterazioni della risposta del sistema somatosensoriale quali:

*Iperalgesia*: aumentata risposta ad uno stimolo nocivo con ridotta soglia del dolore

*Parestesie*: anomale sensazioni non dolorose, spontanee o provocate, descritte come “formicolii e/o punture di spillo”

*Iperpatia*: risposta dolorosa, esplosiva, evocata da aree cutanee ipo o anestetiche a seguito di stimolazioni ripetute

*Disestesie*: sensazioni anomale sgradevoli non necessariamente doloro-

se, spontanee o evocate

*Dolore parossistico*: è un dolore trafittivo tipo scossa elettrica o pugnolata provocato da stimoli meccanici innocui. Tipico della nevralgia trigeminale

*Deficit sensitivo*: perdita parziale o completa della funzione sensitiva afferente e presenza di iperfenomeni nell'area dolente. Cruciale la perdita delle funzioni spino-talamiche (freddo, caldo, puntura di spillo).

**Dolore idiopatico** – È il dolore la cui origine è sconosciuta, che non ha una corrispondente motivazione organica. È anche chiamato dolore psicogeno o dolore somatiforme. I sintomi di dolore possono essere associati a disagio emotivo e a limitazione funzionale e il disturbo ha una plausibile relazione causale con fattori psicologici.

**TIPI DI DOLORE**

Tipo	Origine	Sede		Esempi
<b>Nocicettivo</b>	Da lesione delle terminazioni nervose dei tessuti (stimolo dei nocicettori)	Superficiale	Cutaneo	Ferita cutanea
			Mucoso	Ferita mucosa
		Profondo	Somatico	Dolore osseo, muscolare, nevrite
			Viscerale	Distensione capsula epatica, peritonite, pleurite
<b>Neuropatico</b> <small>(da lesione neuronale)</small>	Periferica	Nervo periferico	Demielinizzazione neuroma	Neuroma
	Centrale	Sistema nervoso centrale	Sistema nervoso centrale	Ictus
	Mista	Mista	Mista	Nevralgia erpetica
<b>Psicogeno</b>			Circoscritto	Da tensione muscolare
			Plurifocale	Allucinatorio Di conversione

La fisiopatologia del dolore è un argomento complesso, nel quale si riconoscono diverse cause, nel quale sono coinvolti diversi tessuti, sono attivati diversi meccanismi, vie, neurotrasmettitori e recettori, diverse sostanze algogene (Ioni  $H^+$ ,  $K^+$ ,  $Ca^{++}$ , Bradichinina BK, Prostaglandine, Istamina, Serotonina, Citochine etc.)

Dalla periferia gli stimoli nocicettivi sono inviati al midollo spinale attraverso differenti fibre nervose: fibre lente amieliniche (C) o piccole fibre mieliniche più veloci (A-delta). Queste fibre entrano nel midollo attraverso la radice posteriore e si connettono con i neuroni delle corna posteriori del midollo. Le corna dorsali midollari, che sono sede di sinapsi tra le fibre afferenti primarie e i neuroni di secondo ordine, contengono neuroni interessati nella trasmissione e modulazione degli stimoli nocicettivi e, in particolare, il secondo neurone che è capace di elaborare stimoli nocivi e non che sono alla base della teoria del “gate control” sulla modulazione del dolore.

Nel 1965 il fisiologo britannico Patrick Wall e lo psicologo canadese Ronald Melzack formularono la “teoria del cancello” (Gate control theory) sulla regolazione della trasmissione degli impulsi dolorosi dalla periferia al cervello.

La teoria afferma che la percezione del dolore non sia il diretto risultato dell’attivazione dei nocicettori, ma sarebbe invece modulata dall’interazione fra differenti neuroni capaci di elaborare e trasmettere sia stimoli nocicettivi sia non. L’attivazione di fibre nervose non nocicettive può interferire con l’attività di fibre nocicettive e inibire la percezione del dolore. Alcune aree nelle corna dorsali midollari che sono coinvolte a ricevere gli stimoli dolorosi dalle fibre nocicettive A-delta e C, chiamate lamine, ricevono stimoli anche da fibre a diametro largo A-beta non nocicettive. Le fibre non nocicettive inibiscono indirettamente gli effetti delle fibre dolorifiche, “chiudendo il cancello” alla trasmissione dello stimolo doloroso. In altre parti delle lamine, fibre del dolore inibiscono gli effetti delle fibre non nocicettive “aprendo il cancello.” Stesso meccanismo si verifica, con diverse modalità fra fibre A-beta non nocicettive e fibre C nocicettive che fanno sinapsi su uno stesso neurone.

Un ulteriore importante ruolo sulla modulazione dello stimolo dolorifero è giocato anche dalle vie discendenti talamo spinali.

Le manovre di strofinamento e/o di compressione che esercitiamo, come prima spontanea reazione, su una zona del nostro corpo soggetta ad un

piccolo trauma, non fanno altro che attivare la trasmissione lungo le fibre a diametro largo non nocicettive ed inibire così la trasmissione del dolore lungo le fibre a diametro piccolo nocicettive (cancello chiuso) con il risultato di ridurre la percezione del dolore.

Nella stimolazione elettrica transcutanea (TENS) sono selettivamente stimulate con elettrodi fibre non nocicettive al fine di produrre questo effetto e di conseguenza ridurre il dolore.

Nella vita dell'uomo il dolore riveste un importante ruolo; esso consente, infatti, di avvertire i sintomi di malattia o di disagio e di allontanarsi da eventuali pericoli presenti e/o affrontarli.

Nella pratica medica il dolore è un sintomo non sempre riscontrabile nei pazienti e, quando presente, spesso indirizza e aiuta nel formulare una corretta diagnosi.

Nei pazienti che sono stati sottoposti a tortura, a violenza organizzata e guerra, il dolore è sempre presente e, anche quando taciuto, non deve essere mai disconosciuto o sottovalutato.

Difficoltà di comunicazione come la lingua parlata e l'atteggiamento spesso di chiusura, diffidenza se non passività del paziente non devono farci sottovalutare la sua presenza.

Indipendentemente dal tipo di tortura a cui sono stati sottoposti, è frequente riscontrare un dolore diffuso in particolare nella zona dorsale e alla testa spesso dovuto ad una anomala e persistente "contrattura muscolare di difesa".

Un possibile meccanismo di mantenimento del dolore si può spiegare come una sorta di fenomeno di "somatizzazione", di "memoria del dolore" che si sviluppa a seguito di ripetuti maltrattamenti, così come ipotizzato da uno studio effettuato da medici danesi su un gruppo di 69 rifugiati (61 uomini e 8 donne) sottoposti a tortura circa dieci anni prima. Il termine somatizzazione si riferisce ad una condizione caratterizzata da sintomi fisici in assenza di una adeguata organica o fisiopatologica spiegazione.

Dolore del sistema muscolo scheletrico, mal di testa, dolore di schiena, dolore ai piedi ed alle articolazioni sono i sintomi somatici più frequentemente rilevati in rifugiati precedentemente torturati anche se diversi studi hanno documentato una altrettanto alta prevalenza di disturbi mentali associati a sintomi somatici. (Olsen et al, 2006).

