

4

Capitolo 4 /

Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016¹

¹ A cura di Caritas Italiana e Fondazione Migrantes. Il testo è stato elaborato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM; www.simmweb.it) con i contributi di Marco Mazzetti, Massimiliano Aragona e Maria Chiara Monti.

Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016

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

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

Fatto salvo il precedente di Hofer, è però dall'800 che le osservazioni cliniche sulla salute mentale degli immigrati cominciano a trovare uno spazio regolare sulle pubblicazioni scientifiche; tuttavia per molti anni esse hanno presentato caratteristiche essenzialmente aneddotiche, e fino alla metà del '900 sembrano soprattutto aver contribuito a creare e a mantenere stereotipi e pregiudizi contro i migranti, presentati non di rado come soggetti con una certa tendenza all'instabilità e alla vulnerabilità psichica (Ramney, 1850; Foville, 1875; Ødegaard, 1932). Queste idee contrastano, prima ancora che con le successive evidenze scientifiche, con il buon senso,



Le osservazioni cliniche e la ricerca scientifica hanno cominciato a svilupparsi a partire dagli anni '90 del secolo passato.



se consideriamo che nella storia dell'umanità, lo stile di vita stanziale è da considerarsi l'eccezione, piuttosto che la regola, dato che la specie *homo sapiens sapiens* è stata, nel corso dei circa 130.000 anni della sua storia, soprattutto nomade.

In anni recenti, la letteratura scientifica si è piuttosto focalizzata sull'identificazione di quei fattori in grado di promuovere, o viceversa di mettere in pericolo, la salute psichica dei migranti. Per quanto riguarda il nostro paese, terra di immigrazione privilegiata per millenni a causa delle condizioni di vita particolarmente favorevoli (clima, fertilità della terra, centralità politica, amministrativa e geografica), divenuta per circa



un secolo e mezzo terra di emigrazione (tra '800 e '900) e poi da un trentennio tornata alla sua vocazione storica di luogo di attrazione per le popolazioni in movimento, le osservazioni cliniche e la ricerca scientifica sono relativamente recenti, proprio per l'intervallo storico in cui l'Italia ha dimenticato la propria connotazione immigratoria per diventare, per un periodo breve nella storia dell'umanità (ma lungo se paragonato alla vita media di noi esseri umani, tanto da far dimenticare una realtà storica più che millenaria), paese di emigrazione.

Le osservazioni hanno quindi cominciato a svilupparsi a partire dagli anni '90 del secolo passato: i dati raccolti nel corso di numerose inda-

gini epidemiologiche, hanno consentito di definire quello che è stato chiamato "effetto migrante sano" (Geraci, 1995). Cioè: gli immigrati partono sani dal loro paese (cosa abbastanza ovvia, se si considera quanto impegnativo sia, in genere, il percorso migratorio, e come richieda buona salute per essere affrontato), e sani di norma arrivano nel paese ospite. Queste osservazioni, che si riferiscono a studi dei primi anni '90, sono stati regolarmente confermati in seguito: non esistono in misura significativa patologie da importazione tra gli immigrati nel nostro paese. Questi dati, riferiti all'epidemiologia complessiva dell'immigrazione in Italia, si sono rivelati validi anche in ambito psichiatrico: i tassi

di ospedalizzazione per diagnosi psichiche tra gli immigrati sono stati particolarmente bassi, e sostanzialmente in linea con quelli della popolazione autoctona, nonostante quanto ci si sarebbe potuto attendere per la presenza di fattori di rischio legati all'esperienza migratoria.

Per quanto riguarda la salute in generale, le osservazioni clinico-epidemiologiche hanno semmai consentito di rilevare, in base alle caratteristiche dei ricoveri ospedalieri della popolazione immigrata confrontata con quella italiana, che a incidere maggiormente sulla salute sono piuttosto le condizioni di inserimento nel paese ospite. In altre parole, gli immigrati si ammalano in Italia a causa delle condizioni di vita in cui si trovano a vivere: ad esempio, mostrano tassi di ospedalizzazione per infortunistica sensibilmente più elevati rispetto agli italiani, perché si concentrano maggiormente nelle attività lavorative più pericolose (Geraci, 2001; Autori Vari, 2005-2016; INAIL, 2012).

Anche in ambito psichiatrico si sono fatte osservazioni analoghe: le cosiddette "*Post-Migration Living Difficulties*" (PMLD: difficoltà di vita in terra di immigrazione) sembrano giocare un importante ruolo tra i fattori di rischio per la salute mentale insieme ai traumi subiti in patria prima della partenza (in specie per quanto riguarda i migranti forzati) e a quelli sofferti durante il percorso migratorio (Aragona e coll. 2011, 2012, 2013; Aragona, Geraci e Mazzetti, 2014). Queste osservazioni hanno suggerito ai ricercatori di concentrarsi soprattutto sulla comprensione delle dinamiche migratorie, e su come queste influenzino la salute psichica dei migranti, per identificare i fattori protettivi e quelli di rischio in grado di influirvi.

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

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

UNHCR/ALESSANDRO PENSO





“

Chi opera nel settore ha visto crescere il numero di assistiti con basso livello di istruzione, spesso analfabeti, e con storie non solo di psicotraumatologia, ma anche talora di emarginazione sociale precedente la migrazione.

Servizio di Etnopsichiatria Ospedale Niguarda Milano

NELL'ORGANIZZAZIONE del territorio milanese, l'Ospedale Niguarda è il riferimento per i pazienti senza residenza o fissa dimora, fino agli anni '90 per lo più clochard e in seguito stranieri, la cui presenza si è quadruplicata dal 1998 ad oggi.

Per rispondere a questa specifica utenza, effetto in parte degli intensi flussi migratori che interessano la città, nel 2000 nasce, all'interno del DSM dell'Ospedale, il Servizio di Etnopsichiatria, che è il punto di riferimento nel territorio milanese per rispondere alle necessità di una popolazione anche straniera vulnerabile e in condizioni di disagio psichico, che avrebbe accesso solo al Pronto Soccorso ed eventualmente ai ricoveri negli SPDC.

Il Servizio offre cure integrate farmacologiche e psicoterapiche, e percorsi riabilitativi di arteterapia e fotografia. L'equipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, educatori e assistente sociale) si avvale di mediatori, e prende in carico il paziente con i suoi riferimenti culturali, che includono provenienza geografica e processo migratorio (*setting* transculturale).

Le principali tipologie di utenti sono:

- portatori di disagio psichiatrico complesso (inviati da reparti ospedalieri/pronto soccorso/ neuropsichiatria infantile/autoinvio);
- vittime di traumi estremi e torture (inviati dalla Commissione Territoriale Richiedenti Asilo, servizi comunali, Prefettura, centri di accoglienza, privato sociale);
- invii del Tribunale per i Minorenni: giovani coinvolti in procedimenti penali, o coppie/adulti inviati per valutazione delle capacità genitoriali.

Attualmente il servizio ha in cura circa 250 pazienti.

Contatto

etnopsichiatria3@ospedaleniguarda.it

vi arrivi con la precedente immigrazione in Italia, che mostrava una popolazione con livelli di istruzione medio-elevati (Coccia, Pittau, 2016). Siamo francamente in difficoltà nel commentare questa nuova realtà, proprio per l'assenza di dati che ci consentano ragionamenti basati su osservazioni scientifiche ragionevolmente affidabili, e l'ultima cosa che vogliamo è aggiungere la nostra voce al coro di chi parla dell'immigrazione in base a impressioni personali e per sentito dire. Tuttavia ci troviamo a dover scegliere se tacere completamente questa che ci appare a tutti gli effetti come una nuova realtà, o parlarne, sia pure con tutte le prudenze e le riserve del caso. Abbiamo scelto questa seconda opzione perché prendere atto dei cambiamenti che appaiono essere in corso ha notevoli implicazioni sia per le possibili scelte socio-assistenziali da compiere, sia soprattutto per i bisogni sanitari che da essa stanno emergendo. E non solo in ambito psichiatrico, dato che la cosiddetta "health literacy" (che possiamo tradurre con "alfabetizzazione sanitaria") è un fattore chiave nella protezione della salute, ed è strettamente collegata ai livelli di istruzione generale.

