



# Quando le ferite sono invisibili.

Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura

*A cura di Massimiliano Aragona, Salvatore Geraci, Marco Mazzetti*



# Quando le ferite sono invisibili

## Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura

*a cura di*

Massimiliano Aragona, Salvatore Geraci, Marco Mazzetti

Massimiliano Aragona, Salvatore Geraci, Marco Mazzetti (a cura di)

**Quando le ferite sono invisibili.**

**Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura**

*Pubblicazione realizzata dalla Caritas di Roma nell'ambito del progetto della Regione Lazio  
"Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario "attivo" contro le disuguaglianze"  
(DCA n. U00015/2013 e DGR 333/2013)*

**Per informazioni:**

Caritas Roma

Area sanitaria

Via Marsala, 103

00185 Roma

Tel. 06.4454791

Fax 06.4457095

[area.sanitaria@caritasroma.it](mailto:area.sanitaria@caritasroma.it)

[www.caritasroma.it](http://www.caritasroma.it)

ccp 82881004

ISBN 9788865985809

Tutti i diritti riservati

© 2014, Edizioni Pendragon

Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna

[www.pendragon.it](http://www.pendragon.it)

---

# INDICE

<b>Presentazione</b> Beatrice Lorenzin	7
<b>Prefazione</b> Enrico Feroci	9
<b>Introduzione</b> Salvatore Geraci	11
<b>1. Lo scenario: curare e prendersi cura</b> Marco Mazzetti	15
<b>2. L'esperienza di <i>Ferite invisibili</i></b> Cristina Caizzi, Marco Mazzetti	23
<b>3. Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e di vulnerabilità</b> Marco Mazzetti	29
<b>4. Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza</b> Marco Mazzetti	45
<b>5. L'accoglienza del paziente</b> Estela Teresa Camillo Da Silva, Rosanna Di Giulio	51
<b>6. Principi di psicoterapia</b> Cristina Caizzi, Simona Ciambellini	57
<b>7. La mediazione culturale nel processo di cura</b> Rosanna Giacometto, Marco Mazzetti	69
<b>8. La rete</b> Francesco Colosimo	77

<b>9. Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica</b>	83
Massimiliano Aragona	
<b>10. La prevenzione delle “ferite invisibili”: dall’epidemiologia medica alle ricadute etiche e politiche</b>	93
Massimiliano Aragona	
<b>11. Il LiMEs (List of Migration Experiences): costruzione e validazione di uno strumento per valutare le esperienze traumatiche e le difficoltà di vita in contesti migratori</b>	107
Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Paolo Roma, Alessia Aprigliano, Estela Teresa Camillo da Silva, Sara Urbinati, Shirin Zakeri, Patrizia Frabotta, Rosa Pisani	
 <b>Appendice</b>	
La somministrazione del LiMEs	121
LiMEs: versione italiana	122
LiMEs: versione inglese	124
LiMEs: versione francese	126
LiMEs: versione spagnola	128
LiMEs: versione cinese	130
 <b>Bibliografia</b>	133
 <b>Gli autori</b>	140

---

# Presentazione

Beatrice Lorenzin  
*Ministro della Salute*

Quando, nel 2013, ho conferito alla Caritas, in qualità di Ministro della Salute, la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica, il nostro Paese assisteva ormai da alcuni anni agli approdi di migliaia di migranti sulle nostre coste, spesso senza nulla in mano se non dolore e disperazione.

La caratteristica principale di questo flusso migratorio che arrivava, e che continua a raggiungere l'Italia in condizioni disperate, è la fuga dal dolore. E fra i bambini, le donne e gli uomini che riescono ad arrivare vivi nel nostro Paese ci sono persone sopravvissute a torture o ad altre forme di violenza grave, fisica o psicologica, persone che hanno assistito a delitti atroci e subito pesanti lutti: portano sul viso i segni della spossatezza, ma spesso portano nel cuore segni molto più profondi e persistenti.

L'arrivo di questa umanità sofferente rappresenta un fenomeno doloroso per tutti. Da un lato, ci mostra in modo brutale e disarmante le conseguenze della crudeltà di cui è capace il genere umano, dall'altro ci presenta nuove sfide da affrontare.

Le istituzioni italiane non si sono mai sottratte al dovere di accogliere, curare ed ospitare chi fugge dal dolore e dalla devastazione, e a cui occorre ridare la speranza di un futuro migliore.

Il Ministero della Salute, nell'affrontare questo fenomeno - nuovo almeno nelle sue dimensioni - si sta impegnando nella progettazione di strumenti operativi adeguati ad assistere la nuova utenza multiculturale, numerosa, eterogenea e segnata in modo consistente dai traumi subiti. E certamente non è semplice, perché un'accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari del territorio, delle procedure, dell'attività formativa, del personale, frenata dal pesante ostacolo rappresentato dai vincoli di spesa impostici dalla crisi.

Fortunatamente, nell'affrontare la sfida rappresentata dalla drammaticità delle esigenze di questa particolare categoria di migranti, il Ministero della Salute può fare tesoro delle esperienze realizzate da enti e associazioni che, in Italia, hanno già operato con efficacia mettendo in atto strategie e sperimentando strumenti nell'accoglienza di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

Il progetto *Ferite invisibili* è fra queste esperienze e rappresenta un possibile modello organizzativo dei servizi di accoglienza, cura, orientamento e sostegno dei migranti in

fuga dalla violenza e dall'oppressione, un modello di intervento in grado di prendersi cura efficacemente della salute di questa utenza multiculturale portatrice di patologie post-traumatiche imponenti, dando loro la possibilità di riscoprirsi come persone.

Il progetto ci aiuta a combattere i pregiudizi, diffondendo la conoscenza sul fenomeno migratorio che sta caratterizzando questo nuovo millennio e sui nostri doveri di accoglienza, presso una popolazione ancora troppo poco informata.

Ma c'è un altro motivo per cui le esperienze come *Ferite invisibili* sono importanti, ed è la loro capacità di trasmettere fiducia sulle possibilità concrete di riuscire a vincere la sfida che questo fenomeno rappresenta.

Ciò che anima il progetto è una forza prorompente, che non deriva semplicemente dalle riconosciute competenze professionali degli operatori coinvolti, ma dallo spirito con cui viene affrontato il mestiere del prendersi cura degli altri, l'entusiasmo, la capacità di affiancare l'approccio umano a quello professionale, in altre parole la passione per la propria missione.

---

# Prefazione

Mons. Enrico Feroci  
*Direttore Caritas Roma*

*L'amore — «caritas» — è una forza straordinaria,  
che spinge le persone a impegnarsi con coraggio e generosità  
nel campo della giustizia e della pace. [...] Difendere la verità, proporla con umiltà e convinzione  
e testimoniarla nella vita sono pertanto  
forme esigenti e insostituibili di carità.*  
Benedetto XVI, Lettera Enciclica *Caritas in veritate*

È con profonda gioia che introduco le pagine di questo libro, frutto del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma per la cura e il sostegno alle vittime di tortura e violenze intenzionali, un'iniziativa sviluppatasi durante gli ultimi anni e che trova compimento in quest'opera, in cui traspare l'impegno della Caritas a curare chi è ai margini della società, approfondire lo studio dell'azione di aiuto intrapresa e promuovere, a livello sociale, un movimento in favore di chi non è visto.

Il progetto *Ferite invisibili* è indirizzato verso chi è portatore di dolori profondi, non di rado nascosti e celati, quelli che le torture e le violenze lasciano, anche quando si è fisicamente lontani dai luoghi un tempo pericolosi. Il lavoro di coloro che ne sono impegnati al suo interno, è quello di "liberare dal bisogno" che, per chi ha subito torture e violenze, spesso non si vede se non attraverso segnali che con accortezza, delicatezza e competenza, hanno necessità di essere decodificati e riconosciuti.

Nelle pagine di questo libro, dietro le informazioni, le riflessioni e le indicazioni operative, ci sono storie di vita profondamente offese dall'azione brutale di esseri umani verso altri esseri umani. Quello che qui leggiamo è la forma con la quale si vuole divulgare la conoscenza teorica e operativa di ciò che avviene in un incontro curativo amorevole e competente, rivolto a chi è scappato dal proprio Paese perché in pericolo estremo. Una fuga a volte meditata, a volte repentina, magari con un salto dalla finestra di casa in piena notte, per non tornarci più, se non nei sogni, spesso negli incubi.

Il gruppo di lavoro di *Ferite invisibili*, negli anni ha incontrato persone condividendo le loro storie attraverso le parole, le lacrime, i silenzi, il disagio psichico e psico-fisico, che sono parte viva di questo testo. Il loro coraggio e la loro straordinaria forza sono nel messaggio che Papa Francesco ci ha lasciato in occasione della Giornata mondiale del migrante e del rifugiato 2014.

«Migranti e rifugiati non sono pedine sullo scacchiere dell'umanità. [...] Violenza, sfruttamento, discriminazione, emarginazione, approcci restrittivi alle libertà fondamentali, sia di individui che di collettività, sono alcuni dei principali elementi della povertà da superare».

Il progetto della Caritas ha lo scopo di riconoscere la dignità di chi migra per cause violente e lesive della vita stessa, e di compiere dei passi concreti per fronteggiare questa povertà.

Lo studio di operatori competenti, le loro ricerche e il loro impegno, sono qui raccolti e condivisi in un'ottica di promozione della dignità di ognuno, e del riconoscimento del diritto a ricevere cure adeguate.

Termino la presentazione del libro raccontando tre episodi, simili ai «fioretti» di antica memoria.

Un uomo proveniente da un Paese africano, dopo aver ritrovato speranza e vigore per riprogettare il suo futuro dopo tanto dolore e violenze subite, disse ad uno dei terapeuti che fino a quel momento lo aveva sostenuto: «Grazie, anche da parte di mia madre che mi ha detto di dirti che prega per te».

In un'altra occasione, una donna africana scappata dal suo Paese e arrivata in Italia sconvolta da torture e umiliazioni, dopo mesi dal termine della terapia chiama e porta un regalo comprato con i soldi finalmente guadagnati.

Ultimo, un ragazzo fuggito ancora bambino dal suo Paese, ogni anno, da diversi anni, chiama la terapeuta che lo ha seguito per farle gli auguri il giorno della festa della mamma, perché dice «io non posso sentire più mia mamma, ma ora ci sei tu, e ti posso chiamare».

Ringrazio con stima a profondo apprezzamento, coloro i quali lavorano con passione, dedizione, generosità e competenza all'interno del progetto *Ferite invisibili*.

---

# Introduzione

Salvatore Geraci

*Responsabile Area sanitaria*

*Caritas Roma*

Sono oltre trenta anni che la Caritas di Roma è impegnata per la tutela della salute degli immigrati. Grazie all'intuizione dell'allora direttore Caritas, mons. Luigi Di Liegro, che ha letto, agli inizi degli anni '80, l'immigrazione come un evento epocale che avrebbe cambiato il nostro modo di convivere sociale, e la disponibilità di un gruppo di medici e operatori sanitari della capitale che hanno visto nell'assistenza sanitaria agli immigrati l'opportunità di affermare che la salute non può essere solo patrimonio di alcuni e che la sua tutela non può avere esclusioni, è stato aperto un piccolo Centro medico nei pressi della stazione Termini. Nato per una risposta immediata a bisogni senza risposta, si è trasformato nell'attuale Area sanitaria, complessa ed efficace rete di servizi e progetti, laboratorio transculturale per una sanità centrata sulla persona.

In quegli anni, il tema dei rifugiati era marginale rispetto al "nuovo" fenomeno dell'immigrazione, ed esisteva lo scandalo della cosiddetta "riserva geografica", cioè l'Italia poteva accettare come richiedenti asilo solo chi proveniva da alcune aree del pianeta, e comunque la nostra nazione era zona di transito per mete definitive come il Canada, gli Usa o l'Australia. Forse per questa situazione la progettualità dei servizi sanitari della Caritas, in quel periodo, si è orientata soprattutto a coloro che avevano diritti negati, gli immigrati senza permesso di soggiorno, o portatori di diritti nascosti per la burocrazia che esclude, pregiudizi o incapacità di relazione. Nella formazione, elemento costantemente presente nel lavoro della Caritas romana, è sempre stato dato spazio al tema dei rifugiati e progressivamente a quello delle vittime di violenza e di tortura grazie a competenze come quelle dei colleghi dell'Area immigrati Caritas, del Centro Astalli dei Gesuiti, dell'Associazione Medici contro la Tortura e della Fondazione Identè.

L'occasione per occuparsene direttamente viene agli inizi del nuovo millennio, a seguito di un progetto dal titolo *One Billion*, che ha sensibilizzato la società civile e la comunità internazionale sui costi umani e psicologici dei conflitti e sulla necessità di interventi capillari dove nessuno può tirarsi fuori.

Ci accostiamo a questo nuovo impegno con umiltà e attenzione, consapevoli della delicatezza dell'argomento e dell'importanza di non improvvisare; studiamo e lavoriamo per alcuni anni in modo molto riservato, ci interroghiamo sulla qualità e l'efficacia del nostro agire, misuriamo le nostre competenze e continuiamo nella formazione e nel confronto anche a livello internazionale. Lavoriamo sul setting, condividiamo l'esperienza di

incontri e relazioni che abbiamo vissuto nel servizio medico, nell'ascolto e presa in carico degli immigrati, proviamo ad immaginare l'ambiente dell'accoglienza e delle terapie, prima nell'ambulatorio medico in orari differenziati, poi in altre strutture dedicate fino all'appartamento attuale, nel centro storico di Roma, un piccolo spazio carico di umanità e dignità.

E' un avvicinamento lento e rispettoso, nel 2008 rendiamo pubblico il servizio, partecipiamo ad alcune progettualità nazionali, e, nel febbraio 2012, l'Ufficio delle Nazioni Unite dell'Alto Commissario per i Diritti Umani ha riconosciuto il servizio all'interno della rete sovranazionale di sostegno e cura alle vittime di tortura.

Dopo quasi 10 anni di impegno abbiamo deciso di condividere il nostro percorso, le nostre scoperte, le sensazioni, i successi e le sconfitte. Condividere soprattutto gli incontri, le relazioni, la dignità respirata e vissuta, seppure tra sofferenze e disagi.

Un'operazione che vuole, con semplicità, lasciare una traccia, in un percorso già tracciato, in cui vogliamo dare il nostro contributo. E' come il sentiero che percorre un viandante in montagna, segue con fiducia i segnali sulle rocce, se trova passaggi più agevoli li indica, e nei punti critici magari lascia anche lui un sasso su quelle pile di pietre che servono per non perdersi nelle giornate di nebbia o con la neve alta. Ecco, questo volume è come una traccia in più su un sentiero, anzi per un cammino, conosciuto ma impegnativo, sempre originale per chi lo percorre, un cammino in cui si incontrano altri viandanti, si condivide la fatica, le immagini e gli spazi e certamente un obiettivo che è quello di dare e ricevere dignità e salute.

Con uno stile semplice, anche in alcuni passaggi tecnici, questo libro vuole essere uno strumento non solo per gli addetti ai lavori, ma per tutti coloro che, soprattutto in questi ultimi tempi, incontrano donne, uomini e bambini in fuga, salvati e/o sbarcati, e che vogliono capire meglio chi hanno davanti, che si interrogano sul modo utile di porsi, sui bisogni nascosti, sui percorsi da indicare. Riteniamo che l'approccio esperienziale e in alcuni passaggi narrativo faccia emergere come ogni strategia di cura richieda l'impegno di tutti, ciascuno con la propria competenza e professionalità ma con lo stesso atteggiamento responsabilizzante del prendersi cura e, quando necessario, del curare.

Infine dalle pagine del libro emerge non solo l'impegno personale o del gruppo, del valore del fare insieme e della rete, ma la richiesta che ciò che viene fatto ancora da pochi, possa diventare patrimonio di tutti, che la politica, nel sostenere e valorizzare il nostro servizio sanitario nazionale sappia integrare competenze, creare percorsi, attivare professionalità. Da "tecnici della salute" vogliamo essere uno stimolo per le politiche e per le comunità nello stile proprio della Caritas, che è pedagogia dei fatti, narrazione coinvolgente, restituzione di speranza.