Dolore nocicettivo e spesso anche neuropatico si riscontra in tutti i pazienti sottoposti a tortura ed è quindi importante conoscere le lesioni provocate dai principali metodi di tortura (UNHCR 1999; Thomsen et al, 2000; Leth et al., 2005; Nutkiewicz M, 2007).

Nei soggetti sottoposti a tortura posizionale, in cui le vittime sono sospese o dai piedi o dalle braccia chiuse o aperte (Croce) o legate dietro la schiena (sospensione palestinese) o con le ginocchia piegate su una sbarra passante sotto la regione poplitea ed i polsi legati alle caviglie (gruccia del pappagallo), si riscontrano gravi, duraturi danni a muscoli, nervi, legamenti e tendini.

La sospensione palestinese può provocare una lesione permanente al plesso brachiale in breve tempo, la gruccia del pappagallo può produrre lacerazioni dei legamenti crociati delle ginocchia.

Le complicazioni nel periodo acuto seguente la sospensione comprendono debolezza delle braccia e/o delle mani, parestesie, intorpidimento, insensibilità tattile, dolore superficiale e profondo, perdita di riflessi di posizione e tendinei, debolezza muscolare.

Nella fase cronica, la debolezza può continuare ed il danno muscolare può progredire e presentare anche intorpidimento e più frequentemente parestesie. In genere persiste dolore e debolezza intorno alle articolazioni delle spalle e l'atto di sollevare pesi e ruotare, specialmente all'interno, procura forti dolori anche dopo anni.

In aggiunta alle lesioni neurologiche, possono esserci lacerazioni dei legamenti delle articolazioni delle spalle, lussazioni della scapola, lesioni muscolari nella regione delle spalle.

Il danno neurologico non ha in generale la stessa estensione nelle due braccia. Sono frequenti i deficit di sensibilità e parestesie lungo il percorso dei nervi sensori. Possono essere presenti o una perdita o una diminuzione o una differenza dei riflessi tra le due estremità.

Tra i tessuti della regione della spalle, il plesso brachiale è la struttura più sensibile ai traumi di trazione, con danni a tutto il plesso a causa della forzata estensione posteriore delle braccia nella sospensione palestinese o alle sole fibre del plesso medio a causa dell'iperadduzione nel caso di sospensione a croce.

Deficit sensitivi nell'avambraccio e nei muscoli della mano così come sulla superficie del quarto e quinto dito della mano a seguire il territorio

del nervo ulnare si riscontrano nelle lesioni del plesso brachiale inferiore.

Indebolimento della pronazione dell'avambraccio e della flessione radiale della mano, deficit sensitivo nell'avambraccio e sulla superficie dorsale del primo, secondo e terzo dito della mano, nella distribuzione del nervo radiale, sono indicativi di lesione del plesso brachiale medio.

Deficienze nel movimento di adduzione della spalla, nella rotazione assiale e nella prono-supinazione dell'avambraccio con deficit sensitivo nella regione deltoidea che può estendersi al braccio e alle parti esterne dell'avambraccio, sono indicativi di danni al plesso brachiale superiore.

Dolore ai piedi con difficoltà di deambulazione si riscontra in soggetti che sono stati sottoposti alla così detta "falaka" o falanga ovvero la sistematica e ripetuta applicazione di una forza contundente ai piedi in genere per mezzo di un manganello, di un pezzo di tubo o un'arma simile.

La più grave complicazione della falanga è la sindrome del compartimento chiuso. L'edema in un compartimento chiuso dà luogo ad ostruzione vascolare e necrosi muscolare, da cui possono conseguire fibrosi e/o contratture e cancrena del piede distale e/o delle dita.

I cuscinetti elastici che si trovano sotto i calcagni e le falangi prossimali vengono schiacciati durante la falanga sia direttamente sia in conseguenza dell'edema associato con il trauma. Inoltre risultano lacerate le bande di tessuti connettivi che si stendono attraverso i tessuti adiposi e connettono le ossa alla pelle. I tessuti adiposi privati del rifornimento del sangue si atrofizzano con la perdita dell'effetto cuscinetto e i piedi non assorbono più gli urti provenienti dal camminare.

Nel piede normale il derma ed i tessuti subdermali sono attaccati all'aponeurosi plantare per mezzo di bande tese di tessuto connettivo. In questi pazienti le bande possono essere parzialmente o totalmente distrutte dall'edema prodotto dalla falanga e determinare cicatrici rigide ed irregolari nella pelle e nei tessuti sottocutanei del piede. L'edema può produrre anche rottura dell'aponeurosi plantare e dei tendini del piede con conseguente difficoltà alla deambulazione con eccessivo sforzo dei muscoli del piede, specialmente il muscolo quadrato lungo plantare, e insorgenza di dolore. Come ulteriore complicazione può sopravvenire una fascite plantare o un'aponeurosite cronica.

Lussazioni della spalla e radiculopatie lombari e cervicali possono essere esiti di tortura con la corrente elettrica dal momento che tutti i mu-

scoli, lungo il percorso della corrente, sono tetanicamente contratti.

Dolori ossei e articolari possono svelare fratture misconosciute dovute a percosse e maltrattamenti con conseguenti scorretti fenomeni riparativi ad es. nelle piccole ossa, nelle coste, nelle ossa del cranio, nei capi articolari.

Dolore alla testa ricorrente a distanza di mesi o anni è stato descritto in soggetti sottoposti a soffocazioni in corso di torture. (Thomsen et al. 2000; Olsen et al, 2006)

Nel ricordare che non esistono delle modalità terapeutiche valide una volta per tutte, va sottolineato che per le vittime di tortura questa premessa vale più che per qualsiasi altra condizione patologica. Il trattamento del dolore deve rappresentare un percorso di empatia con il paziente che viene messo al corrente delle varie soluzioni terapeutiche disponibili che si vogliono sperimentare allo scopo di trovare insieme, ove possibile, la soluzione migliore a livello individuale.

Antidolorifici non oppioidi possono essere il primo impatto terapeutico per il dolore nocicettivo. Paracetamolo e FANS sono spesso efficaci a calmare un dolore non grave di moderata intensità. Tali farmaci possono essere molto efficaci, ma, in particolare i FANS possono avere effetti collaterali soprattutto a livello gastrico.

Nei casi di dolore moderato e grave oppiacei quali il tramadolo o l'associazione paracetamolo + codeina, si sono dimostrati essere farmaci generalmente maneggevoli e ben tollerati.

Il movimento controllato e l'esercizio fisico delle parti del corpo interessate dal dolore spesso aiutano a ripristinare la funzionalità di articolazioni e muscoli irrigiditi. Fisioterapia "dolce", ginnastica posturale possono aiutare molto a riprendere fiducia e confidenza nel proprio corpo.

Nei pazienti sottoposti a tortura è frequente rilevare deficit sensitivi e mono o polineuropatie post traumatiche o da intrappolamento (briglie cicatriziali). Non infrequente è il riscontro di neuropatie secondarie a gravi carenze vitaminiche.

Le classi di farmaci più frequentemente utilizzate per il trattamento del dolore neuropatico comprendono, fra gli altri, gli antidepressivi, gli anti-convulsivanti, gli antispasmodici, gli anestetici locali nonché gli analgesici antinfiammatori e gli analgesici oppiacei.