Pur in assenza di dati numerici, infatti, la realtà riportata dagli operatori impegnati nell'assistenza ai profughi, sia nello SPRAR sia negli altri sistemi di accoglienza, è costantemente coerente con l'osservazione del mutamento socio-demografico di cui si è detto. Negli stessi anni, inoltre, è stato possibile registrare un incremento sensibile dei ricoveri di pazienti stranieri negli ospedali psichiatrici italiani, ed è ipotizzabile (sia pur tutto da dimostrare) un qualche tipo di relazione tra le due osservazioni. Per dare un'idea, nel 2009 i ricoveri di stranieri in psichiatria sono stati 2.682 maschi e 3.362 femmine, più o meno in linea con gli anni precedenti; nel 2011, i ricoveri sono passati a 4.518 maschi e 4.909 femmine, mantenendosi anche negli anni successivi intorno a quest'ordine di grandezza, con un incremento repentino e piuttosto significativo, che non corrisponde a un aumento dello stock di immigrati nel paese, i quali erano stimati in 4.919.000 nel 2009 e in

5.011.000 nel 2011 (Da Silva e coll., 2016; IDOS, 2010, 2012). Di conseguenza, i tassi sono passati da 122 a 188 ospedalizzazioni ogni 100.000 immigrati residenti, con un incremento superiore al 50%. Non siamo ancora in possesso di dati disaggregati in grado di farci meglio comprendere il fenomeno, tuttavia questa osservazione sembra indicare una situazione in evoluzione rispetto al passato, e suggerisce la necessità di studi accurati per comprendere i cambiamenti in atto nella prevalenza di disturbi psichici tra richiedenti asilo e rifugiati.

Altre osservazioni puntiformi sono state riportate recentemente da alcuni servizi dedicati: il Servizio di Etnopsichiatria dell'Ospedale Niguarda di Milano (vedi box) ha registrato, ad esempio, un incremento netto di primi contatti di pazienti stranieri negli ultimi 6 anni, che sono quasi raddoppiati, e i ricoveri di pazienti stranieri nel SPDC dello stesso ospedale sono passati, nello stesso periodo, dal 21% al 31% del totale (Contini e coll., 2016). Il Servizio *Ferite Invisibili* della Caritas di Roma (vedi box) ha riferito di un netto incremento del numero di sedute di terapia erogate a ciascun paziente, spiegato dagli autori con la maggior gravità e complessità delle patologie presentate dai soggetti presi in carico (Da Silva e coll., 2016). Medici Senza Frontiere ha condotto nel 2016 un'indagine qualitativa con un campione di operatori sociali e psichiatrici in Italia ed è giunta a considerazioni analoghe a quelle citate: "Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia di psichiatri operanti in strutture pubbliche, è emersa una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta e in assenza di un progetto migratorio chiaro" (Medici Senza Frontiere, 2016). Pur con tutta la prudenza del caso, e limitandoci a considerare indizi, e non prove, quanto fin qui descritto, alcune considerazioni possono essere fatte, in specie mettendo queste osservazioni in relazione con i fattori di rischio per la salute psichica degli immigrati.

SARA PRESTIANI



Il Servizio Ferite Invisibili della Caritas di Roma

IL SERVIZIO *Ferite invisibili* è nato alla fine del 2005, come parte del Poliambulatorio per Immigrati dell'Area sanitaria della Caritas di Roma.

Il nome si riferisce al fatto che i traumi psicologici, a differenza delle cicatrici dei traumi fisici, spesso non lasciano segni visibili, e possono essere difficili da identificare.

Il servizio è quindi nato in modo specificamente dedicato alla psicotraumatologia dovuta alla violenza intenzionale, con un'attenzione particolare ai rifugiati vittime di tortura.

L'attività del servizio, composto da psichiatri, psicologi, psicoterapeuti e personale di accoglienza, si svolge in modo strettamente integrato con i centri in cui i richiedenti asilo e i rifugiati sono accolti, e si basa su questi principi:

- assistenza clinica specializzata offerta da un'équipe con una specifica formazione ed esperienza sul tema;
- interventi socio-sanitari integrati con l'assistenza sociale, educativa e legale;
- attività di certificazione psicologica e psichiatrico-forense;
- ricerca per individuare gli aspetti clinico-epidemiologici salienti di questa popolazione, e la messa a punto di strumenti di screening;
- formazione del personale coinvolto a vario titolo nell'accoglienza e nell'assistenza dei profughi vittime di violenza;
- attività di *advocacy* per la promozione dei diritti dei richiedenti asilo in rete con società scientifiche (SIMM) e altre associazioni a questo deputate.

Nel periodo 2005-2015 sono stati presi in carico 309 pazienti.

Contatto

feriteinvisibili@caritasroma.it



Fattori di protezione e di rischio per la salute psichica dei migranti

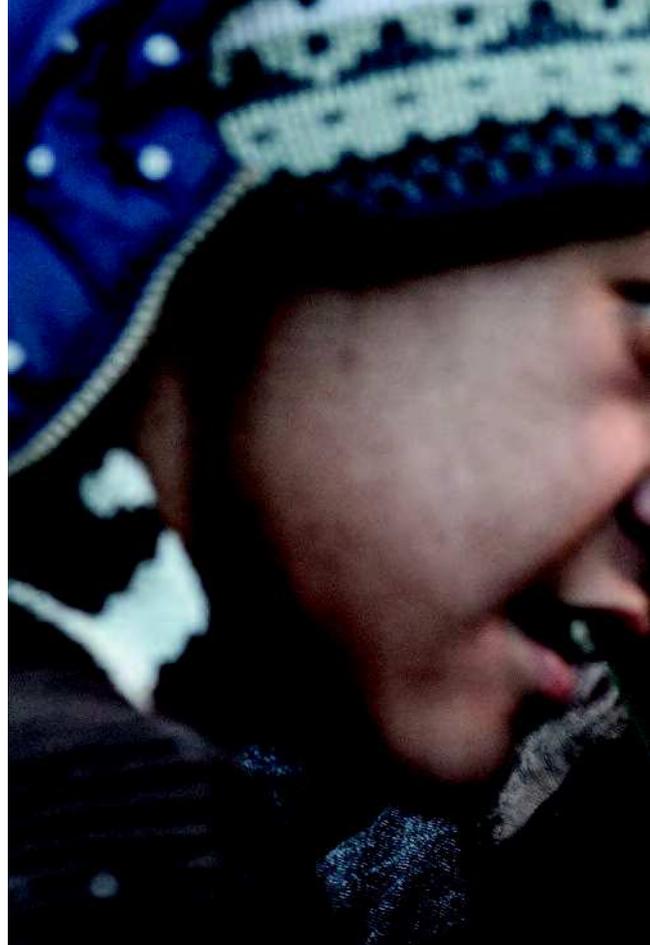
In base all'analisi della letteratura scientifica e a una serie di indagini fatte sul campo, è possibile identificare una serie di fattori di resilienza in grado di proteggere la salute psichica dei migranti (Aragona, Geraci e Mazzetti; 2014, Mazzetti, 2008).

Il termine “resilienza” è entrato in anni recenti nel lessico psichiatrico, preso in prestito dall'ingegneria: esso, infatti, esprime la capacità di un materiale di resistere a urti e tensioni mantenendo le sue proprietà o riacquisendole al termine dell'evento, e deriva dal latino *resilire*, che significa rimbalzare. È stato efficacemente trasposto in ambito psichiatrico per esprimere la capacità di sopportare i traumi conservando una buona salute psichica. Premesso ciò, nella presa in cura della salute psichica dei migranti, si è ritenuto utile considerare la migrazione come un evento ad alta intensità emotiva, capace di avere un impatto notevole sull'attività psichica dei soggetti, qualcosa di simile a un trauma, sia pure *sui generis*. Un trauma quasi di tipo “iniziativo”, capace, se ben superato, di portare a una crescita positiva della persona, ma tuttavia impegnativo da affrontare.