*Quando le ferite sono invisibili*  
*Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*



---

# CAPITOLO 1

## Lo scenario: curare e prendersi cura

Marco Mazzetti

*Se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale.*

*La medicina è una scienza sociale  
e la politica è una medicina su larga scala.*

R. Virchow, patologo tedesco, 1848

### **Migrare**

Benché possa apparire sorprendente ai nostri occhi di oggi, la vita stanziale è stata, nella storia dell'umanità, l'eccezione piuttosto che la regola. La specie umana è stata soprattutto una specie nomade, in movimento. Ancora oggi i migranti sono una massa enorme sul pianeta. Secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) le persone che vivevano nel 2012 in un paese diverso rispetto a quello in cui sono nate erano circa 214 milioni (IOM, 2013), ma secondo altre stime (UNAR, 2013) sarebbero arrivati nel corso del 2013 a 232 milioni. Messe insieme costituirebbero idealmente il quarto paese più popoloso al mondo, dopo Cina, India e Stati Uniti.

Nell'Unione Europea (UNAR, 2013) all'inizio del 2012 erano quasi 50 milioni i residenti nati all'estero, e 34.360.456 quelli con effettiva cittadinanza straniera, pari al 6,8% della popolazione, il che fa del nostro continente l'area con maggior presenza di migrazioni internazionali insieme al Nord America. In Italia la presenza regolare di cittadini non italiani all'inizio del 2013 è, secondo i dati ufficiali, di 4.387.721, pari al 7,4% della popolazione, ma quella stimata (i dati ufficiali sono spesso carenti) arriva a 5.186.000, cui dovrebbero aggiungersi circa 500.000 immigrati irregolari (UNAR, 2013).

Una parte di questi migranti sono rifugiati. L'Alto Commissariato per i Rifugiati delle Nazioni Unite (UNHCR, 2013) riferisce che nel 2013 erano oltre 38 milioni le persone interessate al fenomeno. Di questi oltre 20 milioni erano "Internally Displaced Persons" (sfollati interni al proprio paese e tecnicamente non emigrati), mentre gli altri si trovavano in condizione di migrazione forzata. L'81% dei rifugiati erano localizzati in paesi del sud del mondo, e quindi solo una ristretta minoranza riesce a raggiungere i paesi a sviluppo avanzato.

In Europa i rifugiati e richiedenti asilo sono complessivamente circa 1.300.000, e in Italia attorno a 65.000: solo nel 2012 sono state presentate oltre 17.000 nuove richieste nel nostro paese (UNAR, 2013).

L'arrivo di popolazioni migranti, e dei migranti forzati in particolare, ha posto e pone sfide significative nella gestione di una tale formidabile risorsa umana.

Anche l'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica ha dovuto e deve quotidianamente confrontarsi con cambiamenti tanto rilevanti del panorama demografico. In particolare i rifugiati costituiscono un gruppo ad alto rischio; tra di essi vi sono sopravvissuti a torture, violenze di massa, lutti gravi che portano segni di gravi patologie post traumatiche.

Tra le sfide che i nuovi scenari offrono agli psicoterapeuti e, più in generale, alle professioni di aiuto, vi è quella di trovare strumenti operativi in grado di funzionare efficacemente con un'utenza multiculturale e di rispondere in modo adeguato ai bisogni di una popolazione segnata in modo consistente dalla psicotraumatologia.

Tuttavia, prima di entrare nel dettaglio tecnico, vale la pena di considerare alcuni aspetti socio-politici e sanitari che possono costituire lo scenario per quanto diremo. Aspetti rilevanti per una doppia azione da svolgere a favore dei migranti forzati: quella relativa alla "cura" e quella che possiamo definire più genericamente il "prendersi cura".

### **"Prendersi cura" e "Curare"**

*"Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica"* (Costituzione della Repubblica Italiana, art. 10): non sembrano essere, queste, tra le parole più citate della nostra costituzione. Quando parliamo di migranti forzati siamo soliti citare norme, leggi locali, direttive e accordi europei, e la costituzione non è in genere il primo pensiero. Eppure l'articolo 10 è importante, come lo è il successivo articolo 32: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*. L'articolo 10 ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui, che si incardina nel diritto a godere delle libertà democratiche; l'articolo 32, che significativamente parla di individui, e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano.

Questi due articoli possono, sono e devono essere la bussola che guida la nostra azione nei confronti dei migranti forzati, declinandola nella doppia dimensione del "curare" le malattie per proteggere la salute, e del "prendersi cura" della persona nel suo complesso, per onorarne la dignità umana.

Eppure, se già la questione della *cura* appare non molto onorata, quella del *prendersi cura* sembra ancora più negletta. Entrambe appaiono trascurate anche in occasione dei fatti di cronaca che hanno portato alla ribalta dei mezzi di comunicazione le odissee dei migranti forzati, come i ripetuti naufragi nelle acque del Mediterraneo davanti alle coste italiane e spagnole, tra cui la tragedia avvenuta a Lampedusa nell'ottobre 2013.

Certamente i naufragi hanno solitamente sollevato questioni basilari su come prevenire eventi simili, proteggere la vita dei richiedenti asilo e predisporre leggi e norme in grado di onorare la civiltà e proteggere il bene assoluto della vita umana, e a questo pro-

posito si veda la posizione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Affronti, 2013) e altri (Maciocco e Marceca, 2013; Geraci, 2014).

Tuttavia, la tragicità degli eventi, e l'impressione che hanno destato le immagini di morti in mare o di bare allineate, non sembrano essere riuscite a scuotere le coscienze sonnecchianti di chi ha la responsabilità di agire.

La questione è non solo di proteggere vite umane dai naufragi, ma anche di curare e onorare le persone che con coraggio si avvicinano alle nostre coste, quelle stesse donne, bambini e uomini che spesso sono sprezzantemente definiti "disperati" nelle enfatiche e superficiali cronache dei mezzi di comunicazione, e che al contrario sono persone coraggiose, piene di speranza nel futuro, tenaci e non rassegnate a subire le violenze e i soprusi di alcune delle peggiori dittature dei tempi contemporanei.

Proteggere le vite di questi profughi significa anche onorare la loro qualità umana. Eventi come il naufragio citato, che purtroppo si ripetono con triste regolarità, anche se con numeri fortunatamente meno imponenti, nella loro tragicità rischiano anche di mettere in secondo piano la dimensione prettamente sanitaria di questi sbarchi, cioè la questione della "cura". La questione non è infatti solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in un modo onorevole per la loro dignità, secondo lo spirito dell'articolo 10 della nostra Costituzione, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'articolo 32.

## Curare

Questo tema è rilevante, e non merita di essere messo in ombra da quello predominante sulla prevenzione delle tragedie. La questione della cura e della protezione della salute dopo lo sbarco è altrettanto importante, e per questa non sono possibili giustificazioni: non si può prendere a pretesto l'imprevedibilità degli eventi, la mancata assistenza degli altri paesi europei o la malvagità dei trafficanti di esseri umani. Proteggere la salute di chi è riuscito a sbarcare vivo sulle nostre coste è una responsabilità del tutto italiana.

La questione sanitaria può essere distinta in tre aree: l'emergenza allo sbarco, la prevenzione e la protezione della salute psichica.

### 1. L'emergenza sanitaria allo sbarco

I principali problemi clinici che i richiedenti asilo presentano al momento dello sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio. Possono essere riassunti in questi tre punti:

*Patologie da agenti fisici.* I più comuni sono colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono.

*Patologie indotte o aggravate dalle condizioni del trasporto.* Le più pericolose sono quelle dovute alla disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali, talora mortali e intossicazione da gas tossici, in particolare monossido di carbonio per i gas di scarico dei motori.

*Condizioni cliniche legate alla gravidanza o al parto.* Come le cronache ci hanno spesso ricordato, molte profughe approdano in stato di gravidanza, anche avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere non si tratta di donne che hanno iniziato la loro fuga dopo aver concepito, ma di vittime di gravidanze forzate, avviate a seguito di stupri spesso ripetuti prolungatamente (abbiamo molte testimonianze di nostre pazienti che hanno in particolare subito stupri per lunghi periodi durante le detenzioni in Libia).

*Ambito pediatrico.* Gli sbarchi a volte coinvolgono bambini che partecipano alle spedizioni, in particolare quando le caratteristiche socio-demografiche dei profughi e del contesto geopolitico da cui fuggono, come nel caso dei flussi seguenti alle crisi siriane ed egiziane, riguardano famiglie di estrazione borghese (professionisti, commercianti, funzionari pubblici), abituate a uno stile di vita sostanzialmente simile a quello della classe media occidentale, che partono contando su buone risorse finanziarie, e si trovano coinvolte inaspettatamente in situazioni di rischio come quelle dei trasbordi clandestini. La presenza di bambini accresce il rischio di patologie da agenti fisici, o causate dalle condizioni del trasporto, date le minori capacità di compenso biologico dei piccoli, e accentua la necessità di pianificare interventi di protezione psicologica, di cui ci si occuperà più avanti. Richiede anche che siano predisposte procedure burocratiche appropriate ed efficienti per la gestione dei piccoli rimasti orfani durante gli eventi, per rintracciare rapidamente eventuali familiari superstiti in patria o altrove, e garantire gli opportuni ricongiungimenti familiari.

Queste situazioni cliniche richiedono la predisposizione di strutture appropriate in grado di dare le risposte emergenziali necessarie. In generale non sono necessari presidi specialistici appositi nei luoghi degli sbarchi, ma servono soprattutto procedure di rapida evacuazione verso centri di riferimento regionali e nazionali in grado di offrire le risposte cliniche più appropriate. L'emergenza sanitaria a Lampedusa o negli altri luoghi di sbarco *non* è un'emergenza! Gli arrivi si susseguono da decenni, e non possono essere gestiti con dilettantismo e approssimazione, o peggio con mala fede, per creare casi da sfruttare politicamente.

## 2. La prevenzione

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono stati spesso ammassati in ricoveri di cui non si riusciva a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; era anche impossibile avere informazioni sulla qualità nutrizionale dei cibi che vi venivano somministrati. La situazione è andata modificandosi nel corso del 2014, a seguito dell'operazione "Mare Nostrum", con cui il governo italiano ha deciso di cercare attivamente i barconi di profughi in alto mare, in modo da prevenire nuove tragedie. Le condizioni di accoglienza sono quindi fluide, e variabili secondo gli orientamenti dei diversi governi, ma rimangono instabili, aleatorie. Nella fase storica attuale il problema sembra risiedere meno nel momento dello sbarco, e maggiormente nella successiva assistenza, che avviene in modo irregolare, e con grandi differenze qualitative, su tutto il territorio nazionale. Le situazioni critiche di cui parliamo in queste pagine sono quindi il frutto delle osservazioni fatte nel corso dell'ultimo decennio, e mantengono la loro validità clinica indipendentemente dalle condizioni contingenti dei singoli momenti storici.

Le informazioni di cui siamo riusciti a disporre sui centri di prima accoglienza provengono essenzialmente da fonti giornalistiche e dalle testimonianze dei nostri pazienti,

quando giungono alla nostra osservazione in angoli diversi d'Italia; queste due fonti (*reportages* e pazienti) sono coerenti tra loro.

Le informazioni (non di prima mano, ma del tutto attendibili) hanno parlato di ricoveri spesso straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo, pioggia) inappropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche.

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo sviluppo di patologie infettive delle vie respiratorie, infezioni gastro-intestinali e altri disturbi del tubo digerente, patologie muscolo-scheletriche e aggravano quadri clinici preesistenti. Creano inoltre le premesse per il diffondersi di epidemie. E' fondamentale, per un'appropriata prevenzione primaria e secondaria delle malattie, che situazioni del genere, inaccettabili sul piano sanitario, sia cancellate per sempre, e non più riproposte in futuro.

Com'è facile intuire, condizioni simili sono ancora meno accettabili quando coinvolgono minori.

È una situazione interamente sotto la responsabilità delle autorità della Repubblica Italiana, e non può trovare nessun tipo di giustificazione. Come abbiamo detto poco sopra, non possono esistere alibi né cause da addebitare allo scarso supporto delle altre nazioni europee, alla criminalità che ci si arricchia o alla scarsa cooperazione da parte delle nazioni nord-africane. E' una responsabilità totalmente italiana quella di tutelare la salute di poche migliaia di persone che si trovano su una porzione del nostro territorio nazionale: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Un paese come l'Italia non può definire gli sbarchi come un'emergenza, giacché si replicano con regolarità da lustri, e non è accettabile che non esistano collaudate procedure di rapida evacuazione dei richiedenti asilo in luoghi del territorio nazionale, dove possano trovare condizioni igieniche appropriate alla vita di esseri umani.

### 3. La protezione della salute psichica

Molti richiedenti asilo che sbarcano sulle nostre coste sono stati vittime di torture, violenze e altri eventi traumatici, come la minaccia di perdere la propria vita, o aver assistito alla morte violenta di altri vicino a loro. Abbiamo già ricordato quanto spesso le donne che riescono a mettersi in salvo in Italia siano state vittime di stupri.

Aver subito esperienze di questo tipo può determinare diversi quadri clinici psichiatrici, su cui torneremo diffusamente più avanti: disturbo da stress post-traumatico, crisi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio (Aragona et al., 2013, Kaltman et al., 2010, Fazel et al., 2005, Eisenman et al., 2003). Molti nostri pazienti sbarcano con esperienze simili nel nostro paese, e per molti, com'è stato sicuramente il caso del naufragio di Lampedusa dell'ottobre 2013, la stessa navigazione e la sua conclusione si configurano come un evento traumatico di primaria gravità. La letteratura psichiatrica ci insegna che persone già traumatizzate sono più a rischio in caso di nuovi traumi, per una maggior vulnerabilità psichica residua (Mollica et al., 1998a, 1998b, Breslau e Kessler, 2001, Rasmussen et al., 2007).

A soggetti in queste condizioni è fondamentale garantire un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta, con opportune

procedure di *debriefing* (le stesse che sono normalmente applicate in caso di catastrofi naturali in Italia, e per le quali ci sono ampie competenze professionali nel nostro paese), interventi specialistici in ambito psicotraumatologico (ad esempio con *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR: Shapiro, 2001, 2012) e offrire condizioni di vita che aiutino il recupero.

## Prendersi cura

La letteratura psichiatrica è ormai ricchissima di evidenze secondo cui le cosiddette *"post-migration living difficulties"* (difficoltà esistenziali post-migrazione), cioè le condizioni di vita che i rifugiati trovano nel paese ospite, giocano un ruolo paragonabile all'entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica, e in alcuni casi anche maggiore (Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998, Aragona et al., 2012a). Pazienti con traumi gravi che trovano eccellenti condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno gravi di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite, e anche su questo torneremo in altri capitoli di questo libro. Nel caso delle vittime dei naufragi sulle nostre coste, alla gravità del trauma si aggiungono spesso condizioni di accoglienza inadeguate, che agiscono come fattore moltiplicatore del trauma.

Abbiamo inoltre già accennato a come queste situazioni richiedano un'attenzione ancora maggiore quando negli eventi sono coinvolti bambini e adolescenti. Procedure di rapida presa in carico complessiva (pediatrica, psicologica ed educativa) sono in questi casi ancora più necessarie.

Tuttavia il fatto di "prendersi cura" dei migranti forzati non deve avere solo lo scopo, pur prezioso, di prevenire la psicopatologia. Ci sono altre buone ragioni per farlo, di ordine più generale, che hanno a che fare con la creazione di un ambiente sociale salubre, civile: in altre parole un paese buono per vivere.

Vale la pena di ritornare alle parole dei padri costituenti, che hanno sancito nella prima parte della Costituzione, dove si trovano i "Principi Fondamentali", che *"la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"* (art. 2), perché tutti *"hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*, ed *"è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana"* (art. 3).

Personalmente credo nel valore di questi principi fondamentali, per costruire una società sana e prospera.

Le persone che giungono da noi, che ci onorano scegliendo l'Italia come luogo di approdo in cui rifondare la loro vita, hanno il diritto di poter realizzare il loro pieno sviluppo come persone, per il loro bene, e per poter adempiere il loro *"dovere di svolgere (...) un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"* (art. 4).

Quando ci prendiamo cura dei richiedenti asilo offrendo loro condizioni di accoglienza dignitose, cure appropriate per le loro necessità di salute, percorsi di inserimento efficaci per l'apprendimento della lingua italiana, opportunità di formazione e di inserimento lavorativo, non stiamo solo compiendo un'azione umanitaria. Stiamo anche offrendo

un servizio al nostro paese: stiamo costruendo nuovi cittadini in grado di contribuire al bene comune, e stiamo progettando un futuro prospero per i nostri figli e per l'Italia di domani.