Gli antidepressivi triciclici sono i farmaci utilizzati da più tempo nella terapia del dolore nelle polineuropatie (in particolare nella polineuropatia

diabetica) così come l'uso del gabapentin fra gli antiepilettici. Il pregabalin, simile al gabapentin per proprietà farmacologiche ma con maggiore tollerabilità e minori interazioni, è stato più recentemente inserito nel trattamento del dolore neuropatico periferico e centrale. La presenza di importanti effetti collaterali consigliano, comunque, un uso limitato di questi farmaci a mani esperte di specialista neurologo anche perché spesso nel dolore neuropatico la varietà dei sintomi rende necessaria una combinazione di farmaci.

Buoni risultati si hanno anche con i FANS e con oppiacei quali tramadolo e ossicodone.

La terapia topica con creme antinfiammatorie e cerotti medicati a base di lidocaina possono essere utili soprattutto nel trattamento dell'allodinia e di aree non troppo estese di dolore.

La fisioterapia rappresenta un ulteriore importante presidio nella gestione del dolore neuropatico per l'importanza che riveste il ripristino e il mantenimento di muscoli attivi e sciolti in pazienti con muscoli tesi e contratti se non a volte in spasmo.

Infine, se consideriamo il dolore come momento di riflessione della condizione umana, non possiamo non soffermarci sulla figura del rifugiato, del richiedente asilo così presente e attuale nelle nostre società.

“Se i rifugiati (il cui numero non ha mai cessato di crescere nel nostro secolo, fino a includere oggi una parte non trascurabile dell'umanità) rappresentano, nell'ordinamento dello Stato-nazione moderno, un elemento così inquietante, è innanzitutto perché, spezzando la continuità fra uomo e cittadino, fra natività e nazionalità, essi mettono in crisi la finzione originaria della sovranità moderna.

Esibendo alla luce lo scarto fra nascita e nazione, il rifugiato fa apparire per un attimo sulla scena politica quella nuda vita che ne costituisce il segreto presupposto. In questo senso, egli è veramente, come suggerisce H. Arendt, «l'uomo dei diritti», la sua prima e unica apparizione reale al di fuori della maschera del cittadino che costantemente lo ricopre. Ma, proprio per questo, la sua figura è così difficile da definire politicamente.” (Agamben 1995)



## Bibliografia

Agamben G. (1995): *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Einaudi, Torino.

Fornara C.: *Fisiopatologia del dolore cronico*. <http://www.webalice.it/enzo-prim/PDF/Dr.ssa%20Fornara%20C.%20Fisiopatologia%20del%20Dolore%20Cronico.pdf>

IASP: *International Association for the study of the pain*. <http://www.iasp-pain.org>

Leth PM, Banner J. (2005): *Forensic medical examination of refugees who claim to have been tortured* *Am J Forensic Med Pathol. Jun; 26 (2): 125-30.*

Melzack R, Wall PD (1965): *Pain mechanisms: a new theory*, *Science. Nov 19;150 (699):971-9.*

Nutkiewicz M. *Chronic Pain Patients and Torture Survivors: Intersecting Lines and Lines of Demarcation*. Program for torture Victims, UCLA Interdisciplinary Group for the Study of Pain. SIG on Pain from Torture, Organized Violence and War – January 2007.

[www.ucl.ac.uk/clinical-health-psychology/Research-Group/PainSIG](http://www.ucl.ac.uk/clinical-health-psychology/Research-Group/PainSIG)

Olsen D.R, Montgomery E, Carlsson J and Foldspang A. (2006): *Prevalent pain and pain level among torture survivors: a follow-up study*. *Danish Medical Bulletin – No.2.May. Vol. 53 Pages 210-14*

Thomsen AB, Eriksen J, Smidt-Nielsen K. (2000): *Chronic pain in torture survivors*. *Forensic Sci Int. Feb 28; 108 (3): 155-63.*

## **15. L'esperienza dell'odontoiatra con le vittime di tortura**

*di Patrizia Di Caccamo*

Nell'introdurre l'argomento sono indispensabili alcune premesse di carattere generale per comprendere le dinamiche in gioco quando ci si accosta ad una persona che ha subito danni gravi alla bocca per effetto di azioni violente.

Si deve considerare che la bocca è sede di importantissime funzioni, quali la masticazione e la fonazione, qui si estrinsecano riflessi molto importanti e complessi come la deglutizione, il riflesso emetico, la tosse. Qui ha sede il gusto, qui ha avuto luogo la suzione nel lattante, per tutta una precocissima fase della crescita la bocca è un vero e proprio organo di conoscenza e di esplorazione del mondo, infatti ben si presta, per la sua estrema raffinatezza e precisione di analisi, a saggiare sapore, consistenza, volume, natura degli oggetti con i quali il bambino entra progressivamente in contatto.

È importantissima per la vita di relazione ed il sorriso sembra essere, secondo gli antropologi, una modalità esclusiva della specie umana.

Le cure odontoiatriche, richiedono che ci si incontri più volte, a cadenze mono o bisettimanali, e la terapia consiste, nella sua essenza, delle mani del terapeuta sul corpo del paziente, anzi, all'interno di esso, in una cavità ricca di simbologie e significati, per la maggior parte comuni a tutte le culture e, talvolta, specifici per alcune.

La posizione prevede il paziente sdraiato, con lo schienale della poltrona più o meno inclinato ed il terapeuta alle sue spalle su un seggiolino munito di ruote, che si sposta a seconda delle necessità.

Il codice di comunicazione durante lo svolgimento della cura vera e propria utilizza ben poche parole, piuttosto cenni, sguardi, contatto, esclude per lo più la verbalizzazione delle sensazioni e perciò si riduce all'essenziale. Questo contatto ravvicinato e ripetuto, per esplicitarsi con successo, richiede preliminarmente che si compia completamente un processo di affidamento e di reciproca scelta.

L'analogia col setting terapeutico codificato in psicoanalisi è ben evidente nella struttura e nelle modalità degli incontri, mentre, al contrario, la parola perde la sua centralità terapeutica, che si trasferisce sui gesti e la comunicazione non verbale.

I sentimenti in gioco sono ambivalenti: disagio, paura, paura del dolore, diffidenza, pudore, ma anche desiderio di farsi curare, di mettersi completamente nelle mani dell'altro per farsi risanare. C'è anche entusiasmo e soddisfazione immediata nel sollievo dal dolore, ma soprattutto, la maggior parte delle volte, nella vista e nella sensazione provata di acquisire immediatamente un nuovo manufatto stabile ed esteticamente migliore della condizione precedente, sia nel caso di una otturazione, sia nel caso di uno o più denti mancanti sostituiti. Ci si specchia come primo gesto, entrando in relazione con la propria nuova immagine, che spesso viene a coincidere con quella antecedente alla malattia o al trauma subito. Il significato riparativo è immediato.

Coloro che hanno subito torture, di solito hanno perso i denti in seguito a percosse, infatti è raro imbattersi in vere e proprie torture praticate in bocca, poiché non è ragionevolmente possibile alcuna manovra senza la attiva collaborazione del soggetto, tantopiù che i sopracitati riflessi a difesa impediscono di aggredire la bocca in quanto tale. Ma certamente in alcuni casi la crudeltà ed il sadismo non trovano in queste barriere dei limiti insormontabili.