In base all'esperienza clinica e soprattutto a quanto riportato dalla letteratura scientifica possiamo raggruppare i fattori di resilienza in due insiemi principali, quelli che fanno capo alle caratteristiche individuali e quelli connessi al progetto migratorio dell'individuo. Un terzo gruppo rilevante può essere individuato nel supporto sociale che l'immigrato trova sul suo cammino. Per quanto riguarda le *caratteristiche individuali*, esse dipendono innanzitutto dalla solidità della personalità del soggetto, che può essere espressa come la capacità di conoscere e comprendere se stessi e gli altri (cioè di “mentalizzare”, di concettualizzare sé e gli altri in base ai pensieri e alle emozioni di ciascuno e di comportarsi di conseguenza), di saper costruire relazioni interpersonali positive, di avere buoni strumenti di gestione delle difficoltà. Insieme a un'esperienza precedente di vita di successo, queste caratteristiche agevolano in genere un buon adattamento. A essa vanno aggiunte una buona salute psichica pre-migratoria e la solidità e la flessibilità dell'identità culturale, molto più facili da osservare in chi ha livelli di istruzione elevati. Chi è consapevole, infatti, dei propri riferimenti culturali è spesso più interessato, curioso, aperto e flessibile nei confronti di sistemi diversi dal proprio. Viceversa, come è facile intuire, personalità fragili, che presentano stili relazionali deficitari,



Saper fare progetti realistici e investire sulla propria capacità di insediamento nel paese ospitante è un elemento chiave; viceversa, l'assenza di un progetto migratorio, o il fallimento dello stesso si sono tipicamente configurati in letteratura come fattori di rischio.



di basso livello culturale e che hanno già sperimentato condizioni di emarginazione sociale prima della migrazione si trovano comprensibilmente in condizioni di maggiore difficoltà; tanto più se condizioni psicopatologiche (disturbi della personalità, quadri clinici psicotici eccetera) erano già presenti in partenza.

Le osservazioni sopra riportate sui recenti flussi in entrata in Italia sembrano mostrare, come dicevamo, un indebolimento di questi fattori di resilienza, sia per le caratteristiche demografiche (bassi livelli di istruzione e condizioni di emarginazione sociale pre-migratoria, spesso evidenziati dalle anamnesi) che psicologiche (personalità più fragili, per alcune delle quali sono stati documentati anche ricoveri psichiatrici prima della partenza). Come vedremo, prendere atto di questi cambiamenti è fondamentale per predisporre le opportune misure di accoglienza e di assistenza. Il secondo fattore di resilienza decisivo è il *progetto migratorio*: a esso è in genere ancorato il sistema motivazionale delle persone e la loro capacità di immaginarsi e progettarsi nel futuro. Saper fare progetti realistici e investire sulla propria capacità di insediamento nel paese ospitante è un elemento chiave; viceversa, l'assenza di un progetto migratorio, o il fallimento dello stesso sono tipicamente configurati in letteratura come fattori di rischio.

Questo specifico aspetto è in genere un punto debole per i migranti forzati: essi lasciano il proprio paese, infatti, non sulle ali di intense motivazioni a crearsi una nuova vita altrove, ma spinti da condizioni che impediscono loro di conti-



nuare la loro vita a casa. Per i profughi, i fattori di espulsione dalla madrepatria dominano, di norma, su quelli di attrazione nel paese d'approdo, il quale, in molti casi, non è neppure frutto di una scelta consapevole, ma è determinato dalla casualità dei mezzi utilizzati per la fuga e dei percorsi disponibili. Inoltre, la crisi economica e la recessione in atto dal 2008 hanno reso poco ricettivo il mercato del lavoro, ostacolando maggiormente l'elaborazione di progetti migratori realistici tra chi è giunto in Italia negli ultimi anni. Infine si è accennato, come terzo macrofattore di resilienza, al *supporto sociale efficace*, che possiamo definire come la condizione di accoglienza in grado di sostenere l'individuo sia nei suoi bisogni emotivo-relazionali sia in quelli materiali, aiutandolo nella realizzazione del progetto migratorio e favorendone l'integrazione sociale e psicologica. Per assicurare un adeguato sostegno sociale, possono entrare in gioco attori numerosi e diversi: familiari e amici arrivati in precedenza, comunità etnica di origine, agenzie pubbliche o del privato sociale eccetera. È questo il territorio tipico delle *"post-migration living difficulties"* (PMLD) cui si è accennato in precedenza, e di cui si parlerà in dettaglio più avanti. In molti casi, le PMLD appaiono proprio come una condizione di accoglienza sociale inadeguata o manifestatamente ostile.

Infine, va ancora considerato tra i fattori di vulnerabilità, quello che siamo soliti definire *stress da transculturazione*; si tratta di qualcosa di analogo a ciò che gli antropologi chiamano *shock culturale*, ma preferiamo evitare il termine

"shock", che in medicina assume altri significati, mentre "stress", con tutte le implicazioni psico-neuro-endocrino-fisiologiche connesse, corrisponde con più esattezza ai fenomeni osservati. La capacità di gestire una situazione nuova, spesso non facilmente comprensibile a prima vista, non è scontata. La complessità degli stimoli è grande: dall'impatto con la lingua locale da cui dipende la sopravvivenza dell'immigrato fin dai primi giorni, alle comunicazioni non verbali e alla prossemica, talora ancora più difficili da interpretare che la lingua stessa, alla percezione di avere un corpo straniero, cioè di portare tratti somatici che indicano immediatamente un'appartenenza estranea, e che possono essere bersaglio di atteggiamenti razzisti o comunque emarginanti. Tutti questi fenomeni contribuiscono a determinare lo stress da transculturazione. Inoltre va considerata la difficoltà di gestire quello che può apparire come un sovvertimento nei costumi etici, dovuto a usanze date per scontate nel paese di approdo e del tutto inaccettabili in quello di origine del profugo. Da questo punto di vista, la distanza geografica dal paese d'origine e, ancor più, quella culturale, sembrano essere particolarmente rilevanti nel determinare l'intensità dello stress da transculturazione (Kinzie, 2006): per esempio, il profugo che arriva da un paese anche lontanissimo, ma che abbia un'eccellente istruzione universitaria, avrà con molte probabilità una buona capacità di leggere le diverse situazioni nella terra ospite, perché l'istruzione elevata presenta molte analogie in quasi tutti i paesi del mondo. Viceversa

“

La capacità di gestire una situazione nuova, spesso non facilmente comprensibile a prima vista, non è scontata.

Il C.I.S.S. Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL di Parma

DA ANNI È ATTIVA UNA COLLABORAZIONE tra l'AUSL di Parma e l'Associazione CIAC Onlus (ente gestore SPRAR per i Comuni di Parma e Fidenza) formalizzata nel 2009 con un Protocollo d'Intesa che istituisce il "C.I.S.S.- Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL" per la presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati in situazione di vulnerabilità.

Il C.I.S.S. è un'equipe di lavoro formata da operatori sanitari dell'Ausl (Medici, Psichiatra, infermieri, Ostetrica, Educatore, ecc.) e da operatori sociali e giuridici di CIAC: il gruppo si incontra 2 volte al mese, presso gli ambulatori di Spazio Salute Immigrati, per la programmazione socio-sanitaria dei casi in carico. Alla riunione vengono invitati anche gli operatori (psicologi, psichiatra, assistente sociale, ecc...) che, territorialmente, hanno in carico il beneficiario.

Negli anni è stato possibile rafforzare il Protocollo d'Intesa con l'AUSL di Parma: inizialmente dedicato alla presa in carico delle vittime di tortura e violenza, si è via via ampliato anche alle situazioni di disagio mentale, donne sole e

MSNA. Attualmente si sta lavorando alla ristesura del Protocollo, che coinvolgerà i Comuni Capo-Distretto della Provincia di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Per le situazioni di disagio mentale, lo Psichiatra componente del C.I.S.S., oltre ad una valutazione preliminare (anche tramite colloqui) dei casi in carico al C.I.S.S., ha il compito di inviare i beneficiari presso i Centri di Salute Mentale territorialmente competenti, al fine di attivare tempestivamente la presa in carico.

Contatto
giovanni.rovina@ciaconlus.org



Lo SPRAR del Comune di Modena

IL PROGETTO RIFUGIATI SPRAR del Comune di Modena ha attivato dal 2010 una collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e Psicologia Clinica dell'AUSL di Modena.