## Conclusione

La tragicità dei naufragi di migranti forzati sulle coste italiane hanno talora un impatto mediatico intenso, cui tuttavia non sembra seguire un'appropriata assunzione di responsabilità da parte delle autorità preposte: le condizioni di accoglienza sono spesso inaccettabili rispetto a principi elementari di salute pubblica e d'igiene mentale e svolgono un'azione direttamente patogena per i richiedenti asilo sopravvissuti agli sbarchi. Queste condizioni assumono una gravità ancora maggiore quando a essere coinvolti sono i minori, e sono inaccettabili sul piano etico, e in diretto contrasto con alcuni principi fondamentali della Costituzione della Repubblica Italiana. Appaiono in particolare fuorilegge rispetto all'articolo 32, e offendono la coscienza degli operatori della salute, che hanno il dovere di protestare con fermezza contro questa situazione inaccettabile.

Il nostro paese ha bisogno di cambiare approccio, e prima ancora attitudine mentale nei confronti dell'arrivo dei rifugiati.

Possiamo lasciarci esortare a cogliere nella giusta prospettiva il momento storico cui stiamo partecipando, per costruire un futuro all'altezza della nostra storia e della dignità umana, da questa poesia di Erri De Luca (2013):

### **Abbiamo amato**

*Abbiamo amato l'Odissea, Moby Dick, Robinson Crusoe,  
i viaggi di Sindbad e di Conrad,  
siamo stati dalla parte dei corsari e dei rivoluzionari.  
Cosa ci fa difetto per non stare con gli acrobati di oggi,  
saltatori di fili spinati e di deserti,  
accatastati in viaggio nelle camere a gas delle stive,  
in celle frigorifere, in container, legati ai semiassi di autocarri?  
Cosa ci manca per un applauso in cuore,  
per un caffè corretto al portatore di suo padre in spalla  
e di suo figlio in braccio  
portato via dalle città di Troia, svuotate dalle fiamme?  
Benedetto il viaggio che vi porta, il Mare Rosso che vi lascia uscire,  
l'onore che ci fate bussando alla finestra.*

Erri De Luca (2013)



---

# CAPITOLO 2

## L'esperienza di *Ferite invisibili*

Cristina Caizzi, Marco Mazzetti

*Le cose più importanti della nostra vita  
non sono né straordinarie né grandiose.  
Sono i momenti in cui ci sentiamo toccati  
gli uni dagli altri.*

Jack Kornfield, monaco buddista

### La nascita del progetto

Il progetto *Ferite invisibili* è stato sviluppato presso l'Area sanitaria della Caritas di Roma per rivolgersi a rifugiati e a richiedenti asilo sopravvissuti alla tortura o ad altre esperienze di violenza intenzionale. Si tratta di persone spesso "invisibili" alla società, alla politica, a coloro che incontrano per strada, come invisibili sono le loro ferite, perché l'esperienza di aver subito ed essere sopravvissuti alla violenza lascia un dolore psichico che si accompagna spesso ad un senso di vergogna che spinge i pazienti a nascondersi, allontanandosi dagli altri esseri umani. L'obiettivo del progetto è individuarli, accoglierli, curarli e offrire loro un'opportunità di riscoprirsi individui capaci di vivere una vita piena e dignitosa.

L'idea di sviluppare un servizio per prendersi cura di chi è sopravvissuto alla violenza intenzionale è nata in seguito al progetto *One Billion* ("un miliardo": il nome si riferisce al numero di persone allora ritenute a rischio di violenza in tutto il mondo; oggi sono probabilmente di più) organizzato dalla Caritas Diocesana di Roma nel 2002. Obiettivo dell'iniziativa era di promuovere un piano d'azione internazionale per guarire le *ferite invisibili*, cioè gli effetti delle guerre e della violenza (sia fisica che psicologica), perpetrata contro le donne, i bambini, gli uomini di tutto il mondo. Al termine di *One Billion*, nel dicembre 2004, si tenne a Roma un convegno mondiale con i rappresentanti di governi, agenzie internazionali e personalità del mondo scientifico, medico e accademico, che produsse una dichiarazione di intenti, per sviluppare interventi sociali e umanitari a favore del miliardo di persone a rischio. Per la Caritas fu, tra l'altro, l'occasione per una riflessione sull'accoglienza, la protezione della salute e la cura dei richiedenti asilo e dei rifugiati in Italia, in modo particolare di coloro che hanno subito torture, violenze e altre forme di traumi intenzionali. Anche a Roma, come in altre grandi città d'Europa, il numero di richiedenti asilo e di rifugiati è elevato.

Il nome *Ferite invisibili* si riferisce al fatto che i traumi psicologici (ad esempio aver assistito all'omicidio dei propri genitori, essere stati vittima di violenza sessuale, di percosse

o di minacce di morte), a differenza delle cicatrici dei traumi fisici, spesso non lasciano segni visibili, e possono essere difficili da identificare. Gli effetti di questa violenza possono essere però gravi e invalidanti e, se non adeguatamente trattati, rendere la vita difficile da vivere.

Per rispondere alla sfida lanciata dal progetto *One Billion*, l'Area sanitaria della Caritas di Roma ha deciso di organizzare un servizio capace di offrire risposte concrete a questa domanda. Così, alla fine del 2005, è nato *Ferite invisibili*.

Il servizio si basa sui quattro principi cui si ispira la filosofia d'azione dell'Area sanitaria della Caritas di Roma (Geraci et al., 2010). Il primo è l'identificazione dei bisogni di salute e l'offerta di cure appropriate, e rappresenta il principio dell'*assistenza*. Il secondo è lo studio dei fenomeni di cui ci si occupa, e cioè l'attività di *ricerca*. Il terzo principio è quello della *formazione*: informare e formare le persone che si occupano sul campo dei fenomeni indagati e, nei limiti del possibile, anche la società circostante. Il quarto è quello dell'*impegno politico*: promuovere cambiamenti legislativi, normativi e dell'organizzazione dei servizi per renderli appropriati ai bisogni di salute delle persone, dando effettiva attuazione all'articolo 32 della Costituzione della Repubblica: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*"; fare cioè quell'attività di *advocacy* necessaria per far valere i diritti di chi non ha voce per reclamarli per sé, o non trova interlocutori disposti ad ascoltarli.

## L'organizzazione del servizio

Il trattamento degli immigrati vittime di violenza e tortura è un compito complesso: richiede interventi integrati sociali, educativi e legali, oltre che sanitari, perché è necessario lavorare efficacemente all'interno di una rete di sostegno psicosociale solida, fatta di assistenti sociali, avvocati, educatori, medici, professionisti della riabilitazione eccetera; un approccio culturalmente sensibile, che si avvalga anche di competenze antropologiche; una conoscenza di tecniche specifiche di intervento in ambito psicotraumatologico, in particolare per quanto riguarda la cura degli effetti della violenza intenzionale.

Ai professionisti che lavorano in questo progetto è richiesto di essere ben formati nel loro specifico approccio clinico (la maggior parte di loro sono analisti transazionali), ma anche di aver seguito una specifica formazione in psicotraumatologia, di avere appreso e sviluppato competenze nel campo della comunicazione transculturale, di conoscere le risorse sociali del territorio e di essere aperti al lavoro di rete con queste.

Il servizio è composto da tre psicologhe-psicoterapeute, tre psichiatri, un'infermiera, una coordinatrice del progetto responsabile dell'accoglienza, dal direttore dell'Area sanitaria e dalla direttrice del Poliambulatorio della Caritas, e da un gruppo di mediatori culturali originari dei luoghi da cui provengono i pazienti. Il progetto è finanziato dalla Chiesa Cattolica, con un sostegno del fondo delle Nazioni Unite per le Vittime di Tortura e dalla Regione Lazio.

Oltre all'attività clinica, ci si occupa sia di ricerca d'archivio (per lo più dedicata all'aggiornamento della letteratura scientifica sul tema) che sul campo, per testare e rifinire gli strumenti di screening e di psicodiagnosi, identificando le caratteristiche dei nostri pazienti e valutando le strategie terapeutiche più efficaci (Aragona et al., 2010, 2011,

2012a, 2013; Carrer et al. 2011; Caizzi e Ciambellini, 2008; Caizzi, 2012; Mazzetti, 2008).

I pazienti sono inviati al servizio attraverso l'attività del poliambulatorio della Caritas (dedicato essenzialmente all'assistenza dei pazienti immigrati senza permesso di soggiorno) tramite attività di screening svolta con strumenti psicodiagnostici per individuare i casi sospetti di essere vittime di violenza, e con l'invio diretto dei medici che visitano i pazienti. Un'altra fonte di invio sono gli educatori, gli assistenti sociali e gli altri operatori che si occupano dell'accoglienza dei rifugiati, che inviano al servizio le situazioni clinicamente rilevanti. L'attività del progetto *Ferite invisibili* è integrata con quella del poliambulatorio, nel quale i pazienti sono trattati per gli eventuali disturbi fisici. Gli operatori del servizio hanno incontri di formazione e supervisione mensili.

Il setting dell'intervento è stato sviluppato partendo dalle riflessioni teoriche dell'approccio etnopsichiatrico parigino (Devereux, 1973; Nathan, 1986, 1993), e in particolare basandosi sull'apporto di Françoise Sironi (1999, 2007). Partendo da queste fondamenta, il servizio ha sviluppato un proprio modello di intervento che è quello descritto nei diversi capitoli di questo libro.

Un'attenzione rilevante viene data ad armonizzare l'intervento terapeutico con le norme, la cultura e le tradizioni dei nostri pazienti, in buona parte influenzate dal loro paese di origine, ma avendo sempre a mente che la cultura è frutto dell'esperienza individuale di ogni singola persona, e non è quindi possibile applicare meccanicamente protocolli "cultura-specifici".

Il setting delle sedute è generalmente basato su piccoli gruppi, le cui caratteristiche sono descritte più avanti, perché il gruppo è la realtà nella quale la maggior parte dei nostri pazienti hanno strutturato la propria identità, e perché in molti dei loro contesti di origine la funzione curativa è espletata all'interno di un sistema di riferimento collettivo, gruppalmente (Mazzetti, 2004, 2008).

Nel nostro setting multiculturale abbiamo sviluppato uno specifico approccio analitico transazionale transculturale (Mazzetti, 2010, 2011) nel quale diamo particolare attenzione a tre aspetti del lavoro di cura delle persone: la dimensione sociale, il valore dell'appartenenza e la legittimazione dei diversi mondi culturali.

*La dimensione sociale.* La socialità è un elemento importante per promuovere il senso di appartenenza di cui hanno bisogno le vittime di tortura per la ricostruzione della loro identità, dopo l'effetto disgregante che il trauma ha avuto su di essa. Nel gruppo etnopsichiatrico non è l'individuo che si prende cura di un insieme di pazienti, come avviene con le usuali psicoterapie di gruppo, ma al contrario è un insieme di co-terapeuti che si prende cura del singolo. Nel setting più comune, noi lavoriamo in co-terapia: ci sono in genere due terapeuti e altre figure significative che cooperano alla cura, ad esempio l'assistente sociale, che ha la responsabilità del paziente, il mediatore culturale, l'educatore che assiste il ragazzo nella comunità alloggio dov'è accolto, eccetera.

*Il valore dell'appartenenza.* Il nostro setting è uno spazio aperto al mondo del paziente, nel quale le persone che fanno parte della sua rete sociale sono invitate a partecipare (assistenti sociali, psicologi o educatori dei luoghi di accoglienza, amici, figure affettivamente rilevanti, ecc). Questo serve a creare un ambiente familiare e una rete di sostegno che è radicalmente diversa dall'ambiente della tortura nel quale le vittime erano sole con i loro torturatori. Questa scelta dà valore e aiuta a connettere aspetti diversi e coesistenti della vita della persona.

*Legittimazione dei diversi mondi culturali* (Mazzetti, 2010, 2011). Questo concetto è espressione dell'intrinseco valore che riconosciamo a ogni essere umano. Nel setting transculturale le tradizioni e le credenze della cultura del paziente hanno uguale dignità e considerazione di quelle del Paese ospitante. Il mediatore culturale ha un ruolo importante, non solo come facilitatore del processo di comunicazione ma anche perché funge da modello della possibilità di combinare nella stessa persona differenti mondi culturali.

Uno dei principali strumenti della terapia è il contratto terapeutico. Definire contratti permette al paziente e al terapeuta di sviluppare una relazione paritaria, basata sugli assunti filosofici che sono, tra l'altro, alla base dell'Analisi Transazionale: ogni persona ha valore; ognuno ha la capacità di pensare; ogni persona decide del proprio destino e queste decisioni possono essere cambiate.

Per lo sviluppo del processo terapeutico, il contratto (cioè l'esplicito accordo bilaterale paziente/terapeuti sugli scopi della terapia) è fondamentale perché promuove l'assunzione di responsabilità del paziente e autorizza il terapeuta a compiere le manovre appropriate al raggiungimento degli obiettivi mutualmente accettati. Il contratto è inoltre orientato a ricreare una auto-narrativa, intesa come la capacità del paziente di reintegrare l'esperienza traumatica all'interno di una storia coerente della propria vita (Caizzi e Ciambellini, 2008; Caizzi, 2012; Mazzetti, 2008).

Come vedremo nei capitoli successivi, il lavoro terapeutico è orientato a stimolare nel paziente le capacità cognitive di osservare la propria realtà presente e passata, di pensare in termini logici, di ricostruire i necessari collegamenti tra causa ed effetto e di ristabilire le corrette sequenze spazio-temporali. Il recupero di queste funzioni avviene anche attraverso il riconoscimento delle emozioni che sono state bloccate al momento della tortura ma sono coerenti con l'esperienza di allora, e vengono quindi legittimate dal terapeuta, così che il paziente stesso si senta riconosciuto e riaccolto da altri esseri umani, in quanto essere umano di valore.

Fondamentali operazioni terapeutiche per il raggiungimento di questi obiettivi sono, come vedremo, l'accoglienza calda, l'ascolto empatico, la trasparenza del pensiero (ovvero rivelare liberamente al paziente le nostre opinioni, ma anche, se è il caso, le nostre posizioni ideali e politiche), la creazione di un ambiente rassicurante e la sintonizzazione con i desideri e i bisogni del paziente. La relazione terapeutica, infatti, è il principale veicolo attraverso il quale il paziente torturato può recuperare il suo cammino verso un nuovo futuro, ispirato alla speranza di una nuova vita possibile.

Lavorare in questo progetto significa anche, per noi, ricollegarci con le radici dell'analisi transazionale, con il suo appartenere a quel movimento di psichiatria sociale che si è sviluppato tra gli anni '50 e '60, e che in Italia ha condotto, tra l'altro, alla legge 180 e alla chiusura dei manicomi. L'impegno sociale è infatti parte della storia dell'analisi transazionale fin dai suoi inizi ed è tuttora ben ancorato nella sensibilità umana degli analisti transazionali contemporanei (Campos, 2012, 2013): i suoi strumenti e principi filosofici aiutano il paziente, attraverso la relazione terapeutica, a riappropriarsi della propria dignità di essere umano e a credere in una nuova possibilità di vita. Gli stessi strumenti e principi possono essere un modo per contribuire a costruire una società nella quale la giustizia sociale sia un valore.

Come vedremo nei successivi capitoli di questo libro, questo stesso impegno sociale non è solo un elemento ispiratore del nostro servizio, ma diventa anche uno specifico

strumento terapeutico. Le persone che assistiamo hanno bisogno di sapere perché il servizio è nato, e perché stiamo dalla parte della libertà, della salute e dei diritti umani: queste informazioni contribuiscono infatti al superamento della sofferenza clinica dei nostri pazienti, aiutandoli nell'integrazione e nella ristrutturazione cognitiva delle passate esperienze traumatiche.