Coloro che giungono alla mia osservazione di odontoiatra che presta cure a persone torturate, di solito arrivano a distanza di molto tempo dagli eventi traumatici e, solitamente nel corso del lungo iter che debbono percorrere per vedersi riconosciuto lo status di rifugiato. Spesso poi hanno trascorso un tempo più o meno lungo nei luoghi di detenzione e, magari, nelle infermerie delle carceri o nel periodo immediatamente successivo alla liberazione o alla fuga, hanno avuto occasione di incontrare un medico o qualcun altro che ha curato per primo le lesioni da tortura, le eventuali ferite al viso, o qualcuno --raramente un dentista--

che ha estratto i denti rotti o danneggiati.

Ci si trova quindi spesso di fronte a persone giovani, con alcuni denti mancanti ed altri danneggiati o, nei casi più gravi, completamente edentuli. È evidente, poi, che la patologia cariosa, quando i denti ci sono, spesso è concomitante, venendo ad aggravarsi in tutte le situazioni di grave decadimento psicofisico.

Da quanto detto si può facilmente immaginare che la cura consiste per lo più nella esecuzione di protesi. Fortunatamente l'odontoiatria moderna consente di confezionare delle protesi eccellenti sia come estetica che come funzionalità. Il problema dei costi emerge quindi in tutta la sua importanza. Infatti una cosa è un'otturazione da eseguirsi in una sola seduta e con un costo in termini di materiali relativamente contenuto, altro è il confezionamento di un manufatto protesico di buona qualità.

La centralità e la imprescindibilità della cura della bocca, nel percorso di guarigione fisica e di superamento del trauma della tortura, credo possano essere facilmente condivise da molti, dopo le brevi riflessioni condotte fin qui. Il poter rendersi conto poi, di seduta in seduta, del valore, del significato di un atto medico, per quanto apparentemente limitato, apre uno spazio a tutta una serie di riflessioni sul nostro lavoro e lascia una traccia profonda in chi lo pone in essere. In altre parole, ho assistito, il mio lavoro me ne ha dato l'occasione, alla vera e propria rinascita di esseri umani schiacciati dal peso di un insopportabile dolore, la cui energia vitale sembrava essersi spenta. Li ho visti cambiare atteggiamenti, postura, venire in anticipo all'appuntamento, scrollarsi di dosso timidezza, riserbo, aprirsi, cercare un contatto verbale più ricco, aver voglia di raccontare, dando per scontato che chi è in contatto così intimo e diretto con noi, come colui o colei a cui affidiamo la bocca, sia senz'altro in grado di capirci visto che ha imparato a conoscerci così dal "di dentro". E così pian piano, un passo dopo l'altro, attraverso un percorso di solidarietà sperimentata concretamente si può forse riuscire a ricostituire la propria dignità offesa di esseri umani, riprogettarsi, immaginare un futuro, sperare.

## **16. La visita e il giudizio medico legale**

*di Carlo Bracci e Gabriele Norcia*

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.

Come emerge dai capitoli redatti dai diversi operatori che si prendono cura del richiedente asilo, 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.

Chi arriva alla visita medico legale ne conosce quindi modalità e finalità; ciononostante è necessario dedicare un tempo adeguato per la presentazione del medico legale, delle modalità della visita, per la raccolta di informazioni a completamento di quanto acquisito dai vari operatori.

È necessario in particolare chiedere il consenso all'esame della documentazione contenuta nel fascicolo personale, che viene aperto solo dopo ottenuto l'assenso.

La presentazione dell'operatore è importante e deve essere attenta a cogliere difficoltà di comprensione da parte del paziente: ad esempio non sempre è facile spiegare cosa significhi essere operatore di una associazione di volontariato piuttosto che di un ente pubblico.

È poi necessario motivare l'eventuale presenza del mediatore linguistico culturale ed assicurare l'obbligo di tutti a rispettare il segreto professionale.

La storia delle violenze subite è per quanto possibile ridotta.

Spesso ci si limita a chiedere se all'operatore con competenze giuridiche o agli operatori dell'accoglienza, ai cui contributi si rimanda, che curano la preparazione per l'audizione, è stato detto tutto e se desiderano aggiungere qualcosa.

Accade ad esempio che soggetti maschi non parlino di violenze sessuali ad operatori donne.

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, come illustrato nei capitoli specifici.

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.

Presa visione degli accertamenti già eseguiti, si procede alla visita che deve essere completa, anche se spesso la vittima preferirebbe limitarsi a mostrare le lesioni ritenute significative.

Interessante notare che spesso nel corso della visita la vittima tiene a distinguere le lesioni accidentali da quelle intenzionali: per chi ha subito violenze finalizzate a distruggere l'individualità della persona è evidentemente importante dimostrare di essere capace di comportamenti chiari ed onesti.

Nel corso della visita sono raccolti gli elementi obiettivi che saranno descritti con precisione (forma, sede, dimensioni) riferendoli ai vari tipi di lesività, descritti nell'apposito capitolo.

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.

Per evitare equivoci abbiamo adottato questa 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 *falaqa*, di ustioni prodotte dallo spegnimento di sigarette, di sospensione, quando ai segni, mono o bilaterali, 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.

Riportiamo di seguito due esempi di certificati:

*Ho visitato il sig. O. S., nato il 01.01.1976 in XY.*

*Per la storia delle violenze subite si rimanda alla relazione dell'operatore giuridico in preparazione dell'esame da parte della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato.*

*Il colloquio si svolge con l'intervento di un mediatore linguistico culturale.*

*All'esame obiettivo si evidenziano i seguenti esiti di lesioni traumatiche:*

*in conseguenza di trauma cranico è presente avvallamento osseo in sede interparietale del diametro di circa cm 3; è anche presente una sindrome caratterizzata da deficit della memoria e da disturbi del sonno, probabile conseguenza di stato commotivo. Per tali accertamenti*

*sono in corso accertamenti specialistici neurologici ed elettrencefalografici che hanno evidenziato una sindrome irritativa cerebrale con necessità di eseguire risonanza magnetico nucleare (vedi certificato allegato della ASL RMA del n 3 febbraio della dr.ssa Teresa Mignogna); in conseguenza della sospensione al soffitto con le braccia legate dietro la schiena: limitazione marcata dei movimenti di rotazione esterna e di retrospulsione delle articolazioni delle spalle bilateralmente; numerose ustioni con i caratteri degli esiti di spegnimento di sigarette (cicatrici rotonde del diametro di cm 1 – 1,5, a margini netti e centro atrofico): sulla superficie laterale del braccio destro una al 1/3 superiore e una al 1/3 inferiore; una sulla superficie mediale della coscia destra al 1/3 medio; quattro in corrispondenza della faccia mediale della caviglia destra, una sulla superficie posteriore della gamba destra al 1/3 medio; tre sulla faccia mediale del polpaccio sinistro; tre sulla faccia mediale della caviglia sinistra; una sull'arco laterale del piede sinistro, nella parte media; in conseguenza di percosse inferte sulle mani a dita tenute su superficie solida: cicatrici lineari trasversali in corrispondenza delle articolazioni interfalangee distali delle dita II, III, IV, V della mano destra; in conseguenza di altre percosse inferte sulle mani: sulla superficie dorsale del II dito della mano sinistra in corrispondenza dell'articolazione interfalangea prossimale cicatrice lineare trasversale di cm 1;; in corrispondenza dell'eminanza tenare del I dito cicatrice lineare di cm 3; in conseguenza di divaricazione violenta del III e IV dito della mano sinistra sulla superficie dorsale del III dito in corrispondenza dell'articolazione metacarpo falangea cicatrice lineare trasversale di cm 3 e limitazione dei movimenti articolari.*