Psicologi e psichiatri del DSM e operatori SPRAR si incontrano trimestralmente per una valutazione congiunta dei casi in carico, il monitoraggio sulla loro evoluzione, l'armonizzazione degli interventi clinici e socio-assistenziali, e per regolari sessioni di supervisione congiunte. Sono stati creati percorsi agevolati per la presa in carico rapida dei beneficiari presso i servizi di salute mentale.

La condivisione di punti di vista differenti (legale, socio-assistenziale, educativo, medico e psicologico) consente una presa in carico integrata dei beneficiari vittime di trauma o violenza, o comunque in condizioni di sofferenza psichica.

L'opera di ascolto e conoscenza svolta dagli operatori consente di ricostruire un quadro accurato della situazione del beneficiario,

del suo vissuto nel paese d'origine, del percorso migratorio, e della sua condizione in Italia; inoltre ne agevola la presa di coscienza di difficoltà e sintomi, e l'invio ai servizi. Le professionalità e gli strumenti specifici degli psichiatri e degli psicologi consentono così l'intervento terapeutico più indicato per la condizione della persona.

Il beneficiario è così seguito da due servizi complementari, di cui comprende bene differenze di compiti e ruolo, e spirito di collaborazione per promuovere la sua salute e la sua autonomia.

Contatto

Progetto Rifugiati
SPRAR Comune di Modena
progetto.rifugiati@comune.modena.it

il soggetto analfabeta, i cui riferimenti culturali vanno poco oltre i confini del suo villaggio di origine, proverà con maggior probabilità una sensazione di straniamento nei confronti della nuova realtà.

Infine, tra i richiedenti asilo sono la regola anche le perdite e i lutti, sia della propria terra e del proprio mondo socio-affettivo, sia molto spesso di persone fisiche, e sono numerosissimi, nella nostra esperienza, i richiedenti asilo che hanno perduto non solo persone care lasciandole al paese di origine, ma anche a causa di eventi luttuosi, spesso drammatici, prima e durante il tragitto migratorio.

Come abbiamo visto, in base alle osservazioni socio-demografiche condotte sui flussi recenti di richiedenti asilo, ci troviamo di fronte a una popolazione in cui appaiono essere preponderanti i fattori di vulnerabilità rispetto a quelli di resilienza: caratteristiche personali meno solide che in passato, a seguito della riduzione almeno parziale dell'effetto migrante sano, e che rendono i richiedenti asilo più vulnerabili rispetto allo stress da transculturazione; progetto migratorio inesistente o reso assai difficoltoso dalle condizioni economiche del paese ospite in recessione; supporto sociale lacunoso e, infine, esperienze luttuose e traumatiche di cui ci occuperemo in dettaglio tra poco. Non sorprende che con queste premesse si sia osservato un incremento del ricorso ai servizi psichiatrici, e che la risposta di questi appaia difficoltosa, per la forte pressione cui sono stati sottoposti in modo relativamente inaspettato, e per la necessità di sviluppare competenze cliniche e fornire risposte anche organizzativamente nuove: ad esempio, il basso livello di istruzione si traduce in scarsa conoscenza delle lingue coloniali (inglese, francese, portoghese) da parte dei richiedenti asilo, con la conseguente necessità e difficoltà di trovare traduttori in lingue locali poco diffuse.

Questa è la nostra sfida, oggi: creare rapidamente competenze operative, di tipo clinico e organizzativo, per offrire risposte appropriate a un bisogno di assistenza psichiatrica che appare in crescita.

Traumatizzazione e ritraumatizzazione

La migrazione di per sé è un evento complesso che, come abbiamo visto, può essere vissuto in maniera traumatica. Tuttavia in psicotraumatologia quando si parla di traumi, o meglio di eventi potenzialmente traumatici, è d'uso riferirsi a quegli eventi che la persona subisce direttamente o di cui è testimone, o di cui viene a conoscenza se riguarda persone della sua stretta cerchia, ca-

ratterizzati da *“morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale”* (American Psychiatric Association, 2013). Questa definizione copre un amplissimo spettro di possibili eventi: catastrofi naturali, incidenti, episodi avvenuti in battaglia, aggressioni, violenza pubblica e privata eccetera. In questi casi la migrazione, specie se avviene nelle condizioni difficili cui abbiamo accennato in precedenza, può costituire, come vedremo, un evento ritraumatizzante. Oggi sempre di più, a causa degli stravolgimenti geopolitici in seno a molti paesi africani e asiatici, per i richiedenti protezione internazionale ognuno di questi eventi può essere occorso, ed in più vi è spesso una specificità legata al fatto che nei casi di esposizione a situazioni di violenza subita (e che ha spinto la persona a scappare dal proprio paese, la cosiddetta *“migrazione forzata”*) essa è di tipo intenzionale. Ciò vuol dire che qualcuno ha perpetrato atti brutali volti a infliggere dolore e/o morte per scopi definiti, verso qualcun altro, in modo volontario e consapevole. Questo comporta una maggiore peculiarità del trauma, definito anche *“trauma estremo”*: violenze interpersonali ripetute, praticate volontariamente da una persona e/o da un gruppo, in una situazione di privazione della libertà. L'esempio simbolo di tale tipologia di esperienza è quello della tortura, definita dall'ONU *“qualunque atto che per mezzo di gravi dolori o sofferenze, o fisiche o mentali, sia intenzionalmente inflitto a una persona per scopi quali ottenere da questa o da terzi informazioni o una confessione, punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o si sospetta che abbia commesso, o intimidire o costringere essa o una terza persona, per una ragione qualsiasi basata su una discriminazione di qualunque tipo, quando tale dolore o sofferenza è inflitta da o su istigazione di o con il consenso o il tacito consenso di un pubblico ufficiale o di altra persona che agisce nell'ambito delle sue funzioni ufficiali”*.

In generale, oltre alla tortura, si parla di *“trattamenti inumani e degradanti”* per tutte quelle violenze intenzionali che minano profondamente la dignità della persona (per esempio, la ri-

Progetto SPRAR disagio mentale Comune di Terni

DAL MARZO 2014, nel comune di Stroncone (Terni) è attivo un Progetto SPRAR che ha come ente gestore un ATS tra Associazione di volontariato San Martino (Caritas diocesana Terni, Narni, Amelia), Arci Comitato provinciale Terni, Arci Solidarietà Terni, Laboratorio Idea, Cooperativa il Cerchio e Cooperativa sociale la Speranza come fornitore di servizi socio sanitari psichiatrici.

L'utenza di riferimento sono richiedenti asilo e rifugiati politici che abbiano manifestato, a seguito del loro percorso migratorio, problematiche di tipo psichico (massimo 5 persone). Il progetto applica un modello di accoglienza e integrazione sociale, gestito da una équipe multi professionale (psichiatra, psicologo, mediatori culturali, interpreti, operatori sociali d'ambito psichiatrico) che ha come obiettivi la risocializzazione *“protetta”* e la riabilitazione psico-fisica del paziente - utente.

Gli strumenti utilizzati sono:

- Progetto Terapeutico Individualizzato;
- Attività di formazione linguistica;
- Sistema di monitoraggio e controllo;
- Tirocinio risocializzante in una Comunità Agricola – centro diurno.

I beneficiari SPRAR presentano spesso disturbi di tipo reattivo, correlati ai traumi accumulati sia nei paesi d'origine (quasi sempre teatro di guerra), sia nel percorso migratorio che li ha portati in Italia (quasi sempre drammatico); disturbi cioè che hanno un possibile carattere di transitorietà e rapido mutamento, e che quindi necessitano di interventi tanto specifici quanto tempestivi, al fine di non dissipare il potenziale evolutivo e riabilitativo del paziente. Nei progetti SPRAR Disagio Mentale si arricchisce e necessita di una presa in carico della persona particolarmente articolata, ampliando i propri obiettivi dalla risocializzazione *“protetta”* alla riabilitazione psico-fisica del paziente.