---

# CAPITOLO 3

## Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e di vulnerabilità

Marco Mazzetti

*Tanto lungo è il tempo del mio viaggio e tanto lunga la strada,  
sono partito da principio sul carro delle prime luci,  
aggirandomi tra pianeti e stelle vi ho disegnato la scia del cammino  
attraverso i boschi e le montagne di mondi al di là dei mondi.  
La via che arriva più vicino è quella più lontana;  
tanto difficile è l'apprendimento necessario a un suono tanto semplice;  
visitata più volte la porta dei vicini, infine giunse il viaggiatore al suo paese  
percorso tutto il mondo esterno trova il Dio che è nell'anima.*  
Rabindranath Tagore, poeta indiano

### **Crescita post-traumatica**

In questo capitolo presenteremo un approccio alla migrazione considerandola come evento traumatico. Descriveremo i fattori di protezione, che promuovono la resilienza dei migranti, e quelli di vulnerabilità che possono danneggiare la loro salute psichica, e vedremo in particolare gli effetti che essi hanno sui rifugiati. Poiché i rifugiati, a causa degli eventi che hanno determinato la loro migrazione, sono particolarmente a rischio di patologia psicotraumatologica, la migrazione può configurarsi per loro come un evento ritraumatizzante. Al tempo stesso vedremo come il concetto di trauma possa essere considerato in una prospettiva nuova, non solo come evento negativo per la salute, ma anche come opportunità di crescita e di sviluppo personale.

L'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica in Italia ha dovuto e deve quotidianamente confrontarsi con i rilevanti cambiamenti demografici che abbiamo descritto nel capitolo 1. In particolare i rifugiati costituiscono un gruppo a rischio, per la presenza tra loro di sopravvissuti a torture, violenze di massa, lutti gravi che possono determinare patologie post-traumatiche.

Tra le sfide che questi nuovi scenari offrono agli psicoterapeuti e, più in generale, alle professioni di aiuto, vi è quella di trovare strumenti operativi in grado di funzionare efficacemente con un'utenza multiculturale e di rispondere in modo adeguato ai bisogni di una popolazione con quadri clinici psicotraumatologici.

Una strategia che abbiamo trovato promettente è quella di considerare lo stesso evento "migrazione" da una prospettiva psicotraumatologica.

Il vocabolario della lingua italiana (Devoto e Oli, 1990) definisce così il trauma: "Emozio-

ne improvvisa e violenta, capace di provocare un'alterazione permanente nell'attività psichica". Nella nostra pratica clinica numerose osservazioni sembrano sostenere l'idea che la migrazione rappresenti un evento emotivo capace di determinare una trasformazione di tale fatta, quindi un trauma.

Non abbiamo ancora incontrato nessun immigrato (compreso chi scrive, nelle sue esperienze di migrante) che non sia in grado di ricordare con grande vivezza il suo primo giorno in terra di migrazione, con quella lucidità e con quella partecipazione emotiva tipiche degli eventi traumatici (quando beninteso la gravità degli stessi non abbia indotto difese di dissociazione).

Nell'esperienza di tutti i nostri interlocutori, la migrazione ha segnato un cambiamento irreversibile nel proprio vedersi al mondo, una vera e propria cesura tra un prima e un dopo, a ricordarci l'etimologia del termine "trauma", che in greco antico significa "ferita". Per tutti coloro con i quali abbiamo parlato le difficoltà sono state intense, benché esse siano state in genere superate con successo e l'esperienza sia a distanza di tempo considerata positiva. Per molti immigrati, infatti, l'esperienza migratoria sembra configurarsi piuttosto come un trauma iniziatico (Mazzetti, 2008), cioè come una di quelle prove ritualizzate cui in talune culture vengono sottoposti i giovani o le persone che devono acquisire uno status diverso; e possiamo, ai fini della nostra discussione, considerarla *tout-court* come tale. Non solo infatti la sofferenza superata diventa la prova del successo e il titolo di merito per una nuova dimensione sociale e psicologica, ma offre spesso anche occasioni di nuove comprensioni di sé e delle proprie prospettive esistenziali. A parlare per la prima volta in termini espliciti delle possibilità di sviluppo della propria personalità attraverso un'esperienza traumatica è stato probabilmente il medico e psichiatra viennese Victor Frankl (1905-1997), un pensatore oltre che un clinico di grande spessore umano, già seguace di Freud e di Adler e poi tra i fondatori della logoterapia. Frankl venne internato in diversi campi di sterminio nazisti tra il 1942 e il 1945, sopravvivendovi (Frankl, 1946/1975). Egli, riflettendo sulla sua esperienza, sviluppa l'idea che la capacità di dare un significato alla propria esistenza, anche in condizioni limite, sia il principale fattore protettivo e anche un'opportunità di crescita personale ed esistenziale (Frankl, 1959/1975). In tempi più recenti, da quando la psicotraumatologia è diventata via via oggetto di studio scientifico, lo sviluppo della personalità dopo un trauma è stato ben documentato in letteratura (Tedeschi e Calhoun, 1996; Tedeschi, Park e Calhoun, 1998; Sironi, 1999; Allen, Bennet e Kearns, 2004; Allen, 2006): grazie alla crisi che determina nel sistema di riferimento di chi ne è colpito, un evento stressante può costituire un'eccellente opportunità di ampliare i limiti dei propri schemi, di ciò che in analisi transazionale chiamiamo il proprio usuale copione di vita.

Per definire questa opportunità oggi si utilizza prevalentemente il termine di "*post-traumatic growth*", crescita post-traumatica, ma sono stati proposti anche i termini di *crescita correlata allo stress*, *sviluppo correlato alla crisi*, *trasformazione positiva della sofferenza*, *svilupparsi (fiorire) nell'avversità*, mentre lo psichiatra Renos Papadopoulos (2007) preferisce il termine *adversity-activated development* (sviluppo attivato dalle avversità).

Comunque si voglia chiamare il fenomeno, c'è oggi consenso in letteratura riguardo al fatto che uno sviluppo post-traumatico esista, così come l'esperienza clinica quotidiana del resto conferma. Per noi clinici scoprire che la sofferenza dei nostri pazienti non è solo una tragedia che possiamo al massimo tentare di alleviare, ma anche un'opportunità da

cogliere, e che l'intervento terapeutico non è un palliativo per cercare di rattoppare gli inevitabili effetti di eventi terribili, ma che può portare i nostri pazienti a una vita piena, e addirittura più ricca di quella precedente, ha radicalmente cambiato la prospettiva, offrendoci nuove ragioni di ottimismo.

Secondo questa prospettiva, vedremo come sia possibile avvicinarsi alla psicologia (e quindi alla psicopatologia) dei migranti nello stesso modo con cui ci si accosta agli eventi traumatici: prendendo in considerazione i fattori di resilienza e quelli di vulnerabilità all'evento; in questo modo è possibile ottenere letture originali dei fenomeni e trarne anche strategie di intervento.

Un tale approccio può essere particolarmente utile con i rifugiati. Come si è detto, costoro sono un gruppo fragile e di particolare interesse per la psichiatria e la psicoterapia. L'approccio alla migrazione come a un evento traumatico ci consente di identificare le loro peculiarità e anche di comprendere le difficoltà che a volte queste persone evidenziano nell'adattarsi al paese ospitante.

Il capitolo successivo si riferirà alle strategie di intervento con questi pazienti, interventi di tipo riabilitativo in senso generale, non strettamente psicoterapeutico, basate proprio sul principio di promuovere resilienza. In seguito si parlerà anche di specifiche tecniche terapeutiche; vi è tuttavia una ragione epistemologica per discutere prima di tutto degli interventi sociali: pensiamo che il ruolo degli psichiatri e degli psicoterapeuti vada al di là del loro studio professionale. Si curano le persone nel territorio in cui vivono: la capacità di stimolare e realizzare reti integrate di assistenza psico-sociale, sinergiche tra loro, in grado di dare risposte complesse a problemi complessi è una caratteristica della buona psichiatria. Possiamo essere eccellenti terapeuti non solo nel chiuso dei nostri studi ma anche decidendo di essere attori sociali, capaci di promuovere buone prassi di accoglienza e di assistenza sociale, legale, assistenziale, medica prima ancora che strettamente psicoterapeutica. Oltre che, naturalmente, con quel lavoro di *advocacy* di cui si è parlato nel secondo capitolo, per promuovere buone politiche.

## I fattori di resilienza nel trauma migratorio

Il termine "resilienza" è entrato in anni recenti nel lessico psichiatrico. Esso ha origini distanti, che si trovano nella scienza dei materiali e in particolare nella metallurgia. Esprime la capacità di un materiale di resistere a urti e tensioni mantenendo le sue proprietà o riacquisendole al termine dell'evento traumatico: come dice il vocabolario, è la "capacità di un materiale di subire un urto senza rompersi" (Devoto e Oli, 1990) 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.

Quali sono i fattori di resilienza in grado di aiutare a gestire il trauma della migrazione? Sulla base delle nostre esperienze cliniche e di quanto riportato dalla letteratura scientifica possiamo raggrupparli 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.

La figura 1 riassume l'insieme dei fattori di resilienza.

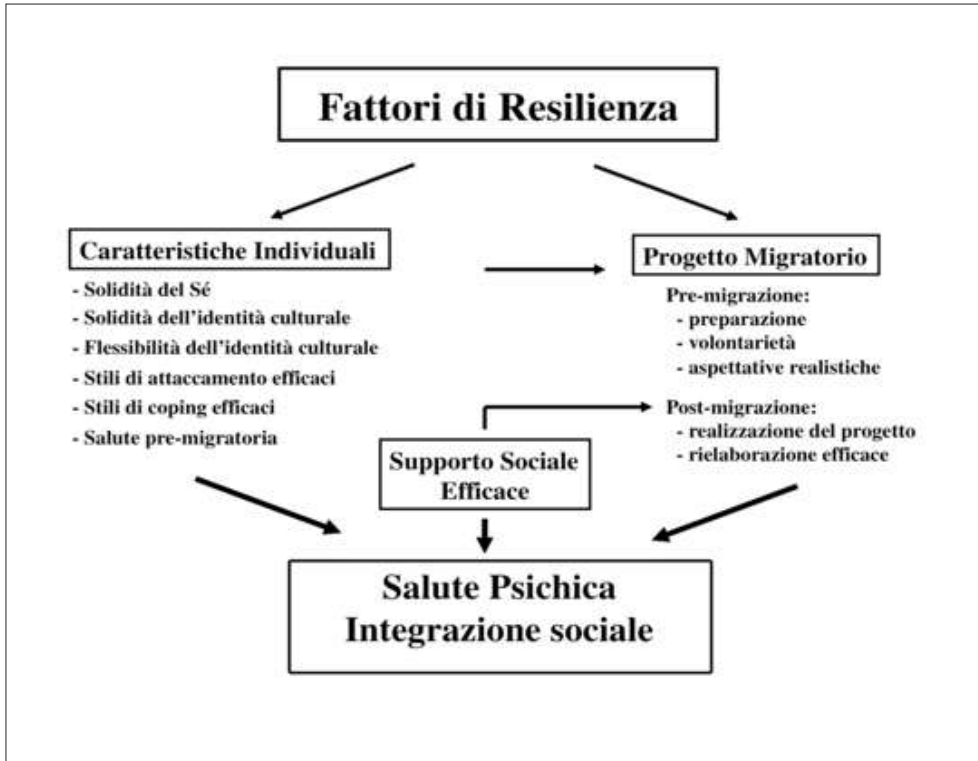


Figura 1

### *Caratteristiche individuali*

È verosimile che una serie di caratteristiche individuali positive aiuti a gestire il trauma della migrazione, per quanto sia arduo ottenerne la dimostrazione scientifica. È infatti difficile costruire modelli di ricerca che consentano di comparare le condizioni psichiche pre-migratorie con gli esiti in termini di salute psichica e di integrazione sociale del soggetto immigrato. È del resto questo un problema metodologico ben conosciuto in chi si occupa di epidemiologia psichiatrica dell'immigrazione.

Poiché infatti ogni fase del processo migratorio è caratterizzata da molte variabili socio-ambientali interagenti, alcune delle quali possono mettere seriamente a rischio l'adattamento psicologico, si comprende come esistano notevoli differenze nella vulnerabilità dei migranti, a partire proprio dalle caratteristiche pre-migratorie, e da come la migrazione stessa sia nata (Mazzetti, 1996), ma anche come possa essere molto difficile identificarle e distinguerle in modo da poterle misurare.

Proprio l'ampia variabilità dei fattori in gioco rende estremamente difficile sia tracciare un profilo epidemiologico psicopatologico dei migranti, sia identificarne i relativi fattori di rischio. Dall'analisi della letteratura pubblicata su migrazione e salute mentale (Bhugra, 2004) emergono infatti numerose limitazioni metodologiche (ad esempio eterogeneità dei campioni dal punto di vista etnico, culturale e migratorio; diversità dei *settings* di

ricerca e degli strumenti di valutazione; carenza di studi longitudinali a lungo termine) che spiegano la presenza di dati contrastanti e rendono difficili le estrapolazioni da una popolazione all'altra e le generalizzazioni.

Le evidenze degli ultimi decenni sembrerebbero indicare tassi di prevalenza leggermente maggiori per alcuni disturbi psichiatrici negli immigrati (in particolare per la schizofrenia: Bhugra, 2004), mentre per quanto riguarda disturbi mentali più comuni come quelli depressivi (Bhugra, 2003), d'ansia e l'abuso di sostanze i dati sono meno chiari. Altri autori suggeriscono che la prevalenza di schizofrenia (e probabilmente di altri disturbi) sia più bassa quando i paesi di partenza e di arrivo siano socialmente e culturalmente simili e più elevata quando invece le differenze siano marcate (Kinzie, 2006).

Quando noi parliamo di caratteristiche individuali ci riferiamo quindi a quanto possiamo osservare nel setting clinico e a quanto siamo in grado di ricostruire nel corso del lavoro con i nostri pazienti.

*Solidità del Sé:* la realizzazione della migrazione comporta, soprattutto quando avviene da paesi in via di sviluppo, una serie di difficoltà spesso particolarmente intense, e può quindi agire come filtro positivo che lascia passare soprattutto le persone più abili, coraggiose, motivate e sane. Queste risorse di partenza hanno un ruolo protettivo dal punto di vista della salute mentale e costituiscono una base solida di partenza che può proteggere notevolmente il migrante, soprattutto nelle prime fasi della migrazione. È facile intuire che questo tipo di selezione, però, funziona essenzialmente con i cosiddetti "pionieri della migrazione", coloro cioè che partono per primi, intenzionalmente e con forti motivazioni. Essa si riduce fino a scomparire nelle migrazioni successive (ad esempio nei ricongiungimenti familiari) o addirittura a invertirsi nelle migrazioni forzate dei rifugiati. Personalità solide, capaci di conoscere e comprendere se stessi e gli altri e con un'esperienza di vita di successo agevolano in genere un buon adattamento. Queste caratteristiche del resto sono coerenti con la letteratura psicotraumatologica: Allen suggerisce che i migliori esiti dopo un trauma dipendano dalla capacità di mentalizzare, cioè di concettualizzare sé e gli altri in base ai pensieri e alle emozioni di ciascuno e di comportarsi di conseguenza (Allen et al., 2004; Allen, 2006); Fonagy e collaboratori (1994) sostengono che questa capacità sia un fattore chiave nel promuovere la resilienza. Queste caratteristiche esprimono efficacemente il concetto di personalità solida.

*Solidità e flessibilità dell'identità culturale:* queste due caratteristiche sembrano andare di pari passo. Possiamo definire l'identità culturale come la capacità di riconoscersi in un coerente sistema di valori e di rappresentazioni del mondo. Avere un'identità culturale solida appare essere come un porto di partenza sicuro: di lì, con l'aiuto di buoni strumenti, è facile tracciare una rotta. Partire da un'identità culturale fragile è come iniziare un viaggio da un punto sconosciuto in mezzo al mare con scarsi strumenti di navigazione: identificare la rotta è assai più complesso. Identità culturali solide consentono un buon processo di negoziazione con le realtà che si incontrano in terra di migrazione e quindi una valida flessibilità. Al contrario identità fragili sono frequentemente alla base di vissuti di insicurezza, di timore, che facilitano chiusure difensive e rigidità nell'adattamento. È facile osservare in questi ultimi soggetti, ad esempio, l'arroccarsi in modo ossessivo attorno a pratiche religiose tradizionali nel tentativo di ancorarsi a un punto fermo per poter resistere alle richieste di adattamento della società ospitante.