### CONCLUSIONI

*Gli esiti evidenziati sono la conseguenza di traumi non recenti che, per i loro caratteri (morfologia, sede, molteplicità) sono riferibili a violenze inferte intenzionalmente nel corso di sedute di tortura.*

*È presente una sindrome neurologica di probabile natura post traumatica, che ostacola la raccolta della storia e che richiede ulteriori accertamenti*



*Ho visitato la signora D.K., nata il 01.01.1978 in XY.*

*Il colloquio si è svolto in francese, senza necessità di interprete.*

*Riferisce di avere subito violenza sessuale, cui ha tentato di resistere, a percosse e a ustione con ferro arroventati all'arto superiore destro, in prigione circa 8 mesi fa, da parte di più militari entrati nella cella dove era imprigionata.*

*Ha eseguito visita ginecologica e tests per malattie sessualmente trasmesse con esito negativo.*

*All'esame obiettivo si evidenziano i seguenti esiti di lesioni traumatiche:*

*in corrispondenza della superficie antero-mediale dell'avambraccio destro al 1/3 medio, cicatrice rettangolare di cm 9 x 3 (con maggiore lato longitudinale); adiacente a questa sul lato mediale cicatrice rettangolare di cm 4 x 2; le cicatrici hanno il lato maggiore diretto longitudinalmente, con margini netti, alone ipercromico, superficie irregolare per esiti di fenomeni atrofici. Tali caratteri sono caratteristici delle ustioni da strumenti arroventati: la rapidità dell'azione del calore determina fenomeni atrofici della superficie con cui entra in contatto con lo strumento utilizzato; per lo stesso motivo i margini sono netti e la cute adiacente presenta solo iperpigmentazione;*

*esiti di ferite lacero contuse provocate da corpi contundenti:*

*cicatrice triangolare di cm 2 x 2 x 1 al 1/3 medio della superficie anteriore del braccio destro;*

*cicatrice ovoidale con maggiore asse trasversale di cm 1,5 x 0,5 al 1/3 superiore della faccia interna della coscia destra;*

*cicatrice ipercromica lineare di cm 3, a margini distanziati, in corrispondenza dei quadranti inferiori della mammella sinistra*

## **CONCLUSIONI**

*Gli esiti di lesioni traumatiche sono coerenti con quanto riferito dalla paziente:*

*- esiti di ustioni provocate con strumento arroventato sull'avambraccio sinistro;*

*- esiti di ferite lacero contuse in zone abitualmente non interessate da colpi inferti intenzionalmente sono con evidenza indicative di violenze inferte con finalità sessuali.*

*Le lesioni sono non recenti, risalenti almeno ad alcuni mesi fa.*

## **17. La determinazione dell'età nel minore non accompagnato**

*di Carlo Bracci e Gabriele Norcia*

In questa nota affrontiamo il problema della determinazione dell'età nel minore straniero non accompagnato, che, per legge non può essere espulso, ma cui deve essere prestata assistenza sociale e sanitaria.

La determinazione della minore età quando si debba dimostrare la capacità di intendere e di volere ai fini dell'imputabilità nei confronti del soggetto di età superiore ai 14 anni (prima di questa età l'incapacità è presunta) che abbia commesso un reato penale, pur dovendosi ispirare agli stessi principi medici, può prevedere diverse modalità di esecuzione.

La tecnica più utilizzata in pediatria per la determinazione dell'età scheletrica è quella radiologica per lo studio dei disturbi dell'accrescimento, in cui è importante il confronto nel tempo dei dati rilevati nel soggetto in esame.

In questi casi non è importante tanto individuare con esattezza il valore assoluto dell'età ossea, quanto avere un metodo che ne evidenzi con precisione le variazioni nel tempo.

Per molti anni il metodo di elezione è stato quello basato sullo studio radiologico dei nuclei di ossificazione del polso e della mano sinistra valutati sulla base di un atlante in cui sono riportati i radiogrammi tipici delle diverse età.

Tale atlante (Greulich WW e Pyle SI, 1959) utilizza radiografie rilevate negli anni '30 in bambini ed adolescenti statunitensi di origine nord europea.

L'applicazione di tale metodica in soggetti di diversa provenienza può comportare margini di errore di un certo rilievo in quanto l'accrescimento è diverso nelle diverse etnie: è noto ad esempio che la maturazione sessuale è più precoce nelle bambine del sud Europa che in quelle del nord Europa; ancora più precoce è in molte popolazioni dell'Africa.

Per contro lo sviluppo è anche influenzato dalle condizioni di vita ed in particolare dall'alimentazione, in quanto le carenze proteiche e vitaminiche ritardano lo sviluppo.

Le differenze tra l'età scheletrica determinata con il metodo di Greulich e Pyle e l'età cronologica è in media di alcuni mesi (fino a 10) specie in età prepuberale (Ontell FK, et al. 1996; Mora S. et al ,2001).

Recentemente l'organizzazione inglese Medical Foundation, che tutela i diritti umani, afferma che l'imprecisione dei metodi radiologici è di  $\pm 2$  anni ([www.torture.care.org.uk/news/la\\_test\\_news\\_858](http://www.torture.care.org.uk/news/la_test_news_858))

Questa imprecisione, che ha poca importanza nello studio dei disturbi dell'accrescimento, può assumere notevole rilievo quando l'indagine è compiuta con finalità giuridiche, quando cioè si debba verificare se il minore ha raggiunto l'età dell'imputabilità o quando l'accertamento della minore età è eseguito per determinare il diritto al permesso di soggiorno o al ricongiungimento familiare.

Anche la determinazione radiologica della mineralizzazione del terzo molare viene utilizzata per la determinazione dell'età, con gli stessi limiti del più diffuso metodo di Greulich e Pyle. (Olze A. et al. 2006)

Il recepimento della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria della popolazione, avvenuto con il D. lgs 26 maggio 2000, n. 187 – art 3.1 , limita l'esposizione a radiazioni ionizzanti agli accertamenti diagnostici e alle terapie necessarie per la tutela della salute, ed impone di utilizzare tecniche alternative disponibili che si propongono gli stessi obiettivi ma che non comportano l'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Per tale motivo ha sempre maggiore diffusione la determinazione dell'età

## La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati

ossea con finalità medico legali a metodiche che utilizzano le misure della densitometria ossea ottenute con ultrasuoni.

La densitometria ossea determinata con metodi che utilizzano radiazioni ionizzanti non è ovviamente consentita per finalità medico legali.

I valori ottenuti con la densitometria ossea sono influenzati da fattori:

- genetico etnici;
- ormonali;
- nutrizionali;
- attività fisica;
- presenza di patologie.

I valori rilevati hanno, come tutti i parametri biologici, una variabilità che è stata misurata, determinando i valori medi ed i centili (percentuale dei soggetti che si trova al disotto di un determinato valore).