Contatto

presidente@cooplasperanza.it

duzione in schiavitù o la tratta), anche se non perpetrate da pubblici ufficiali. Molti migranti che giungono in Italia e la quasi totalità dei richiedenti protezione internazionale denunciano l'aver subito eventi di questo tipo, soprattutto prima della partenza dal proprio paese (in questo caso il trauma ha agito come *“push factor”*), così come durante il passaggio in paesi di transito (violenze dei *“passeurs”*, sequestri, detenzioni,

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

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

Questo ci introduce al concetto di traumatizzazione secondaria, con il quale si intende la riattivazione dell'esperienza traumatica attraverso nuovi eventi. In effetti, questo è un dato ricorrente nell'esperienza dei migranti traumatizzati: essi non solo hanno dovuto subire esperienze traumatiche gravi prima della partenza e/o durante il viaggio, ma dopo l'arrivo in Europa la

loro condizione di vulnerabilità li espone a ulteriori ritraumatizzazioni, sia per la non sufficiente tutela di alcune parti del sistema di accoglienza (si pensi ad esempio ai migranti ospitati in CARA sovraffollati dove è più probabile che avvengano frizioni tra gruppi di ospiti), sia per le situazioni traumatiche legate alle nuove barriere interne (si pensi ai migranti, spesso famiglie con anziani e bambini, che ai confini balcanici si sono visti sparare contro pallottole di gomma e lacrimogeni), sia perché una parte delle persone esce dal circuito dell'accoglienza (ad esempio, i transitanti che si allontanano prima di venire registrati) entrando a volte in logiche illegali a rischio di nuovi soprusi e di deriva sociale.

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

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

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

“

Eventi come la tortura sono appositamente congegnati per avere il massimo effetto traumatico possibile, e ciò è coerente con il fatto che essa ha tra le sue finalità più proprie quella di distruggere la personalità della vittima.



SARA PRESTIANNI

Esiti di torture e violenze sulla salute mentale

Le violenze intenzionali di cui si è trattato nel precedente paragrafo hanno, come si diceva, un effetto psicotraumatico intrinseco e specifico. Attraverso la nostra esperienza sappiamo che le vittime di tortura difficilmente approdano ai servizi di salute mentale: accedono più facilmente all'assistenza medica come portatori di un disagio che assume le forme più varie: malesseri poco chiari, cefalee resistenti, disturbi somatici senza riscontro medico, insonnie, irritabilità. Raramente emergono i quadri più gravi: depressioni, fenomeni dissociativi come i *flashback*, disturbi della memoria (amnesie, difficoltà a memorizzare esperienze nuove), abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici, tentati suicidi.

Raramente il curante riconosce subito la fenomenologia della violenza estrema. Questo accade perché la tortura crea un paradosso: lascia un segno indelebile nella memoria e nella personalità della vittima e allo stesso tempo appare inenarrabile. Il suo affacciarsi alla parola rappresenta uno sconvolgimento insopportabile per il paziente, che la relega inconsciamente in una zona intrapsichica tra la memoria e la parola, ma che in realtà non abita né la memoria (le esperienze traumatiche non entrano nel registro

del ricordo, piuttosto sono fatti-agenti come fossero ancora nel tempo presente), né la parola (le esperienze non possono essere raccontate). Marcelo Viñar, psicoanalista uruguayano, egli stesso vittima di tortura, spiega che esiste uno spazio, una distanza, tra l'accaduto e il racconto, tra l'esperienza del trauma e la sua rappresentazione. Esiste cioè una sorta di bolla spazio-temporale tra i fatti dell'atrocità e una possibile trasformazione in racconto o in una storia narrabile, e a questo proposito scrive: *“Come pensare l'intervallo tra l'esperienza del trauma – valanga di paura e orrore – e la sua configurazione come storia, come esperienza rappresentabile, narrabile? Come aggiornare questo luogo psichico, frangia di follia, che articola il registro della percezione e dell'allucinazione, dell'esperienza della veglia con quella onirica?”* (Viñar, 2005, pag. 34).

Continua spiegando che la violenza in sé è intrinseca all'esperienza umana, ma che la sua intrinsecità è tale solo se essa è trasformabile in parola. Invece, la parola sulla violenza cessa di esistere e si crea uno spazio-senza-parola, luogo in cui si raccolgono i depositi psichici traumatici di cui unico testimone si fa il corpo. Il corpo nasconde biografie, storie, narrazioni, così come orrori, vicende esecrabili e mai dicibili.

Le vittime sono portatrici silenziose di un dramma che non può essere raccontato e che pochi vogliono ascoltare. Si crea un intreccio fatale tra

la difficoltà di parlare dell'esperienza di violenza estrema da parte delle vittime e il rifiuto, non intenzionale, degli operatori ad accoglierne le narrazioni, per un timore inconscio ad accostarsi a materiale tanto doloroso, come contagiati dall'evitamento della vittima. Abbiamo assistito alla cecità dei medici o degli operatori dell'accoglienza dinanzi a cicatrici anche evidenti, esito di torture, o alle psicopatologie da trauma estremo.

La dinamica di nascondimento inconsapevole è intrinseca alla natura della violenza estrema: non ci sono parole per testimoniare qualcosa che si colloca al di fuori di ogni esperienza umana, e non c'è ascolto per consentirne l'emersione. Ancora Viñar: *“Della tortura nessuno ama sapere né può credere, dando spazio al disconoscimento attivo che l'orrore convoca e provoca. Per il terrore non esiste la giusta distanza possibile, solo l'evitamento”*. Per tali ragioni il fenomeno è avvolto dall'invisibilità. Eventi come la tortura sono appositamente congegnati per avere il massimo effetto traumatico possibile, e ciò è coerente con il fatto che essa ha tra le sue finalità più proprie quella di distruggere la personalità della vittima. Le reazioni psicopatologiche in chi è stato sottoposto a torture e violenze intenzionali sono piuttosto variegate. È doveroso dedicare uno spazio al *Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)*, il quadro clinico che la psichiatria identifica come specifico delle vittime esposte a un trauma. Secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) la reazione psicotraumatica è caratterizzata da un certo numero (prefissato nel manuale) dei sintomi trattati di seguito:

- **Ricordi dolorosi, intrusivi, involontari e ricorrenti dell'evento traumatico.** La persona può apparire a volte come assorta, mentre al suo interno vi è una lotta tra pensieri e ricordi disturbanti e lo sforzo attivo e spesso inefficace di respingerli.
- **Alterazione della coscienza,** con vere e proprie reazioni dissociative (come i *flashback*) in cui l'individuo sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripetendo. Dal punto di vista di chi osserva, in casi di questo tipo si vede la persona che si blocca, come se non fosse più in contatto con l'ambiente circostante, occupato da immagini o suoni, vividi o sfumati, in cui il vissuto traumatico si ripropone in tutta la sua drammaticità e con il corrispondente vissuto affettivo.
- **Incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento traumatico** (fenomeno che rientra anch'esso nelle alterazioni dissociative dello stato di coscienza, in questo caso per un'amnesia dissociativa).
- **Sofferenza fisica e/o psicologica** dinanzi a stimoli che simbolizzano o richiamano l'evento traumatico o un suo aspetto. È spesso fonte di ritraumatizzazioni secondarie. Ciò fa sì che la persona cerchi di sottrarsi a questa sofferenza sforzandosi di evitare quegli elementi esterni (persone, posti, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che possano rievocare e attivare ricordi, pensieri o sentimenti associati all'evento traumatico. Ad esempio, per una persona torturata dai militari in centri di detenzione uno stimolo scatenante può essere il trovarsi di fronte a forze dell'ordine o a personale in divisa, in situazioni in cui la persona deve rispondere a domande o a un interrogatorio, il che la riporta a rivivere esperienze del passato. Ciò comporta a volte difficoltà impreviste nel normale espletamento di pratiche necessarie per un richiedente protezione: persone che non riescono ad andare nella stazione di polizia (dove c'è l'ufficio preposto) per avviare la pratica; altre che si bloccano durante l'audizione in commissione perché si sentono sotto interrogatorio, eccetera.
- **Disturbi del sonno,** con difficoltà a iniziarlo o a mantenerlo, o quasi totale assenza di sonno, a causa di rimuginio o pensieri intrusivi, senza riuscire a rilassarsi. Quando alla fine, stremati, i pazienti riescono ad addormentarsi, arrivano incubi ricorrenti nei quali il contenuto e/o l'affetto del sogno sono legati all'evento traumatico con importanti ricadute nel funzionamento diurno.
- **Credeze o aspettative negative circa se stessi,** gli altri o il mondo (per es. “Io sono cattivo”, “Non mi posso fidare di nessuno”, “Il mondo è un posto del tutto pericoloso”, “Il mio sistema nervoso è rovinato per sempre”). A volte questi pensieri distorti riguardano le cause e le conseguenze dell'evento traumatico e conducono la persona a incolpare se stesso o gli altri (ad es. i pazienti possono sentirsi in colpa di essere gli unici sopravvissuti, oppure per essere stati la causa, magari con il proprio impegno politico, delle sofferenze occorse ai propri familiari).
- **Stati emotivi persistentemente negativi** (per es. orrore, rabbia, colpa o vergogna); marcata diminuzione nell'interesse o nel piacere di fare le cose; sentimenti di distacco o di estraneità nei confronti degli altri; persistente incapacità a sperimentare emozioni positive.
- **Iperarousal,** ovvero l'iperattivazione del sistema nervoso simpatico (e di conseguenza di tutta una serie di ormoni dello stress, etc.) che fa parte di una reazione normale ed evolutivamente sana in situazioni di pericolo reale, e che diventa patologica nel momento in cui il sistema continua ad essere attivato no-