*Stili di attaccamento efficaci:* l'attaccamento è uno strumento utile in etnopsichiatria perché è un concetto che ha dimostrato una buona validità in ambito transculturale. Nella specie umana esso si sviluppa e si consolida in modo sostanzialmente simile ovunque (Schaffer, 1996), e possiamo quindi considerarlo specie-specifico e non determinato dalla cultura. Gli esseri umani si sanno riconoscere come tali indipendentemente da dove sono cresciuti e secondo quali parametri socio-culturali. Sanno entrare in relazione da una prospettiva di attaccamento sicuro o deficitario, come probabilmente molti hanno sperimentato viaggiando, anche solo per turismo, in paesi molto lontani: per quanto ci possano sembrare esotici i loro abitanti, sappiamo in genere intuire di chi fidarci e di chi no, sappiamo come cominciare una comunicazione e riconoscere se i nostri interlocutori ci sono antipatici o simpatici. Un attaccamento sicuro negli adolescenti e negli adulti (Bartholomew e Horowitz, 1991; Hazan e Shaver, 1987; Simpson, 1990), che può corrispondere a quello che Mary Main e collaboratori hanno definito posizione "autonoma" (Main et al., 1985), è uno strumento utile per l'adattamento alla nuova realtà, facilitando l'instaurarsi di nuove relazioni sane nel nuovo contesto. Quando ci attiviamo per costruire relazioni terapeutiche solide non stiamo solo preparando un necessario strumento per le successive operazioni cliniche, ma stiamo attivamente curando disturbi dell'attaccamento; e non importa da quanto lontano vengano i nostri pazienti: essi sanno cogliere con il loro intuito di umani se sono accolti con apertura e sincerità, o invece con freddezza o ostilità.

*Stili di coping efficaci:* la capacità di coping, cioè di gestire efficacemente l'evento traumatico, è propria di ogni individuo. Ognuno ha le sue risorse innate e sviluppate nell'intero corso della vita; queste risorse possono anche essere apprese, affinate e sviluppate, e proprio l'addestramento al *coping* costituisce una delle possibili strategie nella psicoterapia con i migranti. Gli appartenenti a corpi speciali dell'esercito seguono addestramenti specifici, e così avviene in molte altre professioni; anche in ambito medico, ad esempio, alcune professioni possono apparire "traumatizzanti" a un occhio esterno, pensiamo ai medici legali che effettuano autopsie forensi: quei nostri colleghi se ne occupano con grande naturalezza, essendo addestrati allo scopo. Quando parliamo di potenziare le strategie di *coping* con i migranti, ci riferiamo a svolgere con loro un'attività di preparazione cognitiva ed emotiva alle *post-migration living difficulties* che dovranno affrontare nelle tappe della loro vita nel paese di insediamento. Una di queste, ad esempio, è la preparazione all'audizione in commissione per i richiedenti asilo, evento potenzialmente traumatizzante, come vedremo più avanti.

*Salute psichica pre-migratoria:* una storia di benessere psichico prima della partenza sembra essere un fattore prognostico positivo riguardo alla capacità di gestire il trauma della migrazione, così come lo sono dati anamnestici che raccontano di una vita familiare e sociale serena, sia durante l'età dello sviluppo sia in seguito. Anche qui non possiamo basarci su dati di ricerca, perché, com'è intuibile, indagini di tipo retroattivo su questo tema non sarebbero affidabili, ma l'esperienza clinica ci sembra suggerirlo.

### *Progetto Migratorio*

Il progetto migratorio sembra essere di una rilevanza decisiva nel proteggere la salute psichica dei migranti (Frighi et al., 1993; Mazzetti, 1996). La ragione è duplice. Il progetto migratorio racchiude in sé l'insieme delle motivazioni che hanno portato la persona a

impegnarsi nella difficile avventura della migrazione, e livelli elevati di motivazioni consentono agli esseri umani di fare fronte a molte difficoltà: se il progetto migratorio in qualche modo funziona, i migranti riescono a sopportare prove notevoli conservando la loro salute.

La seconda ragione, più profonda e probabilmente più rilevante, è legata al fatto che il progetto migratorio si configura come il fattore capace di dare un senso alla storia di vita dell'individuo, di tenere unite con una narrazione due immagini di sé (quella prima della migrazione e quella successiva) non di rado scisse dalla frattura dell'evento migratorio, fornendole di un significato che consente di rammendare la sua trama esistenziale. Possiamo dire che il progetto si configura come la narrativa in grado di integrare diverse esperienze di sé.

Quando il migrante parte, infatti, è consapevole di lasciare la sua terra e le persone care, ma scoprirà solo all'arrivo di avere detto addio anche a qualcun altro: a se stesso così com'era prima di partire. L'esperienza migratoria incide sulla percezione della propria identità e una delle sfide terapeutiche più rilevanti è quella di aiutare il paziente a ricostruire un senso di continuità tra il sé di prima e il sé di dopo. Il progetto migratorio è in grado di svolgere un ruolo primario in questo processo: è quella parte della personalità che esisteva nel paese di origine prima della partenza, e che ancora esiste oggi, sia pure evoluto, in terra d'immigrazione; dà il senso di un prima e un dopo legati, connessi, in continuità.

Un progetto prevede la volontarietà dell'atto e la sua preparazione, e tanto più ha successo quanto più è realistico e flessibile, e può quindi essere rielaborato e adattato se la realtà nel paese ospite non corrisponde alle aspettative di prima della partenza. Le caratteristiche individuali descritte in precedenza sono in grado di influire positivamente, com'è facile intuire, sulla creazione e sulla realizzazione del progetto migratorio.

### *Supporto sociale adeguato*

Un supporto sociale efficace è quello in grado di sostenere l'individuo sia emotivamente sia nei suoi bisogni materiali, che lo accompagna nella realizzazione del progetto migratorio e ne favorisce l'integrazione sociale e psicologica nella nuova realtà. Può essere dato da una grande varietà di attori sociali: familiari e amici arrivati in precedenza, agenzie pubbliche o del privato sociale eccetera.

La presenza di familiari o di membri del gruppo culturale di appartenenza nel paese ospite influenza notevolmente il grado di supporto sociale, che ha un ruolo dimostrato di "fattore tampone", protettivo nei confronti delle risposte psicopatologiche agli eventi traumatici (Bean et al., 2007; Brewin et al., 2000; Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998; Schweitzer et al., 2006). Essa tuttavia può avere anche un effetto paradossalmente opposto, di condizionamento che ostacola l'integrazione sociale. È un fenomeno talora osservato nelle seconde generazioni, quando la famiglia impone uno stile di vita e regole coerenti con il paese di origine, ma che possono frenare la naturale integrazione dei giovani nella terra ospite.

Il supporto sociale, infatti, deve essere oltre che presente anche efficace, cioè capace di sostenere e promuovere effettivamente l'integrazione psico-sociale. Non sempre un supporto sociale intenso è anche utile in questa direzione.

Un esempio di supporto sociale intenso e controproducente può essere il seguente:

nei primi anni '90 in Italia sono arrivate notevoli ondate migratorie dalla Somalia, in seguito ai disordini sociali e alla guerra civile scatenati nel paese. Le comunità somale immigrate erano numerose e coese, il supporto sociale che offrivano ai membri era intenso. Ma una delle conseguenze di questo fenomeno fu il riprodursi nel paese ospite della pratica dell'infibulazione a danno di alcune bambine. Si comprende bene come, per queste ultime, il supporto sociale non fu affatto benefico: oltre a mutilarle provocando un danno biologico irreversibile il gesto serviva anche a emarginarle dal contesto delle loro coetanee italiane.

### **Fattori di vulnerabilità**

Già da un primo sguardo ai fattori di resilienza appare intuitivo identificare gruppi di individui meno protetti e quindi potenzialmente più fragili nei confronti del trauma della migrazione. Essi sono, in primo luogo, le persone che migrano senza un progetto, senza quindi un fattore motivante e proteggente nei confronti della crisi identitaria che ogni migrante si trova ad affrontare (Mazzetti, 2003, 2008). Gli individui senza progetto sono, innanzi tutto, le vittime di migrazioni forzate: rifugiati e richiedenti asilo, ma anche familiari ricongiunti di immigrati, ad esempio i loro figli minorenni. Questi ultimi si trovano a volte a dover affrontare il trauma della migrazione in condizioni particolarmente difficili senza alcuni fattori di resilienza, ad esempio in molti casi manca loro il progetto migratorio, e si limitano a seguire quello di altri, in genere i loro genitori.

Gli stessi due gruppi appena citati (rifugiati e familiari ricongiunti) sono tra coloro per i quali possono esserci maggiori problemi a proposito delle caratteristiche individuali, dato che le vicissitudini della vita (le persecuzioni subite per i rifugiati, le eventuali separazioni traumatiche dai genitori e altri familiari significativi per i bambini) possono averle indebolite.

La figura 2 riassume i fattori di vulnerabilità per la salute dei soggetti che hanno affrontato il trauma della migrazione.

### *Caratteristiche individuali*

Esse appaiono speculari e opposte a quelle descritte a proposito dei fattori di resilienza. Se fermiamo l'attenzione sui rifugiati, la storia della loro vita può avere gravemente danneggiato le loro caratteristiche individuali, specie se sono stati vittime di violenze o di torture. Sappiamo che uno degli effetti della violenza intenzionale (spesso espressamente cercato da chi la perpetra) è quello di danneggiare il Sé delle persone, di mettere fuori uso i loro meccanismi di coping e di scompaginare le dinamiche di attaccamento (Sironi, 1999).

Quanto agli effetti sull'identità culturale, la nostra esperienza di clinici ci pone frequentemente di fronte a un'osservazione comune: poche persone si assomigliano le une alle altre come i pazienti affetti da gravi forme di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) o da altre severe patologie post-traumatiche, quasi che la loro personalità (e con essa la cultura) scompaia, per ridurre gli individui che ne soffrono agli elementi più basilari dell'esistenza umana. Gli effetti della violenza sistematica sono stati magistralmente descritti, prima ancora che dagli psichiatri, da Primo Levi, vittima del nazismo. Il suo resoconto

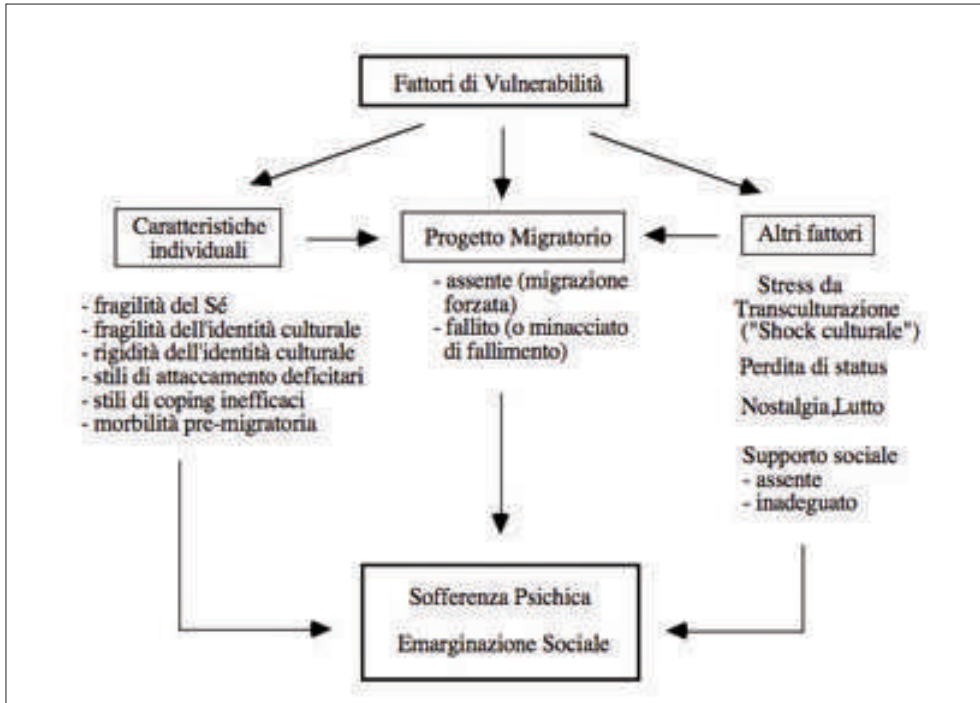


Figura 2

della vita nel lager di Auschwitz (*Se questo è un uomo*) introduce meglio di tanti trattati scientifici all'esperienza fenomenologica delle vittime di violenza (Levi, 1947).

È quanto l'etnopsichiatra francese Françoise Sironi (Sironi, 1999) chiama "riduzione all'universale", che significa deculturizzare l'individuo, separarlo dai suoi e dalla stessa specie umana, come con efficacia descrive un altro romanziere, il francese Daniel Pennac (1990/1993, p. 60): "... la tortura non consiste solo nel far male, consiste nel desolare un essere umano fino ad allontanarlo dalla specie umana, niente più a che fare, solitudine urlante...".

La tortura, le violenze sistematiche, i genocidi, i sovvertimenti del mondo, come sono stati tra gli altri, negli ultimi decenni, i casi della Cambogia, della Ex-Jugoslavia, del Ruanda, dell'Afghanistan, dell'Eritrea, della Libia e della Siria, hanno sortito in molti casi questo risultato. Esseri umani che sono stati separati dalla loro umanità, che si esprime attraverso la cultura.

Quanto alle condizioni di salute psichica, una serie crescente di evidenze ha svelato alti tassi di sofferenza psichica negli immigrati che hanno subito oppressioni, torture e altre forme di violenza organizzata (Aragona et al., 2012a, 2013; Kandula et al., 2004; Kinzie, 2006; Rasmussen et al., 2007). Sottogruppi di rifugiati esposti a traumi di guerra mostrano un'alta morbidità psichiatrica a lungo termine, anche dopo molti anni (Steel et al.,

2002). Le esperienze post-migratorie, come vedremo più avanti, peggiorano la situazione: il disagio e i sintomi psichiatrici si aggravano dopo l'arrivo nei paesi ospiti.

Studi epidemiologici hanno evidenziato che il Disturbo da Stress Post-Traumatico e i disturbi depressivi sono i due quadri clinici psichiatrici più diffusi e più facilmente misurabili nelle popolazioni di rifugiati, con poche differenze tra culture diverse. Spesso sono presenti entrambi e hanno prevalenze significativamente maggiori nei rifugiati messi a confronto con popolazioni di non rifugiati (Cardozo et al., 2000; Kinzie, 2006; Mollica et al., 1993, 1999; Victorian Foundation for Survivors of Torture, 1998). Anche altri disturbi d'ansia, i disturbi da somatizzazione e altri sintomi di disagio "misti" sembrano estremamente probabili in questi gruppi (Aragona et al., 2012a, 2012b, 2013; Turner e Horst-Unsworth, 1990).

Nella nostra esperienza clinica non sembrano essere rare reazioni paranoide che a volte configurano un vero e proprio quadro di disturbo della personalità: non è facile comprendere se si tratti di quadri clinici almeno in parte preesistenti al trauma o se vi sia un rapporto di causa ed effetto con quest'ultimo. Esistono, come vedremo, elementi che ci lasciano ipotizzare una relazione causale con l'evento stressante; del resto, le caratteristiche cliniche di queste reazioni sembrano presentare caratteristiche in grado di distinguerle dal delirio paranoico più comune: in base alle nostre osservazioni cliniche, ad esempio, l'ideazione sembra venir rivelata agevolmente al terapeuta (almeno più agevolmente di quanto nella nostra esperienza avvenga nei disturbi paranoici franchi), e, soprattutto, la prognosi si rivela spesso favorevole, andando verso la remissione piuttosto rapidamente con il procedere della terapia e con un intervento efficace della rete di sostegno. Certamente si tratta solo di osservazioni cliniche che meriterebbero studi mirati, e per ora sono soprattutto spunti di riflessione.

Inoltre, sempre riferendoci alla morbilità pre-migratoria, è stata ben documentata una solida associazione dose-risposta tra traumi e sofferenza psichica: un'esposizione cumulativa a traumi (subire violenze o torture, essere costretti a lasciare la propria casa, trovarsi vicino a sparatorie ed esplosioni, pericolo di morte per se stessi e per i familiari) corrisponde ad un aumento progressivo del rischio di morbilità psichiatrica (Cheung, 1994; Chung e Kagawa-Singer, 1993; Mollica et al., 1998a, 1998b; Rasmussen et al. 2007; Turner et al., 2003), coerentemente con quanto si sa a proposito della maggior vulnerabilità ai traumi di chi è stato già traumatizzato (Breslau and Kessler, 2001; Kessler et al, 1995). Nei gruppi di rifugiati da zone di guerra le percentuali di esposizione multipla a questi eventi sono elevatissime (Turner et al., 2003).

I rifugiati possono dunque soffrire di caratteristiche individuali pesantemente deficitarie al momento dell'arrivo in terra di immigrazione, e essere quindi privi di questo basilare fattore di resilienza.