Ad esempio se il valore medio rilevato a 18 anni è pari a 2100 ciò significa che metà delle ragazze hanno valori inferiore a questo valore.

Per evidenziare gli effetti della variabilità individuale osserviamo che : a 14 anni il 90% delle ragazze ha valori inferiori a 2100, e il 10% valori superiori

A ciò si aggiunge che la velocità di accrescimento dei valori è massima durante la pubertà mentre diminuisce successivamente, tanto che tra i 18 e i 22 anni le differenze sono limitate.

Tali dati emergono chiaramente dal grafico riportato nel documento “Individuazione dei criteri di Accesso alla Densitometria ossea” – III-febbraio 2005 del Ministero della Salute e sulle tabelle riportate nella documentazione della Casa produttrice di una delle apparecchiature più utilizzate ([www.igea.it/diagnostica/pediatria.htm](http://www.igea.it/diagnostica/pediatria.htm))

## CONCLUSIONI

La determinazione dell'età in soggetti giovani è, qualunque sia la metodica utilizzata, soggetta a variabilità individuale sia per motivi etnici che nutrizionali.

La velocità di accrescimento è massima in corrispondenza della pubertà; in prossimità dei 18 anni si ha una decelerazione evidente per cui tra i 18 e i 21 anni le differenze sono limitate.

La utilizzazione dell'esame radiografico della mano e polso sinistri, che è la più diffusa a scopo clinico (diagnosi dei disturbi di accrescimento e controllo delle terapie) ha una variabilità che può arrivare a  $\pm 2$  anni.

Poiché l'esposizione a radiazioni ionizzanti non è consentita se non per scopi diagnostico terapeutici e comunque quando non siano disponibili metodi alternativi, si può ricorrere a metodologie come la densitometria ossea, come indicato nel regolamento recante modifiche ed integrazioni al DPR 31 agosto 1999 n. 394 in materia di immigrazione.

Ciò vale anche se si continua molto spesso ad usare il metodo radiografico a scopi medico legali.

Data la variabilità insita in tutti i metodi disponibili la età del soggetto andrebbe determinata sulla base di tutti gli elementi anamnestici ed obiettivi, tenendo conto delle modalità di sviluppo nelle diverse etnie.

#### NOTA

la sentenza n. 1656/2007 della Cassazione, I sezione civile decide su un caso di una richiesta di ricongiungimento familiare che parla di esame densitometrico osseo e non di determinazione radiologica; anche il regolamento di attuazione della Bossi Fini parla di densitometria ossea all'art. 2.

La densitometria ossea si può eseguire utilizzando radiazioni ionizzanti (come nella MOC) che dovrebbe essere proibita per le norme sulla radioprotezione, o con ultrasuoni (quelli dell'ecografia), privi di rischi.

Riportiamo di seguito uno dei certificati che abbiamo redatto su richiesta dell'Associazione Save the Children.

*Roma, 30 marzo 2009*

*Su richiesta dell'Associazione S. abbiamo visitato in data odierna il giovane M S nato il 01.04.1992 in B, al fine di valutarne la età ed in particolare il superamento o meno dei 18 anni.*

*Il colloquio, svolto con l'intervento del mediatore linguistico culturale di lingua b signor D M, ha permesso di acquisire il consenso informato alla visita medica e di raccogliere i dati anamnestici.*

## La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati

### *Anamnesi familiare*

*Genitori viventi ed in apparente buona salute.*

*Quartogenito di 9 figli (3 maschi e 6 femmine), in apparente buona salute.*

### *Anamnesi fisiologica*

*Ha frequentato la scuola per 5 anni*

*Riferisce un'alimentazione completa, con consumo quotidiano di pesce e due volte la settimana di carne prevalentemente di pollo, con consumo abbondante di verdura*

### *Anamnesi patologica*

*Non precedenti patologici degni di nota; in particolare non ha avuto malattie che interferiscono con lo sviluppo, quali malaria, tubercolosi, parassitosi, tranne un'infestazione da ossiuri durata pochi giorni e guarita con farmaco per os.*

### *Esame obiettivo*

*Condizioni generali buone*

*Statura cm 168 peso kg 55*

*Nulla da segnalare a carico dei diversi organi ed apparati.*

*In particolare non segni riferibili a pregresso rachitismo o a patologie tiroidee.*

*Dentizione: Assenza dei terzi molari.*

*Sviluppo pilifero: assenza sul volto; i peli del corpo sono rasati per motivi igienici, uso abituale nel paese di origine.*

*Comunque si apprezza peluria rada alle ascelle, assente sul petto.*

*I peli pubici sono radi ed hanno un margine superiore rettilineo, contenuto nella regione pubica.*

*Volume dei due testicoli, valutato con gonadometro: ml 12.; la pelle dello scroto è pigmentata ed è priva di peli.*

*La metodologia di valutazione adottata*

*Viene eseguita una visita clinica completa, secondo gli standard abituali, con particolare attenzione ai fattori che possono influenzare lo sviluppo.*

*L'anamnesi pertanto rileva in particolare:*

*la storia familiare con indicazione, ove possibile di dati sull'accrescimento dei fratelli, della presenza di patologie importanti.*

*la storia personale: sviluppo fisiologico, scolarità, alimentazione, esercizio fisico, lavori svolti; alle malattie sofferte, in particolare infettive.*

*L'esame obiettivo rileva i dati di statura e peso, lo stato di nutrizione, i segni di malattie pregresse o in atto, in particolare segni di rachitismo pregresso, di malaria, la dentizione.*

*La comparsa dei terzi molari è un utile punto di riferimento in quanto è completa dopo i 18 anni.*

*Per la determinazione dello sviluppo puberale si adotta la scala di Tanner che, elaborata nel 1962, è stata adottata in numerosi studi internazionali e confermata nella sua validità e costituisce l'attuale punto di riferimento (Tanner JM 1962 Growth and adolescence, 2nd ed. Oxford UK: Blackwell.)*

G1	assenza di sviluppo	
G2	ingrossamento scroto e testicoli senza aumento del pene	anni 9,5-13,8
G3	crescita di scroto e testicoli e del pene (specie in lunghezza)	anni 10,9-14, 11
G4	aumento del pene in spessore, sviluppo del glande; crescita dello scroto con iperpigmentazione e dei testicoli	anni 11,9-15,10
G5	genitali adulti	anni 11,10-17
P1	assenza di sviluppo	
P2	peli lunghi, sottili, lisci e poco pigmentati alla base del pene	anni 11,3-15,7
P3	peli più grossi, arricciati sparsi sul pube	anni 11,10-16
P4	peli di tipo adulto su superficie limitata	anni 12,2-16,5
P5	peli adulti	anni 13,0-17,0

*Sono determinati lo sviluppo dei genitali con valutazione del volume dei testicoli mediante confronto con standard di cui è noto il volume (gonadometro).*

*Prader nel 1966 ha descritto tre fasi di maturazione sessuale dei testicoli (Prader A.: La faille des testicules: évaluation et importance clinique. Triangle, 1966, 7, 240):*

*di maturazione lenta da 1 a 5 ml*

*di maturazione rapida da 6 a 10 ml*

*di maturità da 15 ml e oltre*

*Va tenuto presente che la determinazione dell'età in soggetti giovani è, qualunque sia la metodica utilizzata, soggetta a variabilità individuale sia per motivi etnici che nutrizionali.*