“

Per una persona torturata dai militari in centri di detenzione uno stimolo scatenante può essere il trovarsi di fronte a forze dell'ordine o a personale in divisa, in situazioni in cui la persona deve rispondere a domande o a un interrogatorio, il che la riporta a rivivere esperienze del passato.

nostante la situazione di pericolo non sia più presente. In un più generale quadro di iperattivazione si inscrivono vari sintomi post-traumatici come il comportamento irritabile e gli scoppi d'ira, alcuni comportamenti a rischio o autodistruttivi, la continua ipervigilanza con eccessive risposte di allarme (le persone che "scattano" improvvisamente a un banale rumore). Occorre notare che gli scoppi d'ira apparentemente immotivati sono molte volte una manifestazione che provoca allarme e che spesso non viene riconosciuta come possibile espressione di una sofferenza post-traumatica.

- **La difficoltà di concentrazione** è un sintomo notevolmente importante perché influenza in modo negativo il percorso di integrazione. Essa è dovuta sia alla sonnolenza conseguente



Spesso gli eventi narrati non si susseguono logicamente e non hanno una struttura coerente: il prima ed il dopo sono confusi

all'insonnia di cui si diceva sopra, sia al fatto che i pensieri intrusivi disturbano i processi cognitivi.

Il limite della categoria diagnostica deriva dal fatto che nel complesso questi sintomi rappresentano alcuni modi comuni che le persone hanno di reagire a eventi traumatici generali, seppur con alcune differenze. La clinica con i migranti suggerisce invece che i traumi da violenza estrema inducono esiti psicopatologici specifici, più drammatici, qualche volta più resistenti ai percorsi di psicoterapia, proprio perché la tortura, come si è detto sopra, è un'esperienza che va al di là di ogni immaginabile catastrofe, scompaginando la personalità della vittima.

Un fenomeno molto frequente e poco enfatizzato nei manuali diagnostici è relativo al vissuto del tempo e all'articolazione degli eventi traumatici nel ricordo (appunto, come si diceva sopra, rapporto tra parola e memoria): spesso gli eventi narrati non si susseguono logicamente e non hanno una struttura coerente, il prima ed il dopo sono confusi, uno stesso evento viene raccontato una volta come antecedente un'altra volta come susseguente. Gli episodi della storia non si succedono secondo una sequenza temporale univoca ma il passato e il presente, non più distinti chiaramente, si sovrappongono, rendendo ad esempio difficili e poco credibili le deposizioni di fronte alle commissioni per la concessione dell'asilo. Inoltre, questa alterazione del vissuto temporale spesso non è circoscritta ai ricordi ma appare pervasiva anche nella quotidianità (ad esempio, i pazienti traumatizzati più frequentemente degli altri sbagliano la data o l'ora dell'appuntamento). Un altro effetto specifico della tortura riguarda le parole-agenti: il torturatore accompagna le azioni a "frasi attive" che penetrano nella struttura psicologica dell'individuo, insediandosi fino ad abitare letteralmente la mente della vittima, garantendo una persistenza a lungo termine degli effetti della tortura e generando una vulnerabilità alla ritraumatizzazione.

Centro SA.MI.FO. Salute Migranti Forzati

Il SAMIFO, nato nel 2006, è una *struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento anche per enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi*. È un modello caratterizzato dalla collaborazione tra la ASL Roma 1, il Centro Astalli e la medicina di base. Un'attenzione speciale è riservata alle donne e alle vittime di torture.

Organizzazione

- front e back office, spazi di ascolto e orientamento;
- medicina generale per l'assistenza sanitaria di base;
- psichiatria, pur svolgendosi nella sede del SAMIFO è collegata con il DSM per quei pazienti che richiedono percorsi integrati sociosanitari di lunga durata;
- psicologia per il sostegno, *counseling* e psicoterapia;
- ostetricia e ginecologia, per

prevenzione e cura, segue anche le gravidanze e la loro evoluzione;

- medicina legale, certifica gli esiti di trattamenti disumani e degradanti;
- vaccinazioni gratuite, per ridurre l'incidenza e le conseguenze delle malattie prevenibili da vaccino;
- malattie infettive, per attività di prevenzione e cura;
- ortopedia, per i bisogni di salute fisiche conseguenti alla tortura;
- mediazione linguistico-culturale, capace anche di filtrare e gestire le richieste;
- sono disponibili farmaci, forniti per i bisogni primari;
- si presta attenzione anche verso le tematiche e problematiche sociali degli utenti;
- formazione e tutela della salute degli operatori.

Contatto

samifo@aslromaa.it

Altre forme della sofferenza post-traumatica

Queste che abbiamo appena descritto sono le reazioni tipiche ai traumi. Tuttavia, per traumi complessi di natura intenzionale e con esposizione prolungata in condizioni di coercizione, la reazione psicotraumatica tende a essere più complessa. Herman (1992) ha descritto come *PTSD Complesso* un quadro clinico caratterizzato da una molteplicità e variabilità dei sintomi, che coinvolgono vari domini: somatico, cognitivo, affettivo, comportamentale e relazionale. L'accento è in questo caso messo sulla presenza

di somatizzazioni, fenomeni dissociativi più marcati, reazioni depressive intense e prolungate, cambiamenti nel modo di relazionarsi agli altri (sfiducia, sospettosità, isolamento), disarticolazione della propria identità personale (“*Tutte le strutture del Sé – l’immagine corporea, l’immagine internalizzata degli altri, e i valori e gli ideali che danno un senso di coerenza e uno scopo – sono invalidate e sistematicamente danneggiate*”, Herman, 1992). Come abbiamo detto, nelle vittime di violenza estrema o tortura il corpo spesso si fa portavoce di drammi che non trovano parola per essere testimoniati: esso è qualche volta l’unico strumento possibile per un richiamo di aiuto da parte delle vittime di violenza estrema. Il corpo è testimone della violenza e spesso l’emersione degli eventi traumatici transita attraverso un’analisi accurata dei sintomi somatici che, come abbiamo visto, spesso emergono per primi nei luoghi di cura. Infatti, tra i fenomeni più tipici e per certi aspetti più criptici delle vittime di violenza c’è quello della somatizzazione, per cui i sintomi corporei non sono espressione di un danno organico o di un’alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e devono essere interpretati come espressione corporea di un problema psichico.