### *Progetto migratorio*

Si è già detto in precedenza del valore del progetto migratorio come fattore di resilienza, e di come proprio la sua mancanza in alcuni gruppi (minori, rifugiati) o individui possa rivelarsi un decisivo fattore di vulnerabilità. Il progetto però può anche essere esistito in partenza ed essere fallito (o minacciato di fallimento) perché era scarsamente realistico, o poco flessibile, o perché qualche vicissitudine (una malattia, ad esempio) ne ha reso impossibile la realizzazione.

Nelle strategie terapeutiche con gli immigrati talora è necessario programmare una vera e propria “terapia del progetto” che consenta di lavorare per ricostituire questo fondamentale elemento di resilienza.

Un aspetto chiave nella “psicoterapia del progetto” è la ricognizione dei diversi aspetti di cui è costituito. Mentre infatti quasi tutti gli immigrati sono consapevoli della motivazione di tipo economico (trovare un buon lavoro, guadagnare bene) non sempre lo sono altrettanto di altre componenti meno evidenti (rifarsi una vita dopo un fallimento matrimoniale, sperimentarsi in un nuovo contesto, desiderio di viaggiare e conoscere il mondo, liberarsi da relazioni familiari difficili, vivere in un contesto di libertà civili e democratiche) che hanno altrettanto bisogno di venire comprese ed elaborate.

Con i rifugiati la questione del progetto appare particolarmente delicata. Nella maggior parte dei casi un progetto migratorio in senso stretto non esiste. O meglio, esso si è realizzato nel momento in cui si è lasciato il proprio paese: il progetto era salvarsi la vita. Esistono però, e sono di frequente nascoste o inconsce, fantasie sul futuro di improbabile realizzazione e che servono sostanzialmente a mantenere il soggetto bloccato. Esse sono sia di tipo sociale (la fantasia che le condizioni del loro paese cambino radicalmente e che tutto torni come prima, ad esempio) sia personale, come l’aspettativa di tornare esattamente quelli di prima del trauma o della fuga.

Atteggiamenti simili sono stati descritti da Jim Allen (2006) tra i sopravvissuti all’attentato a Oklahoma City del 1995: aspettative irrealistiche tendono ad agganciare le persone in ruoli psicologici e sociali bloccati e a ostacolare i processi di resilienza.

#### *Altri fattori*

Tra i fattori di rischio ve ne sono alcuni che esercitano la loro azione indirettamente, minacciando la riuscita del progetto migratorio, altri come specifiche *noxae* patogene.

Lo stress da transculturazione, qualcosa di simile a ciò che gli antropologi chiamano *shock culturale* o *acculturation stress* (Jamil et al., 2007), è l’insieme di eventi traumatici che si accompagnano all’impianto nel paese ospite.

Con il termine stress da transculturazione definiamo in modo complessivo l’insieme di fenomeni che interessano il migrante nel suo passaggio da una terra a un’altra. La complessità di stimoli è tale che non può venire sistematizzata in ogni sua parte. Possiamo però qui segnalare alcuni aspetti che possono concorrere a formarla: la lingua locale, spesso incomprensibile all’inizio, che richiede tempo per essere appresa e da cui però dipende la sopravvivenza dell’immigrato fin dai primi giorni; il complesso delle comunicazioni non verbali e la prossemica, talora ancora più difficili da decrittare e apprendere che la lingua; la percezione di avere un corpo straniero, cioè di portare tratti somatici che indicano immediatamente un’appartenenza estranea, che possono essere bersaglio di atteggiamenti razzisti o comunque emarginanti e che possono dare ragione di alcuni frequenti disturbi psicosomatici come il *prurito sine materia* (Mazzetti, 1996, 2003); la crisi etica determinata dall’osservare un sovvertimento nei costumi che può essere fonte di confusione negli immigrati: si pensi ad esempio l’effetto che può avere, in chi proviene da luoghi in cui le donne sono velate integralmente, trovarsi in una città del mondo occidentale in una giornata estiva.

La distanza geografica dal paese d’origine e, soprattutto, la distanza culturale sembrano essere particolarmente rilevanti nel determinare l’intensità dello stress da transcultu-

razione (Kinzie, 2006): il passaggio, ad esempio, da società socio-centriche (cioè strutturate in modo che la propria identità sia determinata soprattutto dal senso di appartenenza a un certo gruppo) a culture ego-centriche, tipiche delle società occidentali, a impronta fortemente individualistica, oppure da un ambiente rurale a un contesto urbano.

Un altro elemento chiave è la perdita di status sociale. L'effetto patogeno di questa situazione è, in particolare tra i rifugiati, la regola: molti di essi lasciano nei paesi d'origine alti standard di vita e occupazionali (professionisti della salute, insegnanti, giornalisti, uomini politici eccetera: Sinnerbrink et al., 1997), ed è difficile che riescano a far riconoscere le loro qualifiche nei paesi in cui sono ospiti (Burnett e Peel, 2001a, 2001b). La loro salute mentale è quindi messa a rischio dall'unione di esperienze passate e presenti: ai traumi subiti nei paesi di origine si sommano la perdita di identità e di status, a volte anche ulteriori violenze, razzismo e discriminazione (Levenson e Coker, 1999). La povertà, inoltre, il cui effetto negativo sulla salute fisica e mentale è ben documentato, è una condizione molto probabile per i rifugiati (Connelly e Schweiger, 2000).

In questa popolazione sono la regola anche le perdite e i lutti (di persone fisiche, spesso, e sempre della propria terra e del proprio mondo socio-affettivo: Mazzetti, 1999).

Il supporto sociale spesso manca, perché con frequenza il rifugiato arriva solo, in modo casuale, in un paese non scelto: questa è la situazione che osserviamo più comunemente in Italia. Anche qualora il richiedente asilo, come nel caso di fughe all'interno di un paese, o in paesi vicini, si muova in gruppo, le persone con cui fugge possono non essere in grado di offrirgli supporto sociale, perché anch'esse traumatizzate e sofferenti. In uno studio su rifugiati iracheni, le variabili sociali durante l'esilio, in particolare la presenza di supporto socio-affettivo, si sono rivelati così importanti nel determinare la severità della sintomatologia psichiatrica da essere addirittura più rilevanti dei traumi subiti nel paese d'origine (Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998). Una variabile che si è rivelata fondamentale per lo sviluppo di psicopatologia è la separazione dalla famiglia (Bean et al., 2007, Schweitzer et al., 2006, Turner et al., 2003), non a caso condizioni abitative difficili e isolamento sociale sono stati associati a maggiori livelli di depressione (Van Velsen et al., 1996).

Il rifugiato si configura, quindi, come un immigrato in cui i fattori di vulnerabilità sopravanzano ampiamente quelli di resilienza. In queste condizioni, la migrazione può agire (e molto spesso agisce, nella nostra esperienza) come un potente agente ritraumatizzante.

## Elementi della presentazione clinica

La psicotraumatologia costituisce una sorta di *experimentum naturae* che mette in evidenza come cognizioni negative su di sé, quelle che in analisi transazionale sono chiamate convinzioni di copione, possano strutturarsi nella personalità anche ben più tardi della prima infanzia, purché le condizioni siano tali da determinare un forte coinvolgimento emotivo, e suscitare la necessità di una nuova risoluzione intrapsichica per sopravvivere in una situazione critica. Si tratta quindi di una sorta di dimostrazione sul campo di quanto affermava Cornell (1988, pag. 281): "rilevanti decisioni di copione possono essere prese in ogni momento della vita".

Vern Masse (1995), discutendo del trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress,

propone in questo modo lo stabilirsi di nuove decisioni di copione: "In reazione a un trauma estremo (...), un soggetto può regredire spontaneamente a una fase precoce dell'età evolutiva, e prendere nuove decisioni riguardo sé, gli altri e il mondo" (p. 356).

Forse, anche senza necessariamente pensare a regressioni a fasi precoci, possiamo ipotizzare l'azione di eventi che impressionano significativamente le strutture neurologiche deputate alla memoria implicita (che sono, in effetti, quelle più attive nelle prime fasi della vita).

In base alla nostra esperienza, l'impatto con un evento traumatico del tutto fuori dalle possibilità di gestione dell'individuo, induce in quest'ultimo una sensazione di profonda insicurezza che si traduce nella convinzione di non potersi fidare: la persona sente, in primo luogo, di non potersi fidare delle proprie capacità di gestione della realtà; si tratta, quindi, di una sfiducia rivolta innanzi tutto verso se stesso, che comporta elevati livelli di ansia. Inoltre, quando l'evento traumatico, anziché a cause naturali, è dovuto alla crudeltà di altri esseri umani (come è quasi la regola nel caso dei rifugiati), si traduce anche in una generalizzata sfiducia nei confronti dell'umanità.

Queste considerazioni sembrano essere il presupposto teorico per spiegare i quadri clinici simil-paranoidei cui abbiamo accennato in precedenza, e che talora incontriamo nei pazienti vittime di violenza. In base alla nostra esperienza i paranoici sono, prima ancora che persone che diffidano degli altri, soggetti che non si fidano di sé, della propria capacità di proteggersi e di discriminare tra gli altri chi siano le persone pericolose e chi no. Questa profonda sfiducia personale è proprio anche ciò che a volte le violenze inducono nelle vittime: uno degli scopi della tortura è dare al torturato il senso di non potersi proteggere in alcun modo, di perdere il controllo su di sé, sul proprio corpo, finanche sul proprio pensiero, e un atteggiamento di timore diffuso e profonda diffidenza verso gli altri ne è una conseguenza comprensibile.

Un altro effetto comune nelle vittime è il danno alle capacità cognitive: i pazienti smettono di pensare efficacemente, di discriminare, di riconoscere le proprie emozioni, e si sentono nell'impossibilità di collocarle in un significato cognitivamente appropriato. La vera sfida per i soggetti traumatizzati sembra essere quella di riuscire a ricostruire un senso compiuto all'esperienza che hanno vissuto: come sostiene Stuthridge (2006), è fondamentale sviluppare una narrazione coerente di quanto è avvenuto per guarire dal trauma.

Anche in base alla nostra esperienza, la guarigione dalla patologia post traumatica è una strada da percorrere essenzialmente a livello cognitivo: riuscire a dare un senso nuovo e coerente a quanto è avvenuto, al comportamento dei persecutori, ai propri stessi comportamenti sembra essere la via maestra. Le emozioni in questa prospettiva vanno comprese, spiegate, fornite di senso, più che rivissute; questa strategia, tra l'altro, consente di attivare minori resistenze.

Le resistenze sono spesso espresse anche da un atteggiamento comune in questi pazienti: l'impegno a combattere le proprie emozioni e i propri ricordi, in un dialogo interno che sembra incessantemente declinato come "combatti con tutte le tue forze contro quello che provi", "sforzati in tutti i modi di tenere a bada le tue emozioni".

Questa violenta lotta contro se stessi è quella che assorbe gran parte delle energie di chi soffre di PTSD e di altre patologie post-traumatiche, tanto da lasciarne poche disponibili per avviare il processo di guarigione. Il paziente combatte contro i suoi ricordi, con-

tro le sue emozioni, e proprio così facendo li carica di nuova energia. È quanto avviene comprimendo una molla: se ne aumenta la forza propulsiva. È qui che è utile agire per prendersi cura di queste persone; bisogna lasciare scaricare la molla della sua energia, in primo luogo legittimando il malessere come reazione "normale" a un evento anormale, e poi dando parole al dolore, fornendolo di senso, perché la vita psichica della persona possa riprendere in pieno.

Questa situazione raggiunge la sua massima gravità negli esiti di tortura.

La tortura "scientifica", che si è andata diffondendo nel XX secolo, in specie dopo la seconda guerra mondiale e quando le prime evidenze in psicologia sperimentale ne hanno offerto le basi scientifiche, mira sostanzialmente a ottenere tre cose:

1. Distruggere la fiducia dell'individuo in se stesso;
2. Distruggere la fiducia dell'individuo negli altri esseri umani;
3. Convincerlo della sua indegnità ad esistere.

La tortura mira a ripetere in modo ossessivo eventi traumatici in modo da portare questa situazione a livelli intollerabili e autorinforzantesi. Lo scopo finale della tortura è infatti quello di stabilire un processo in grado di automantenersi, in modo che l'individuo, una volta liberato fisicamente dai torturatori, continui il processo di auto-tortura a livello intrapsichico.

Il primo passo è quello di consolidare una situazione di totale impotenza. In molti casi il primo passo di una tortura è arrestare una persona, chiuderla in isolamento, e "dimenticarla" lì, magari al buio. L'individuo rimane ore, giorni, senza alcuno stimolo esterno, a tormentarsi su quanto potrà accadergli, in una condizione di impotenza assoluta.

A questa fase più o meno lunga seguono le violenze fisiche. Il senso di impotenza è dato dalla percezione del proprio corpo abbandonato senza possibilità di difesa nelle mani dei carnefici, in modo da portare la vittima alla sensazione di avere perduto il controllo su se stessa. Molto spesso la violenza è scollegata dall'obiettivo di estorcere informazioni: come conseguenza l'individuo non può influire su quello che gli sta avvenendo nemmeno confessando al fine di interrompere le brutalità. Egli è, semplicemente, un corpo gettato nelle mani dei carnefici che ne dispongono a volontà.

Oltre alla sensazione di avere perso il controllo sul proprio corpo, primo passo per indurre la perdita di fiducia in sé, gli aguzzini mirano a infondere nella vittima la convinzione di non potere nemmeno controllare più il proprio pensiero. I metodi con cui questo obiettivo viene ottenuto sono diversi; uno dei più praticati è quello della privazione del sonno, a cui si aggiungono stimolazioni sensoriali bizzarre e illogiche. Testimonianze dalla ex-Iugoslavia parlano di vittime appese al palo nella posizione del *poulet rôti* (polsi legati alle caviglie, e appesi per quelle parti del corpo) cui, negli intervalli tra una sessione e l'altra di violenza fisica, venivano proiettate immagini bizzarre, oppure erano circondate da persone che le ignoravano, e facevano altro con la più grande disinvoltura, come se il torturato non esistesse (ad esempio, una coppia entrava e aveva un rapporto sessuale davanti a lui). Scopo di queste stimolazioni è, come si è detto, quello di portare l'individuo a credere di impazzire, di perdere il controllo della sua capacità cognitiva.

Frequenti sono anche le torture mirate a tenere prolungatamente l'individuo al confine tra la vita e la morte: tipiche sono, da questo punto di vista, le finte esecuzioni. La vittima è condotta davanti a un plotone di esecuzione (che magari ha appena giustiziato

davanti a lui un'altra persona), si compiono tutti i rituali, e poi gli incaricati sparano a salve, per, subito dopo, deridere e umiliare le reazioni emotive del torturato.

Oltre a queste procedure, efficaci soprattutto per distruggere la fiducia dell'individuo in se stesso e nell'umanità, ne esistono altre direttamente miranti a convincerlo della sua indegnità a vivere.

Per ottenere questi obiettivi una modalità classica è quella di indurre vissuti di auto-colpevolizzazione intollerabili, tipicamente mostrando alla vittima come, a causa sua, altre persone sono state rovinare. Il carnefice ottiene questo risultato facendo assistere la vittima alle torture di suoi amici, e convincendolo che è a causa sua che vengono torturati, oppure sottoponendo a violenze le persone più care, i familiari più stretti, sotto gli occhi della vittima.

Testimonianze in questo senso, frequenti nelle dittature latino-americane, sono venute in anni successivi dall'Irak o dall'Ex-Jugoslavia, dove a volte si costringeva il torturato a giustiziare con le sue mani parenti o amici. Il senso di colpa, di profonda indegnità che queste torture inducono, sono responsabili dei non rari casi di suicidio, anche a distanza di molti anni dall'evento traumatico. Mancano dati epidemiologici precisi (perché ciò che riguarda i sopravvissuti alle torture è nebuloso, oscuro: come abbiamo detto, è parte del quadro clinico il tentativo di nascondersi, di scomparire, di non cercare cure), tuttavia non sono pochi i casi di suicidio di cui vengono a conoscenza coloro che si occupano dei rifugiati.

L'aguzzino raggiunge il suo obiettivo quando il torturato, desolato sul piano psichico, ha ormai avviato un circolo vizioso di auto-punizione che garantisce che continuerà ad autoinfliggersi la condanna anche in futuro: a quel punto la vittima può venire liberata. Non è più in grado di nuocere al regime di turno: può ormai nuocere solo a se stesso e alla propria causa.