*Va segnalato che non è reperibile nella letteratura scientifica, analizzata ricorrendo alla banca dati del National Health Institute USA (pubmed) alcuno studio condotto su bambini o adolescenti del B.*

*La valutazione è resa inoltre difficile dal fatto che la velocità di accrescimento è massima in corrispondenza della pubertà; in prossimità dei 18 anni si ha una decelerazione evidente per cui dopo i 18 anni le differenze sono limitate.*

*Poiché l'esposizione a radiazioni ionizzanti non è consentita se non per scopi diagnostici e terapeutici e quando non sia disponibile una metodica diagnostica alternativa, è stato proposto di ricorrere a metodologie come la densitometria ossea, come indicato nel regolamento recante modifiche ed integrazioni al DPR 31 agosto 1999 n. 394 in materia di immigrazione (art. 2).*

*Anche tale metodica presenta una variabilità interindividuale, legata anche a fattori etnici, nonché all'alimentazione, all'attività fisica svolta, a patologie pregresse o in atto (tra queste le parassitosi, le patologie endocrine, quelle renali) ed è utile per determinare l'età fino ai 15 – 16 anni, dopo di che la mineralizzazione delle ossa è pressoché completa.*

*Si tenga comunque conto che anche quando sia disponibile l'esame radiografico della mano e polso sinistri, che è la più diffusa a scopo clinico (diagnosi dei disturbi di accrescimento e controllo delle terapie) ha una variabilità che può arrivare a  $\pm 2$  anni.*



*Per molti anni il metodo di elezione è stato proprio quello basato sullo studio radiologico dei nuclei di ossificazione del polso e della mano sinistra valutati sulla base di un atlante in cui sono riportati i radiogrammi tipici delle diverse età.*

*Tale atlante (Greulich WW e Pyle SI: Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist. 2nd ed Stanford University Press. Stanford, CA) utilizza radiografie rilevate negli anni '30 in bambini ed adolescenti statunitensi di origine nord europea.*

*L'applicazione di tale metodica in soggetti di diversa provenienza può comportare margini di errore di un certo rilievo in quanto l'accrescimento è diverso nelle diverse etnie: è noto ad esempio che la maturazione sessuale è più precoce nelle bambine del sud Europa che in quelle del nord Europa; ancora più precoce è in molte popolazioni dell'Africa.*

*Per contro lo sviluppo è anche influenzato dalle condizioni di vita ed in particolare dall'alimentazione, in quanto le carenze proteiche e vitaminiche ritardano lo sviluppo.*

*Le differenze tra l'età scheletrica determinata con il metodo di Greulich e Pyle e l'età cronologica è in media di alcuni mesi (fino a 10) specie in età prepuberale (Ontell FK, Ivanovic M, Ablin DS, Barlow TW: bone age in children of diverse ethnicity, American Journal of Roentgenology, 1395 – 1398, 1996; Mora S. et al Skeletal Age Determination in Children of European and African Descent: Applicabilità of the Greulich and Pyle Standards Pediatric Research 50: 624-628, 2001).*

*Recentemente l'organizzazione inglese Medical Foundation, che tutela i diritti umani, afferma che l'imprecisione dei metodi radiologici è di  $\pm 2$  anni ([www.torture.care.org.uk/news/la\\_test\\_news\\_858](http://www.torture.care.org.uk/news/la_test_news_858))*

*Questa imprecisione, che ha poca importanza nello studio dei disturbi dell'accrescimento, può assumere notevole rilievo quando l'indagine è compiuta con finalità giuridiche, quando cioè si debba verificare se il minore ha raggiunto l'età dell'imputabilità o quando l'accertamento della minore età è eseguito per determinare il diritto al permesso di soggiorno o al ricongiungimento familiare.*

## CONCLUSIONI

*Non sono emersi elementi fisiologici o patologici che possano avere*

*influenzato, ritardandolo, lo sviluppo*

*Assenza dei terzi molari*

*Sviluppo genitale incompleto (G4), sviluppo pilifero genitale incompleto (P3 - P4), testicoli in via di sviluppo.*

*Tutti questi elementi sono indicativi di una età compresa attorno ai 16 anni, con un margine di  $\pm 2$  anni.*

## **Bibliografia**

*Greulich WW e Pyle SI (1959): Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist. 2nd ed Stanford University Press. Stanford, CA.*

*[www.igea.it/diagnostica/pediatria.htm](http://www.igea.it/diagnostica/pediatria.htm)*

*Mora S. et al (2001): Skeletal Age Determination in Children of European and African Descent: Applicability of the Greulich and Pyle Standards Pediatric Research 50: 624-628.*

*Olze A., Reisenger W, Geserick G, Smeiling A (2006): Age estimation of unaccompanied minors . Part II. Dental aspects Forensic Sci Int;159 Suppl 1:S65-7.*

*Ontell FK, Ivanovic M, Ablin DS, Barlow TW (1996): Bone age in children of diverse ethnicity, American Journal of Roentgenology, 1395 – 1398.*

*Prader A (1966): La taille des testicules: évaluation et importance clinique. Triangle, 7 , 240)*

*Medical Foundation: [www.torture.care.org.uk/news/la\\_test\\_news](http://www.torture.care.org.uk/news/la_test_news) 858*

# AUTORI

## **Marta Bacigalupi.**

Mail : [m.bacigalupi@tin.it](mailto:m.bacigalupi@tin.it)

Dottore in Psicologia Dinamica e Clinica.

Ha operato presso il Servizio Tutela Salute Mentale Età Evolutiva ASL Roma B. Ha operato nel campo della valutazione e consulenza clinica e testologica dei minori e delle loro famiglie e del supporto sociopsicologico agli immigrati e ai rifugiati politici.

## **Maurizio Bacigalupi**

Mail: [maurizio.bacigalupi@alice.it](mailto:maurizio.bacigalupi@alice.it)

Psichiatra, Centro Astalli.

già direttore del Dipartimento di Salute Mentale della ASL RmB.

Fondatore nel 1986 e già Direttore della rivista "Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale" edita da Il Pensiero Scientifico. Dal 1990 membro della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, dal 2004 membro del Direttivo Nazionale. Membro del Comitato editoriale della rivista "Psichiatria di Comunità" del Centro Scientifico Editore di Torino. Esperto per la Regione Lazio del gruppo di lavoro sui sistemi informativi per la salute mentale istituito presso il Ministero della Sanità, 1999.

Membro dell'advisory board della Fondazione Mario Lugli. Professore a contratto, docente di "Epidemiologia" presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Cattolica del S. Cuore dall'anno accademico 1989/90 al 2002/03. Dall'anno accademico 2003/04 al 2005/06 professore a contratto di "Epidemiologia Psichiatrica" nella Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Tor Vergata di Roma.

### **Pietro Benedetti**

Mail: pbenedetti74@gmail.com; info@samifo.it

Dal 2001 Responsabile Ambulatorio associazione Centro Astalli onlus di Roma. Dal 2006 ideatore e coordinatore insieme al dott. Filippo Gnolfo ASL RM/A del Centro Sanitario Salute Migranti Forzati dedicato ai richiedenti asilo, rifugiati e vittime di tortura.