Tra i sintomi più di frequente riportati dai migranti traumatizzati e già segnalati da Herman (1992) vi sono cefalee tensive, disturbi gastrointestinali, dolore addominale, pelvico o alla schiena. Ricerche italiane (Aragona e coll., 2014) mostrano che:

- a) almeno un quarto dei pazienti (25,6%) visitati in servizi di medicina di base dedicati ai migranti presenta una sindrome da somatizzazione, con conseguenti importanti ricadute per la terapia (ad esempio, scambiare una somatizzazione per un dolore infiammatorio comporta la prescrizione inappropriata di antinfiammatori, con rischi di cronicizzazione e di possibili danni iatrogeni);
- b) non tutti i gruppi di migranti somatizzano allo stesso modo, essendovi una maggiore frequenza tra sud- e centro-americani e tra gli africani;
- c) diversamente dalle aspettative (per cui si potrebbe pensare che chi ha una bassa scolarità ha una maggiore difficoltà a trovare le parole per esprimere la sofferenza sul piano psicologico, e dunque tende con più facilità a esprimerla attraverso il corpo), nei migranti non è stata riscontrata una correlazione significativa tra scolarità e somatizzazioni;
- d) le donne somatizzano più degli uomini, ma ciò non sembra essere legato a differenze biologiche perché questa differenza non è presente in tutti i gruppi studiati: ciò accade solo nei caucasici e nei sud/centro americani, mentre questa differenza di genere non appare rilevabile in africani e asiatici. Dunque

non è l’essere donna in sé, ma l’essere donna in un certo gruppo geografico/etnico/culturale che influenza la frequenza e il tipo di somatizzazioni;

- e) i pazienti non si dividono in modo netto tra chi somatizza e chi invece esprime il disagio con sintomi mentali (*somatizers versus psychologizers*), perché i dati indicano che vi è un’alta correlazione tra somatizzazioni, ansia e depressione, che dunque tendono a coesistere. Infine, ed è il dato più rilevante in questa sede, i migranti che somatizzano hanno maggior probabilità di avere un PTSD, quasi tutti i sintomi di PTSD sono più frequenti nei somatizzatori, e all’aumentare del numero di sintomi post-traumatici aumenta significativamente il rischio di avere una sindrome da somatizzazione.

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà

L’INMP, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, è ente del Servizio sanitario nazionale vigilato dal Ministero della Salute, centro di riferimento della rete nazionale per l’assistenza socio sanitaria delle popolazioni fragili. Nella UOS Salute Mentale operano psichiatri e psicologhe in collaborazione con mediatori linguistico-culturali, antropologhe, assistente sociale, infermieri, medici di diverse specialità. L’accesso è diretto con modalità a bassa soglia. Tra i servizi per l’assistenza alle vittime di violenza intenzionale l’UOS Salute Mentale opera in collaborazione con lo sportello per i Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale dell’Istituto. Il percorso di presa in cura prevede:

- accoglienza da parte dei mediatori culturali che raccolgo-

no dati anagrafici, storia traumatica e accompagnano il paziente dai vari specialisti;

- visite mediche per promuovere la salute fisica;
- colloqui psicologici e psichiatrici basati su un approccio culturalmente sensibile con la possibilità di trattamenti farmacologici e psicoterapici anche focalizzati sul trauma e sulle specificità culturali;
- attività di rete con consulenze legali gratuite;
- certificazione medico legale e psicologica degli esiti fisici e psichici delle violenze subite.
- L’Istituto è anche attivo nella formazione delle varie figure professionali che operano nel settore e nella ricerca sui temi della salute mentale dei migranti.

Contatto
aragona@inmp.it

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

È allora importante che i medici, così come gli operatori che si occupano di accoglienza e assistenza, siano preparati a cogliere nelle somatizzazioni la spia di una possibile violenza subita. Come le somatizzazioni, così l'abuso di alcool e di sostanze può essere connesso a un malessere profondo, esito di violenza estrema: in effetti, tanti migranti ci hanno raccontato di usare l'alcool come auto-terapia per silenziare, nello stordimento dovuto all'ebbrezza, il rimuginio del pensiero o l'*iperarousal*, di cui si è parlato in precedenza. Ancora, una reazione post-traumatica già prevista nel DSM-5, ma che necessita di un approfondimento per le sue implicazioni terapeutiche, è la paranoia. Qui è importante differenziare la paranoia quale esito da trauma estremo dalle psicosi primarie (come la schizofrenia). Nel caso di psicosi primarie spesso la storia clinica è iniziata prima del viaggio e non ci sono eventi traumatici strettamente collegati all'esordio clinico (ma ovviamente storie traumatiche in senso lato non sono infrequenti). Il delirio è molto disorganizzato (assenza di nessi logici) oppure sistematizzato ma su contenuti di solito tendenti alla bizzarria e con i quali è difficile empatizzare (è difficile immaginarsi di essere al posto del paziente, farsi un'idea di cosa egli provi); inoltre, il delirio è difficilmente modificabile, la persona non si tranquillizza con le rassicurazioni e non accetta punti di vista diversi dal proprio o confutazioni logiche di quanto asserisce. Nel caso di reazioni paranoide secondarie al trauma, invece, l'esordio è successivo alla vio-



SARA PRESTIANNI

Servizio di Etnopsicologia Unità Operativa Medicina delle Migrazioni Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

IL SERVIZIO DI ETNOPSICOLOGIA di Palermo è nato nel 2008 come esperienza di volontariato, in seno all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", come parte integrante dell'U.O. di Medicina delle Migrazioni. Il Progetto ha previsto l'apertura del Servizio due pomeriggi a settimana, con l'obiettivo di prendere in carico pazienti stranieri vulnerabili (MSNA, vittime di tortura, della tratta, etc.), attraverso una metodologia che integra l'approccio della psicologia transculturale a quello dell'antropologia: una psicoterapeuta e un antropologo conducono colloqui per le seguenti attività:

- percorsi di assessment su situazioni di disagio mentale quale esito di violenza intenzionale;
- percorsi di psicoterapia;
- percorsi di sostegno per implementare i processi di integrazione avviati dai centri di ac-

coglienza (nel caso dei minori non accompagnati erano previsti colloqui con gli operatori per incrementare le loro capacità nell'educativa transculturale e nell'emersione di fenomeni di disagio mentale da trauma estremo difficili da riconoscere);

- stesura di certificazioni cliniche.

Il Servizio lavora in rete con il territorio, con i centri di accoglienza (che hanno iniziato a sviluppare una sensibilità verso le vulnerabilità), gli avvocati che si occupano di migrazione, il comune (Ufficio Nomadi e Immigrati), la salute mentale dell'ASP, etc.

Nell'ultimo anno sono stati incontrati più di 100 pazienti vulnerabili, tra adulti vittime di violenza o tratta, e minori stranieri non accompagnati.

Contatto
mkmonti@hotmail.com

lenza subita, la base è emotiva (di solito la paura che gli si possa fare ancora del male) e le idee sono coerenti rispetto a questa paura di base (ad esempio, se ho paura che i servizi segreti del mio paese mi possano rintracciare e uccidere è coerente che eviti di andare in posti frequentati dai miei connazionali). È più facile per l'osservatore mettersi nei panni del paziente, le idee possono essere discusse e spesso il paziente può sentirsi rassicurato nell'apprendere che in Italia la protezione internazionale rende difficile che possa subire attacchi. Coerentemente, queste reazioni usualmente si riducono fino a scomparire nel corso della psicoterapia senza che sia necessaria una terapia farmacologica antipsicotica. Nel caso delle gravi reazioni post-traumatiche erroneamente scambiate per psicosi, invece, occorre considerare che nei pazienti con importanti stati dissociativi della coscienza la persona appare spaesata, o può avere delle assenze, dei blocchi del discorso, dire cose sconnesse, sentire voci e vedere immagini relative al trauma (*flashback*). Può inoltre avere dei comportamenti grossolanamente disorganizzati e senza senso, e questi sintomi possono essere scambiati per un quadro psicotico (dissociazione delle idee, allucinazioni, comportamento disorganizzato e/o catatonico). Benché in apparenza questi sintomi possano assomigliarsi, è importante differenziarli perché la psicoterapia per i disturbi da violenza estrema ha una metodologia e obiettivi differenti rispetto a una psicoterapia per una psicosi vera e propria.

In questa sede possiamo, infine, fare solo un accenno a una questione che certamente meriterebbe uno spazio a parte e più approfondito: secondo il nostro approccio, tutti i fenomeni psicopatologici descritti in questo paragrafo e nei precedenti si intrecciano a doppia trama con le modalità dell'ammalarsi tipiche delle culture di provenienza dei pazienti stranieri.