## Conclusioni

Per quanto le presentazioni cliniche dei nostri pazienti possano apparire drammatiche, e anche a prima vista scoraggianti, vale la pena di richiamare quanto detto all'inizio del capitolo: il concetto di crescita post-traumatica (o sviluppo post-traumatico) è ormai assai ben documentato in letteratura, e la nostra esperienza di psicoterapeuti ce lo conferma ogni giorno.

La sofferenza dei nostri pazienti non è solo una tragedia da alleviare, ma anche, soprattutto, un'opportunità da cogliere; l'intervento psichiatrico e psicoterapeutico non rientra in questi casi tra le cure palliative, ma legittimamente mira al successo pieno, a portare i nostri pazienti a una vita forse anche più ricca di prospettive esistenziali di quella precedente. Questo legittimo ottimismo è alla base degli interventi che verranno descritti nei capitoli seguenti.



---

# CAPITOLO 4

## Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza

Marco Mazzetti

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

### Il trauma e la migrazione

Anche se non sono molte le ricerche estensive sui fattori post-esilio in grado di influire sulla morbilità psichica dei rifugiati, esse sono comunque concordi (e con queste l'esperienza clinica quotidiana) nel sottolinearne l'impatto, accompagnate dall'osservazione che con frequenza il disagio e i sintomi psichiatrici dei rifugiati si aggravano dopo l'arrivo nei paesi ospiti.

Come si è detto nel capitolo precedente, un soggetto che abbia sofferto di traumi psichici verrà più facilmente traumatizzato se esposto nuovamente a *stressors*, con un processo di sommatoria del danno.

Il rifugiato traumatizzato, quindi, non è solo un soggetto più fragile in quanto migrante, perché in lui i fattori di vulnerabilità sono dominanti rispetto a quelli di resilienza, ma lo è anche nello specifico della psicotraumatologia, perché essendo già stato traumatizzato è particolarmente vulnerabile a nuovi traumi.

La migrazione agisce come evento ri-traumatizzante con tre modalità principali:

- Creazione di un contesto deculturizzante: lo stress da transculturazione agisce in modo più profondo e violento nel paziente che sta già soffrendo di una crisi della propria identità culturale, che è stato "deculturizzato" dalle violenze, dai sovvertimenti sociali e/o dalla tortura.
- Solitudine sociale: spesso il richiedente asilo viene alloggiato in luoghi in cui è riunito con altre persone solo in base al fatto di condividere con queste uno *status* giuridico, e si trova quindi a convivere con individui di cui non parla la lingua e non comprende le abitudini, il che accentua la sua percezione di isolamento e di estraniamento dall'ambiente circostante. Evento ritraumatizzante per chi ha perduto tutti i suoi contatti sociali, oltre che le relazioni affettive più intime.
- Esposizione a stimoli scatenanti: i primi contatti con la terra ospite avvengono spesso con militari o forze di polizia, e l'esposizione alle divise può essere, in soggetti con

aumentato arousal come è tipico del PTSD, uno stimolo ansiogeno violento, se hanno imparato a temerle per esserne stati perseguitati. Anche i centri in cui i richiedenti asilo sono ospitati, che a volte sono strutturati come luoghi di detenzione (ospiti reclusi, sbarre alle finestre), possono costituire una situazione ritraumatizzante per chi ha sperimentato la reclusione; in alcuni casi sono detenuti addirittura in carceri comuni (Silove et al., 2001). Per quanto confortevole possa essere il luogo della detenzione, le serrature chiuse, il rumore delle porte delle celle e le uniformi evocano memorie traumatiche potentissime (Burnett e Peel, 2001a).

Anche le procedure cui viene sottoposto il richiedente asilo (interrogatori ripetuti, spesso con un atteggiamento investigativo, di sfiducia nei suoi confronti) possono ripetere qualcosa di già vissuto, se ha subito detenzioni e interrogatori di polizia. Non va dimenticato che questi fatti si verificano in una situazione emotiva difficile, perché l'iter della richiesta di asilo è talora lungo e caratterizzato dal continuo terrore di essere rinviiati nel paese d'origine (Sinnerbrink et al., 1997).

Considerazioni analoghe valgono anche per procedure apparentemente innocue, come una visita medica: esporre il proprio corpo nudo in mezzo a persone vestite, essere manipolato da estranei può scatenare crisi d'ansia improvvise nelle vittime di tortura.

La mancanza di consapevolezza del rischio di ritraumatizzazione può portare al paradosso di interventi socio-riabilitativi che conseguono effetti opposti a quelli sperati: un rifugiato ha ottenuto una borsa-lavoro (programma di reinserimento lavorativo agevolato) in una cooperativa dove è stato adibito a lavori di manutenzione di un cimitero. Tra le sue mansioni c'era la riesumazione di resti per ricollocarli in sepolture più piccole. Era fuggito dal suo paese in guerra e sognava cadaveri quasi tutte le notti. Un lavoro del genere ottenne essenzialmente il risultato di aggravarne la sintomatologia.

La ripetizione dei traumi, dovuta al contesto deculturizzante, all'isolamento, alla minaccia di un rimpatrio forzato, e agli stimoli evocativi di un passato terrificante, come quelli che abbiamo descritto, aumenta il rischio di disturbi mentali gravi che inficiano le capacità di adattamento nei paesi ospiti e possono avere effetti disabilitanti a lungo termine.

## **Strategie di intervento**

Delineiamo qui strategie di accoglienza e di intervento specificatamente pensate per interventi di rete psico-sociali, basate su presupposti psicoterapeutici benché in larga parte messe in atto da diverse figure di operatori sociali.

Le strategie sono riassunte nella figura 3.

Come si vede, le strategie di igiene mentale dipendono solo in parte dal personale psichiatrico, e molto di più sono legate a interventi sociali adeguati. Consideriamo qui di seguito gli specifici punti.

### Strategie di intervento

- \* Scelta/preparazione del personale di accoglienza
- \* Luoghi di accoglienza adeguati
- \* Procedure per la concessione dell'asilo
  - chiare, comprensibili, accessibili e rapide
  - commissioni preparate sui problemi psichici dei richiedenti asilo
  - audizioni accompagnate
  - ricongiungimenti familiari agevolati
- \* Organizzazione di servizi specifici
  - promozione della socializzazione
  - sorveglianza sulle condizioni psichiche
- \* Costruzione di reti di servizi
- \* Interventi di protezione dell'identità culturale
- \* Offerta psicoterapeutica specializzata

**Figura 3:** strategie di intervento per l'accoglienza e la riabilitazione dei rifugiati

#### *Personale di accoglienza.*

È utile che il personale che opera nella prima accoglienza sia civile, evitando l'impiego di forze militari o di polizia; anche se queste ultime fossero (come a volte sono) ben addestrate al compito, come si è detto la loro stessa immagine può costituirsi come stimolo scatenante crisi d'ansia, soprattutto in pazienti con PTSD.

Il personale deve essere efficacemente formato, per gestire gli stimoli relazionali complessi che provengono dai richiedenti asilo. Ad esempio, crisi disforiche improvvise o contraddizioni nei racconti delle loro vicende non sono necessariamente segno di personalità aggressive o di tentativi di mentire, ma possono essere sintomi di specifica sofferenza psichica. A tutti deve essere offerto attivamente un counselling in grado di operare uno *screening* dei soggetti a rischio psicopatologico. L'offerta attiva è fondamentale, perché la rinuncia a chiedere aiuto è parte dei quadri clinici che abbiamo descritto.

Va anche attivamente offerta un'assistenza medica con personale specificatamente formato sul piano relazionale: come si è detto in precedenza, visitare un sopravvissuto a torture comporta rischi e richiede cautele particolari.

#### *Luoghi di accoglienza*

Oltre a possedere i requisiti igienici base, devono essere luoghi tranquilli, dove sia possibile avere spazi riservati, e dove il riposo sia facilitato. È esperienza comune di noi clinici quella di incontrare pazienti sofferenti per privazione del sonno: l'*arousal* aumentato determina continui risvegli o crisi d'ansia durante la notte. Ciò è ancora più frequente se i richiedenti asilo sono costretti a vivere in ambienti sovraffollati, in cui ci sono ripetuti stimoli rumorosi (persone che entrano e escono dalla stanza, porte che sbattono). Questi soggetti hanno bisogno di vivere in un ambiente che abbiano l'impressione di poter controllare. Ovviamente centri di pseudo-reclusione o carceri vanno evitati.

I paesi d'asilo devono impegnarsi a disegnare *procedure chiare, comprensibili, facilmente accessibili* e ragionevolmente rapide per il riconoscimento dello status di rifugiato; le procedure non debbono però essere *troppo* rapide: i richiedenti asilo devono poter avere il tempo di ricostruire la propria storia, di procurarsi eventuale documentazione, di orientarsi su come far valere i propri diritti e trovare assistenza legale appropriata. Un tempo ragionevole deve essere di qualche mese; audizioni che avvengono pochi giorni dopo lo sbarco sono inappropriate, perché non consentono un'adeguata preparazione, mentre attese che si prolungano hanno un effetto nocivo sulla salute mentale, mantenendo i richiedenti asilo in uno stato precario e incerto. Il personale delle commissioni che decidono sulla concessione dell'asilo deve essere addestrato in modo da comprendere le difficoltà del richiedente nel raccontare la sua storia: anche qui, le possibili contraddizioni di un racconto sono spesso il segno del disorientamento temporale di cui soffrono alcune vittime di violenza, e non di menzogne. Nella nostra esperienza non mancano richiedenti asilo, vittime di tortura particolarmente sofferenti, che si sono visti negare lo status di rifugiato perché incapaci di ricostruire con precisione la loro storia.

Dev'essere concesso ai richiedenti asilo di deporre davanti alle commissioni in compagnia di una persona di fiducia. Il peso dell'interrogatorio ne viene alleviato, le somiglianze con interrogatori di polizia senza tutele legali ridotte, è rinforzato il senso di sostegno sociale. È un principio garantito, sulla carta, ai richiedenti asilo definiti "vulnerabili", cioè con qualche tipo di sofferenza psichica, ma non di rado è un diritto che sulla carta rimane.

Le pratiche per eventuali ricongiungimenti familiari devono seguire percorsi privilegiati in grado di renderle il più rapido possibile. Anche questo è un diritto teoricamente garantito, ma chi lavora con i rifugiati sa bene quanto sia difficile farlo valere. Produrre l'evidenza dei legami di parentela è spesso un'impresa impossibile per chi fugge da paesi in guerra, dove le anagrafi non funzionano o non esistono; alcuni nostri assistiti somali, eritrei e afgani si sono visti chiedere il test del DNA per dimostrare che i figli in patria erano veramente figli loro. Quanto sia facile riuscire a eseguire questi test in certi paesi, è facile da intuire.

Ai richiedenti asilo deve essere fornita, fin dall'inizio dell'iter burocratico, l'informazione riguardo all'opportunità di farsi accompagnare da certificazioni mediche o psichiatriche al momento dell'audizione presso le commissioni, e alle modalità per ottenerle.

### *Servizi specifici.*

I programmi per l'assistenza ai rifugiati devono prevedere personale sociale e sanitario specificatamente formato e i servizi devono essere forniti con modalità attive, per le ragioni già dette.

Il primo obiettivo di questi servizi è quello di promuovere una socializzazione protetta per il rifugiato. Può essere raggiunto con modalità differenti: gruppi di discussione che abbiano lo scopo di aiutare la persona a integrarsi nel paese ospite e a raccogliere le informazioni necessarie (il fatto di svolgere queste attività collettivamente aiuta a condividere le esperienze a dare il senso di essere parte di una collettività), eventuali attività di gruppo come l'arteterapia o simili che aiutino a dare un senso alle esperienze passate, corsi di lingua tenuti da personale capace di comprendere le difficoltà di apprendimento, spesso presenti a causa della sofferenza psichica. In tutte queste attività è necessario

informare continuamente il rifugiato del fatto che le sue eventuali difficoltà sono reazioni normali a esperienze anormali, e non segno di sue debolezze.

È necessaria una sorveglianza continua delle condizioni di salute psichica dei rifugiati in modo da indirizzare con la massima tempestività possibile le persone che ne hanno bisogno alle cure specialistiche.

#### *Creazione di reti di servizi.*

Il rifugiato ha spesso necessità di molti servizi diversi: assistenza medica, psicologica, sociale, legale, corsi di istruzione, accompagnamento al lavoro, ricerca di un'abitazione. È necessario che i servizi che se ne occupano siano costituiti in una rete in grado di agevolare i percorsi: oltre ai risultati pratici che questo comporta, vi è anche un vantaggio ulteriore per la salute psichica, perché una rete di questo tipo, composta da personale preparato, contribuisce a rompere l'isolamento sociale del rifugiato. La soluzione ottimale è che ci sia una figura professionale di riferimento (assistente sociale o altro) in grado di fare da ponte tra i vari servizi e che accompagni la persona lungo i suoi percorsi. Incontri periodici tra tutte queste figure e il rifugiato gli danno il senso di un gruppo che si cura di lui, cui egli è affiliato come a una nuova famiglia, offrendogli un luogo metaforico di nuova appartenenza.

#### *Protezione dell'identità culturale.*

Quando le condizioni sociali e politiche del paese ospite, di quello di origine e le condizioni di salute dell'individuo lo consentono, può essere utile promuovere occasioni di incontro tra connazionali, con lo scopo di rafforzare o ricostruire un senso di appartenenza comunitaria, e di aiutare il rifugiato a non percepirsi come un "caso patologico" e isolato, ma come una persona il cui destino ha numerosi punti di condivisione con altri, con i quali può sviluppare reti di solidarietà. Feste, attività culturali, preferibilmente a gruppi non troppo numerosi, magari con il sostegno dei paesi di origine se mutate condizioni politiche lo consentono, possono fornire aiuti preziosi, soprattutto in previsione di un possibile rimpatrio. Occorre tuttavia molta prudenza e distinguere caso da caso: a volte le condizioni di salute psichica sono tali che il paziente teme le persone del proprio paese come potenziali nemici o alleati dei suoi persecutori, ed eventuali rifiuti a partecipare a questo genere di iniziative vanno rispettati e compresi.

#### *Offerta psicoterapeutica specializzata.*

L'offerta di assistenza psicoterapeutica necessita non solo di specialisti esperti in campo psicotraumatologico, ma anche di persone con competenze specifiche nel settore della violenza intenzionale. Trattare una vittima di torture è diverso dalla riabilitazione di una persona dopo un incidente stradale o un terremoto. L'intenzionalità dell'atto, come abbiamo visto e come vedremo nei capitoli seguenti, ha conseguenze specifiche sia sulla psicodinamica della sofferenza che sul complesso del quadro clinico, e richiede interventi mirati. È necessario che queste competenze diventino diffuse nel servizio sanitario nazionale italiano. Il numero di rifugiati potenzialmente affetti da sintomi di psicotraumatologia nel nostro paese si conta sicuramente in alcune decine di migliaia, e va considerato quindi una questione di salute pubblica; non possono essere solo piccoli centri dedicati a occuparsene. Per il futuro di questi pazienti, un impegno appropriato dei nostri servizi pubblici sembra indispensabile.

## Conclusioni

L'approccio alla migrazione come a un evento traumatico consente, ragionando in termini di resilienza e di vulnerabilità, di offrire strategie per la gestione clinica dei pazienti stranieri.

Esso ci fornisce in particolare un modello per comprendere le modalità di ritraumatizzazione dei rifugiati nella terra d'asilo e quindi per progettare specifici interventi di tutela. Ma i vantaggi di un modo di pensare e di operare ampio, che esca dai nostri studi professionali, mirato a costruire reti integrate di aiuto psico-sociale non si ferma all'auspicato beneficio per i nostri pazienti.

Uno dei paradossi della cura dei rifugiati traumatizzati è che curarli fa bene alla società che li accoglie, non solo perché si riabilitano persone che altrimenti sarebbero un peso da sopportare per il corpo sociale, ma anche perché le reti che si possono costruire intorno ai rifugiati bisognosi costituiscono esempi virtuosi che vengono estesi anche a altri settori dell'intervento sociale.

La piacevole sorpresa che ci può capitare di incontrare, nel creare percorsi integrati di questo tipo, è che non solo riusciamo a curare persone che fino a non molti anni fa sembravano incurabili, ma anche che così facendo curiamo la nostra stessa società.