### **Carlo Bracci**

Mail: carlo.bracci@gmail.com

Medico legale, Associazione Medici contro la Tortura per la quale opera dal 1996 e di cui è stato Presidente. Consulente del Patronato ACLI Nazionale, è stato docente a contratto all'Università di Tor Vergata. La sua attività si svolge soprattutto nel campo della tutela dei cittadini e dei lavoratori colpiti da malattie da inquinamento ambientale e lavorativo.

### **Monica Ciardi**

Mail: monica.ciardi@alice.it

medico legale, Associazione Centro Astalli - SaMiFo. Il suo principali campo di attività è la tutela dei diritti dei cittadini nel campo dell'assistenza e della previdenza.

### **Vincenzo Ciccarini**

Mail: mirati@libero.it

Medico reumatologo, Associazione Medici contro la Tortura. È stato responsabile di un poliambulatorio della ASL RMA.

### **Giusy D'Alconzo**

Mail: g.dalconzo@amnesty.it

Si occupa da circa dieci anni di diritto di asilo e dell'immigrazione, di tutela di minori migranti e persone vittime di tortura, di ricerca in materia di diritti umani. Ha collaborato, in qualità di consulente legale, con l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (Unhcr) e con diverse organizzazioni non governative, tra cui Medici contro la Tortura. Attualmente è Coordinatrice delle attività di ricerca presso la Sezione Italiana di Amnesty International. Le opinioni espresse nell'articolo impegnano soltanto l'autore.

### **Patrizia Di Caccamo**

Mail: [patrizia.dicaccamo@fastwebnet.it](mailto:patrizia.dicaccamo@fastwebnet.it)

Odontoiatra.

Dal 1999 fa parte di COI (Cooperazione Odontoiatrica Internazionale) per la promozione della salute orale nei Paesi a basso reddito. Dal 2005 docente al Master realizzato alla Facoltà di Odontoiatria dell'Università degli studi di Torino: Sviluppo salute orale nelle comunità svantaggiate e nei Paesi in via di Sviluppo. Fondatrice del GIACO (Gruppo Italiano Accesso alle Cure Orali). Dal 1998 volontaria dell'associazione Medici contro la Tortura per la quale si occupa della riabilitazione odontostomatologica dei richiedenti asilo e vittime di tortura. Collabora con il centro di collaborazione dell'OMS per l'odontoiatria di comunità dell'Università di Milano.

### **Louise Ysolt Glassier**

Mail: [louise.ysolt@gmail.com](mailto:louise.ysolt@gmail.com)

Laurea Magistrale in Studi Afroasiatici presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Pavia.

Lavora da alcuni anni nel settore dell'immigrazione, occupandosi principalmente di scuola e mondo del lavoro. Attualmente frequenta il Dottorato di Sociologia presso la Graduate School dell'Università Statale di Milano, dove i suoi interessi di ricerca sono volti all'immigrazione, alle comunità musulmane in Italia e alle tematiche dei rifugiati.

### **Filippo Gnolfo**

Mail: [filippo.gnolfo@fastwebnet.it](mailto:filippo.gnolfo@fastwebnet.it)

Igienista.

Portavoce del Gr.I.S. Lazio (Gruppo di collegamento 'Immigrazione e Salute' della regione Lazio), del quale ha contribuito attivamente alla nascita nel 1995. Ha svolto attività di coordinamento di campagne di prevenzione, di progetti obiettivi e di gruppi di lavoro sulla tutela e la promozione della salute della popolazione migrante. Lavora presso la ASL Roma A, con l'incarico di responsabile dell'Unità Operativa interdistrettuale 'Assistenza Stranieri'. Coordinatore del percorso Salute Migranti del Piano Formativo Aziendale. Ha promosso il protocollo d'intesa con l'Associazione Centro Astalli e la nascita del Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) presso il presidio territoriale di via Luzzatti 8.

### **Sarah Ann Klingeberg**

Mail: sarahklingeberg@gmail.com

Dottore in Antropologia, è iscritta al Master in Antropologia presso l'École des Hautes Études en Sciences Sociales di Parigi.

I suoi interessi sono volti alla antropologia medica e alle problematiche legate al trauma nei richiedenti asilo e rifugiati vittime di tortura. Una particolare attenzione è dedicata alle implicazioni politiche, sociali e culturali. Ha svolto assistenza legale per richiedenti asilo all'interno del "Programma di servizio legale per richiedenti asilo" del Centro di Orientamento e sostegno sociale dell'Associazione di volontariato laico "Casa dei Diritti Sociali", Roma.

### **Kludia Jeger**

Mail: kjeger@hotmail.com

Psicologa clinica.

Diploma di Laurea in Psicologia Clinica (specializzazione primaria) e Psicologia Giuridica (specializzazione secondaria).

Collabora da sei anni con l'associazione onlus "Centro Astalli" e da due con il "SaMiFo"; mediatrice linguistico-culturale nell'ambito sanitario, scolastico e giudiziario.

### **Gabriele Norcia**

Mail: gabrielenorcia@hotmail.com

Medico legale.

Consulente INCA CGIL nazionale. I suoi interessi principali sono nel campo delle malattie professionali e della responsabilità medica.

### **Giorgia Rocca**

Mail: giorgia\_rocca@hotmail.com

Dal 2001 lavora nell'ambito del sostegno ai migranti, con particolare riguardo ai problemi dell'assistenza sanitaria.

Ha collaborato con la Casa dei diritti sociali (Roma) e con la Caritas (Roma). Operatrice del servizio SaMiFo (salute migranti forzati)

### **Giancarlo Santone**

Mail: giancarlo.santone@aslromaa.it

Dirigente medico, area di psichiatria presso il DSM ASL ROMA A, dove è stato responsabile dell'ambulatorio di psichiatria transculturale.

Dal 2006 referente per la ASL dell'ambulatorio di psichiatria per migranti forzati e vittime di tortura presso il SaMiFo. Esperto in cooperazione internazionale, ha realizzato progetti pluriennali di salute mentale in Mozambico e Uruguay.

### **Monica Serrano**

Mail: [monicaserrano@libero.it](mailto:monicaserrano@libero.it)

Dottore di ricerca in Filosofia e Teoria delle Scienze umane, docente di Teorie e pratiche dell'intercultura alla Facoltà di Filosofia La Sapienza.

Dal 2005 Mediatrice culturale nell'Associazione Medici contro la Tortura. Co-fondatrice del Collectif Malgré Tout di Parigi con Miguel Benasayag e fondatrice dell'Associazione Laboratorio 53- onlus per l'accoglienza dei richiedenti asilo e rifugiati.

### **Andrea Paolo Taviani**

[andreataviani@tin.it](mailto:andreataviani@tin.it)

Internista ed endocrinologo.

Medico ospedaliero, Socio fondatore e Presidente dell'Associazione Medici contro la Tortura.

### **Martino Volpatti**

Mail: [martinovolpatti@libero.it](mailto:martinovolpatti@libero.it)

Dottore in filosofia.

Diploma della "Scuola Universitaria Superiore" (SUS) dell'università di Pavia (2003). Studi universitari presso l'università "Paris X", frequentazione del "Collège Philosophique" e dell' "École de France". Operatore del servizio SaMiFo (salute migranti forzati).





Finito di stampare  
nel mese di Luglio 2009  
Roma