Per esempio, un'esperienza di grave violenza potrebbe rendere la persona vulnerabile (come se un involucro esistenziale protettivo – noi diremmo psichico – si infrangesse) ed esporla ad attacchi stregoneschi, dell'ordine di mondi invisibili (spiriti ancestrali, demoni, spiriti maligni, fenomeni di influenzamento). Per tali ragioni è centrale che nei dispositivi della cura con i migranti forzati e le vittime di violenza estrema siano imprescindibili aspetti disciplinari della psicologia transculturale, dell'antropologia e della geopolitica, perché si possano esplorare le complessità delle sofferenze portate dai nostri pazienti.

Conclusioni

Come abbiamo visto, ci troviamo di fronte a una situazione ad alta complessità. Lo scenario attuale della salute mentale tra i profughi richiede infatti complessità di analisi e di intervento. Le caratteristiche demografiche dei flussi in entrata nel paese sembrano essersi modificate negli ultimi anni, e questo inevitabilmente richiede dati e analisi di cui al momento non siamo ancora del tutto in possesso per comprendere nei dettagli che cosa stia avvenendo, come queste variazioni impattino sulla salute mentale dei richiedenti protezione e quali possano essere gli interventi di tutela più efficaci.

I primi indicatori sembrano suggerirci che la richiesta di cure psichiatriche da parte di questa utenza sia effettivamente in aumento, anche se le caratteristiche qualitative del fenomeno appaiono ancora nebulose. I fattori riconosciuti come in grado di aumentare il rischio di sofferenza psichica tra gli immigrati sembrano tuttavia essere in crescita, secondo quanto è possibile sapere sui nuovi flussi in entrata nel paese. Per quanto riguarda l'offerta di assistenza, essa vede al momento i servizi psichiatrici in difficoltà, per ragioni organizzative e clinico-operative. Le caratteristiche dell'utenza fanno sì che la necessità di traduttori competenti si sia fatta particolarmente elevata e difficile da soddisfare, perché servono con grande frequenza mediatori in lingue africane poco diffuse e conosciute. I servizi psichiatrici, già in molte aree del paese sotto pressione per la scarsità di personale, oltre a essere sottodimensionati soffrono a volte della mancanza di competenze specifiche, sia per quanto riguarda la psicotraumatologia da violenza intenzionale, un settore della psicopatologia relativamente recente, sia per la capacità di intervenire in modo culturalmente sensibile. Per quanto tuttavia la situazione possa apparire complessa, e anche francamente difficile, la fermezza nel guardare con realismo alla situazione attuale non potrà che accrescere le competenze del sistema di accoglienza nel nostro paese. E come in genere accade, affrontare difficoltà si rivela spesso un'opportunità da cogliere per la crescita e la maturazione complessiva di tutti i servizi assistenziali e sanitari coinvolti, con potenziali ricadute positive su tutto il sistema, di cui potrà, auspicabilmente, avvantaggiarsi il paese nel suo complesso.

“

Affrontare difficoltà si rivela spesso un'opportunità da cogliere per la crescita e la maturazione complessiva di tutti i servizi assistenziali e sanitari coinvolti, con potenziali ricadute positive su tutto il sistema, di cui potrà, auspicabilmente, avvantaggiarsi il paese nel suo complesso.

Linee Guida Ministeriali

Come disposto dal d.lgs 21 febbraio 2014, n. 18, il Ministero della Salute ha elaborato le “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”. Sono linee d’indirizzo per l’organizzazione di interventi *appropriati ed uniformi* su tutto il territorio nazionale. Il documento sottolinea l’importanza dell’*approccio multidisciplinare* e di un *percorso di assistenza* che accompagni la persona nelle varie fasi, dall’identificazione precoce delle problematiche sanitarie sino alla riabilitazione (nel senso più ampio che include terapie mediche e psicologiche). Un’attenzione speciale è dedicata alle peculiarità relative a donne e minori. Rispetto alla mediazione, di sistema e linguistico-culturale, si sottolinea che il ruolo del mediatore è indispensabile per la costruzione della relazione. Infine, viene sottolineata l’importanza

della formazione e della tutela della salute degli operatori (che essendo esposti a racconti di vita molto duri sono a rischio di traumatizzazione vicaria e *burnout*).

Una parte importante è dedicata alla certificazione, che non è solo atto medico a fini legali, ma in senso più ampio è parte del processo terapeutico. Infatti, l’esito della richiesta di asilo influirà anche sul percorso di buon inserimento nella società ospitante, oppure al contrario su una possibile marginalizzazione sociale che aumenta il rischio medico e psicopatologico.

L’organizzazione del percorso di assistenza è pensata in ottica transculturale e multidisciplinare e articolata per seguire le esigenze di salute nelle varie fasi del percorso. Si parte dalla individuazione precoce dei bisogni di salute più urgenti, fisici e psicologici, per passare all’eventuale presa in carico e trattamento e quindi alla riabilitazione.

Rispetto alla prevenzione viene data enfasi al rischio di *ritraumatizzazione secondaria*, termine con cui si intende che

i soggetti traumatizzati subiscono frequentemente nuovi traumi successivi, riattivando e/o peggiorando le reazioni psicotraumatiche. Qui il documento sottolinea l’importanza che le strutture di accoglienza siano adeguate strutturalmente e funzionalmente.

L’équipe dovrà essere multidisciplinare e integrata, in rete con i servizi di supporto sociale e legale. Le sue funzioni sono:

1. prevenzione primaria e secondaria;
2. formazione rivolta al personale sanitario, a quello degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi e ai mediatori linguistico-culturali;
3. valutazione e presa in carico delle situazioni vulnerabili;
4. certificazione degli esiti fisici e psichici delle torture o delle violenze;
5. elaborazione di un rapporto annuale sulle attività e sulle problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi.

Piano licenziato dal Ministero della Salute, e attualmente in fase di adozione.

Bibliografia

Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (2014): *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Bologna: Edizioni Pendragon.

Aragona M., Pucci D., Carrer S., Catino E., Tomaselli A., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2011): The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47: 207-213.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012): Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9: 67-74.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013): Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49: 169-175.

Autori Vari (2005-2016): Salute delle popolazioni immigrate. *Rapporto Osservasalute. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*. Milano: Prex SpA. (*rapporti usciti annualmente, n.d.r.*).

Coccia, B., Pittau, F. (2016): *Le migrazioni qualificate in Italia. Ricerche, statistiche, prospettive*. Roma: Edizioni Idos.

Contini, M., Stirone, V., Ruffetta, C., Marzagalia, M., Pagani C. (2016): Servizio di Etnopsichiatria: presentazione dati. Poster presentato al XIV Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Torino, 11-13 maggio 2016.

Da Silva E., Mazzetti M., Aragona M., Geraci S. (2016): Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia. In: Affronti, M.: *Person e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*. Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Torino, 11-13 maggio 2016. Bologna: Edizioni Pendragon.

Foville, A. (1875): Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique sur certains cas de lypemanie. *Annales méd-psychol*, 5e série, 14, 2.

Geraci, S. (1995): Argomenti di Medicina delle Migrazioni, ed. Peri Tecnés, Roma.

Geraci S. (2001): Il profilo di salute dell’immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Annali Italiani di Medicina Interna*. Volume 16, Supplemento 1: 167S-171S.

Idos (2010): Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes 2010. Roma: Imprinting srl.

Idos (2012): Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes 2012. Roma: Imprinting srl.

INAIL (2012): Rapporto Annuale 2011, Parte quarta/Statistiche Infortuni e malattie professionali. Roma: INAIL.

Kinzie J.D. (2006): Immigrants and refugees: The psychiatric perspective. *Transcultural Psychiatry*, 43: 577-591.

Mazzetti, M. (2008): Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal*, 38, 4: 285-302.

Medici Senza Frontiere (2016): *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un’indagine sul disagio mentale e l’accesso ai servizi sanitari territoriali*. Roma: Medici Senza Frontiere.

Ødegaard, O. (1932): Emigration and Insanity. Study on Mental Diseases among Norwegian Born Population of Minnesota. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 4.

Ranney, M. H. (1850): On Insane Foreigners. *American Journal of Insanity*, 7, 53.

Viñar M. (2005): “Especificidad de la tortura como trauma. El desierto humano cuando las palabras se extinguen”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n. 100: 29-63.