---

# CAPITOLO 5

## L'accoglienza del paziente

Estela Teresa Camillo da Silva, Rosanna Di Giulio

*Io vedo che, quando allargo le braccia, i muri cadono.  
Accoglienza vuol dire costruire dei ponti e non dei muri.*

Don Andrea Gallo

### Accogliere persone

Come abbiamo già sinteticamente detto nel secondo capitolo, l'Area sanitaria della Caritas di Roma fin dal 1983 è impegnata nella tutela sanitaria delle persone più deboli della nostra società, in particolare gli immigrati in condizioni di marginalità giuridica e sociale, i rom e i senza dimora.

Il suo stile di lavoro è caratterizzato da quattro ambiti d'azione:

- Il primo ambito è quello *assistenziale*: rispondere concretamente a un bisogno di salute, non sostituendosi a ciò che è garantito dallo Stato ma integrando le riposte e intercettando i bisogni di chi si trova al margine del sistema;

- Il secondo ambito è quello della *conoscenza*: non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa. Attraverso ricerche, approfondimenti e studi si analizza ciò che sottende a disuguaglianze e ingiustizie, sperimentando anche percorsi teorico-pratici di inclusione sanitaria.

- Il terzo ambito è quello *formativo*: condividere e diffondere le osservazioni che provengono dalla ricerca, le informazioni e le riflessioni è forse il modo più efficace per promuovere una cultura d'accoglienza. È l'occasione per fare di un'esperienza assistenziale un percorso di crescita continua, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone e non con le singole malattie, per capire i punti critici del sistema e avviare interventi migliorativi.

- Ultimo ambito è quello dell'*impegno per i diritti* di tutti e in particolare dei soggetti più deboli: i tre ambiti precedenti si sintetizzano nell'attività di *advocacy* per promuovere politiche virtuose.

Il progetto *Ferite invisibili* si colloca in questa prospettiva, con l'ascolto e la cura di persone vittime di tortura e di violenza intenzionale, l'attività di ricerca scientifica collegata, la formazione specializzata e l'impegno per riconoscere dignità, rispetto e diritti legali per questa popolazione.

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, sulla base della nostra esperienza clinica, delle nostre ricerche e della letteratura scientifica, consideriamo la condizione migratoria come una possibile situazione di rischio psicopatologico in sé, per cui necessita di

politiche sociali volte a favorire l'integrazione e di politiche sanitarie rivolte a tutti i migranti indipendentemente dallo status e dai motivi dell'emigrazione.

Negli immigrati che hanno subito oppressioni, torture e altre forme di violenza organizzata si evidenzia un'alta morbilità psichiatrica a lungo termine, anche dopo molti anni (Steel et al., 2002), e in questi casi, come abbiamo visto, la migrazione può agire come evento ri-traumatizzante per chi ha subito tortura, poiché nel paese in cui approda può rivivere esperienze molto dolorose. I centri in cui i richiedenti asilo sono ospitati a volte sono strutturati come luoghi di detenzione (ospiti reclusi, sbarre alle finestre), e possono costituire una situazione ri-traumatizzante per chi ha sperimentato la reclusione.

Per questo motivo è di fondamentale importanza sensibilizzare e informare gli altri operatori, siano essi sanitari o sociali, sul come approcciarsi alla vittima di tortura. Relazionarsi con un sopravvissuto a tortura comporta rischi e richiede cautele particolari, sia dal punto di vista dell'assistito che da quello dell'operatore, esposto al rischio di traumatizzazione secondaria.

La riflessione sulla nostra esperienza ci ha portato a evidenziare l'importanza della strategia di accoglienza nella presa in carico globale della persona.

Riteniamo che l'accoglienza del paziente, fin dal primo contatto con i nostri servizi, sia un aspetto fondamentale del processo di cura, perché la storia di ogni persona non è solo la storia della sua malattia. Accogliere bene è già curare.

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

Quindi i due elementi fondamentali che creano una buona accoglienza riguardano l'ambiente e la relazione.

### L'Ambiente

**Accogliente:** pulito, ben arredato, "caldo"

**Rassicurante:** atmosfera domestica, niente personale in divisa

**Controllabile:** porte aperte/apribili, ambienti visitabili, accesso a toilette, possibilità di rinfrescarsi, di bere

**Riservato:** garantire su segreto e riservatezza

**Di facile accesso:** a "bassa soglia", formalità ridotte al minimo

Figura 4

La struttura che ospita il Progetto possiede i requisiti igienici di base ma deve anche apparire come luogo "tranquillo", rassicurante, che l'ospite abbia la possibilità di controllare, e con il personale senza "divise", quindi nemmeno camici bianchi. A nostro avviso l'assenza di camici implica anche una "non medicalizzazione" della situazione, e vuole offrire una apertura verso l'esterno per favorire l'integrazione.

Inoltre ci sono testimonianze del fatto che a volte, purtroppo, anche personale sanitario (medici, infermieri) hanno preso parte alle violenze, o somministrando torture farmacologiche, o rianimando le vittime dopo le sedute di tortura, per rimetterle nelle mani dei perpetratori. Per questa ragione pensiamo che soprattutto le attività di prima accoglienza dovrebbero essere svolte da persone senza divisa, vestite in abiti civili; questa scelta può costituire per i nostri pazienti un primo momento di rassicurazione.

Il luogo dove avvengono le sedute di psicoterapia, la sala d'attesa e gli altri spazi devono essere puliti, ben arredati, accoglienti, rassicuranti, con un'atmosfera domestica e familiare.

Queste persone hanno bisogno di stare in un ambiente che abbiano l'impressione di poter controllare e quindi è bene che le porte siano aperte/apribili e al primo incontro è importante presentare loro gli spazi dell'ambiente, indicare dov'è l'accesso alla toilette, dove possono rinfrescarsi, oppure bere qualcosa.

Per tutti, ma soprattutto per chi ha vissuto un'esperienza traumatica di reclusione forzata, oppure di coercizione, è utile e curativo potersi sentire libero di muoversi in un ambiente nuovo. L'atmosfera familiare favorisce il sentirsi a proprio agio.

Qualche volta, per vari motivi, non ci è stato possibile presentare la struttura al paziente che arrivava per la prima volta. Ci siamo accorti allora che queste persone avevano scatti emotivi, ossia si spaventavano quando sentivano aprirsi la porta di una delle stanze, quando suonava il telefono, o quando entrava un altro paziente. Non conoscendo ancora l'equipe e non conoscendo gli spazi, questi semplici movimenti, per noi quotidiani, attivavano in loro una sorta di paura e di diffidenza, che si esprimeva con momenti di ansia intensi, tipici dell'*iperarousal* delle persone traumatizzate.

Spesso, non capendo bene la lingua italiana, non riescono a cogliere cosa stia succedendo tra noi e attorno a loro. Così, più che alle parole, che ancora non capiscono, sono attenti e osservano i nostri movimenti, le nostre espressioni. Il linguaggio non verbale in questi momenti riesce spesso a essere rassicurante. Per questo è importante porre particolare attenzione alla nostra comunicazione non verbale.

Luoghi con troppi stimoli rumorosi, oppure dei rumori forti, irritano facilmente queste persone, perché, come abbiamo detto, hanno un alto livello di *arousal*, ossia un'alta attivazione emotiva, e alcuni rumori possono rievocare momenti del trauma vissuto. Per esempio il rumore di una porta che si apre, nella loro memoria implicita, potrebbe richiamare il rumore della loro cella quando veniva aperta, perché andavano a prenderli per torturarli; e quindi possono presentare una forte reazione emotiva.

È importante dunque creare delle condizioni di tranquillità e luoghi studiati in modo che possano essere percepiti come rassicuranti, controllabili, con persone accoglienti.

Come si è detto in precedenza, molti nostri assistiti hanno avuto esperienze traumatiche con membri della polizia, o dell'esercito, e sono intimoriti dalle divise: in un'occasione erano presenti nella nostra sala d'attesa tre minorenni provenienti dalla Costa D'Avorio; erano arrivati insieme, accompagnati dall'educatore, perché erano alloggiati nella stessa casa famiglia. A un certo punto sono entrate nel nostro servizio due persone in divisa appartenenti al Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, che volevano semplicemente fare una donazione di alcuni farmaci alla Caritas. Non appena i ragazzini li hanno visti entrare, si sono messi subito seduti uno vicino all'altro, e uno di loro, quello che capiva un po' d'italiano, con gli occhi spalancati e pieni di paura, fissava i soldati e il persona-

le dell'accoglienza, cercando di cogliere il senso di ciò che stava accadendo. Gli altri due ragazzini, anch'essi impauriti, sono rimasti tutto il tempo con la testa verso il basso, immobili. In questo momento ci siamo suddivisi; mentre uno di noi accoglieva i soldati aiutandoli a portare a compimento ciò per cui erano venuti, l'altro si è avvicinato ai ragazzi per spiegare che potevano stare tranquilli perché quelle persone erano venute con uno scopo preciso: fare una donazione, e loro non c'entravano. Si sono un po' tranquillizzati, ma lo stesso sono rimasti sempre insieme, abbracciati, finché i soldati non sono andati via.

Qualche volta ci è capitato che alcuni pazienti arrivassero molto prima dell'appuntamento fissato e si mettessero ad aspettare in sala d'attesa, in un ambiente accogliente e tranquillo. Quando ci accorgiamo che la persona è stanca, non la coinvolgiamo in troppe conversazioni, ma cerchiamo di lasciarla tranquilla; spesso capita che, dopo pochi minuti, si addormenti profondamente sulla sedia. Ci sembra, a volte, che vengano con tanto anticipo proprio per avere tempo di fermarsi in un luogo che percepiscono come sicuro, accogliente, e poter riposare tranquillamente.

Il servizio deve essere di facile accesso ossia a "bassa soglia", in cui le formalità e i passaggi burocratici vengano ridotti al minimo.

Per creare un ambiente affidabile è necessario sempre rispettare gli orari e gli impegni presi con il paziente e, laddove necessario, chiedere il suo consenso per qualsiasi cosa (se è d'accordo, se approva, se autorizza), anche per chiamarlo al telefono e altre piccole cose. Crediamo sia molto importante costruire, ma anche mantenere la relazione di fiducia, in quanto questo migliora la *compliance* del paziente e diminuisce sensibilmente il rischio di ritraumatizzazione.

Il personale deve essere efficacemente formato per gestire gli stimoli relazionali complessi che provengono da coloro che accedono al servizio. Ad esempio, atteggiamenti aggressivi, crisi di rabbia possono sempre accadere: la relazione con il paziente deve quindi essere "resiliente", capace di tollerare attacchi e frustrazioni, e allo stesso tempo molto accogliente, ossia ricca di comprensione, empatia, delicatezza e offrendo disponibilità di tempo. Occorre offrire supporto e incoraggiamento al paziente, senza paternalismi, ma in un rapporto paritario.

Un ragazzo ivoriano, minorenni, sapendo che la nostra porta era aperta, un giorno è venuto senza appuntamento ed è entrato velocemente. Si è messo subito in sala d'attesa, ma seduto su una scrivania, e parlava velocemente, senza interruzioni, nella sua lingua. Pian piano si è calmato, e allora ha cominciato a parlare anche in italiano e abbiamo finalmente capito che la sua audizione in commissione era stata molto faticosa e difficile per lui, perché era durata più di quattro ore. Arrivava direttamente dalla Questura, carico di tutta quella tensione e preoccupazione, e ha voluto anche scrivere ciò per cui si sentiva così agitato; dopo circa un'ora è andato via sereno, avendo parlato solo con il personale dell'accoglienza: questo è un esempio di come noi consideriamo ogni aspetto del servizio un elemento terapeutico, non solo la seduta psicoterapeutica in senso stretto.

Dobbiamo ricordarci che abbiamo a che fare con persone che, spesso da un momento all'altro, vengono costrette dalla violenza, dalla persecuzione, dagli orrori della guerra, dalla fame, dallo sfruttamento, a lasciare tutto ciò che hanno (i propri cari, la casa, il lavoro, gli averi eccetera) e a scappare, fuggire, senza nemmeno il tempo di poter costruirsi un progetto migratorio. Partono verso una meta finale che spesso ignorano, un paese

che il più delle volte non conoscono e dal quale non sanno nemmeno se saranno accolti o respinti. E portano anche il carico delle situazioni di estrema violenza di cui sono state vittime.

I richiedenti asilo e i rifugiati, tra le varie vicissitudini e difficoltà che devono superare, sono continuamente costretti a mettere alla prova il proprio coraggio e dimostrano di avere una straordinaria forza d'animo.

Le vittime di violenza e torture possono avere le loro capacità di concentrazione e di attenzione compromesse. Se consideriamo che sono anche straniere, possiamo capire che il rischio di fraintendimenti possa essere molto alto. Per questo ci sembra molto importante dedicare del tempo alla persona, spiegando ogni passaggio, dando le informazioni di cui ha bisogno, assicurandoci che abbia capito, lasciando spazio affinché possa farci ancora domande se lo desidera, chiederci ulteriori chiarimenti.

Al momento di compilare la cartella clinica è necessario informare i nostri pazienti che sono liberi di rispondere o no alle domande, che possono chiedere spiegazioni, possono alzarsi o persino abbandonare quell'impegno in qualsiasi momento. Devono assolutamente avere la sensazione di sentirsi libere, e essere libere davvero. Nella nostra esperienza questa iniziale procedura mette a proprio agio le vittime favorendo la fiducia.

### La Relazione

**Affidabile:** rispetto di orari e impegni

**Leale, trasparente:** alto rischio di fraintendimenti: garantire sulla riservatezza, spiegare ogni passaggio, rivelare i propri pensieri e le motivazioni; rassicurare sulla possibilità di interrompere quando si vuole, attenzione a "interrogatori"

Ottenimento del consenso

**Accogliente:** comprensione, empatia, delicatezza, disponibilità di tempo

**Figura 5**

Qualche volta abbiamo avuto difficoltà con alcuni pazienti riguardo all'assunzione della terapia farmacologica prescritta; le vittime di violenza intenzionale e tortura possono presentarsi molto confuse, con la capacità di memoria compromessa e anche una scarsa nozione del tempo, tutto questo può incidere negativamente sull'assunzione dei farmaci perché li dimenticano facilmente.

Abbiamo avuto un paziente afgano, 24 anni, che si trovava in un grande centro di accoglienza dove non era contemplata la somministrazione dei farmaci da parte del personale ed era stato molto difficile per noi trovare un modo per aiutarlo a ricordarsi di assumere gli psicofarmaci prescritti dallo psichiatra. Abbiamo confezionato delle bustine di carta contenenti i farmaci e che riportavano scritto esternamente il giorno e l'orario in cui dovevano essere assunte. Sono state assemblate con un elastico e disposte in ordine cronologico. Così preparata, consegnavamo la terapia settimanalmente al ragazzo che la

portava al centro di accoglienza dove viveva e la consegnava all'operatore, il quale doveva semplicemente staccare ogni giorno la busta del mattino e consegnarla al paziente, e così via per le successive somministrazioni. Il ragazzo in questo modo ha raggiunto un'ottima *compliance*, nonostante i gravi sintomi di PTSD e il suo disorientamento. Con il passar del tempo, riuscendo finalmente ad assumere correttamente la terapia farmacologica prescritta e presentandosi ai controlli farmacologici con regolarità, ha potuto anche giovarsi molto bene della psicoterapia e si è ripreso molto bene; ha potuto studiare l'italiano, e ha cominciato a lavorare come meccanico.

Gli episodi di dissociazione sono abbastanza frequenti nelle vittime di violenza e qualche volta, se avvengono durante la seduta di psicoterapia, può capitare che gli specialisti scelgano di uscire dalla stanza con il paziente, per cambiare ambiente, e si rechino in sala d'attesa. Spesso è utile, per aiutare la persona a ritornare alla realtà, parlare di altre cose come ad esempio quali autobus utilizza per venire, quale percorso preferisce per andare e venire dal suo centro; può essere utile anche offrirgli qualcosa da bere o da mangiare.

## Conclusione

Accoglienza significa, in sintesi, riconoscere e incontrare le persone per quello che sono, come esseri relazionali, ognuna con la loro storia singolare, unica, in tutta la loro dignità.

L'accoglienza costituisce il momento più delicato e complesso della relazione tra servizio e utenza perché si tratta del primo approccio del paziente con l'*équipe*. La persona deve sentirsi accolta, percepire che ha trovato il luogo giusto dove poter esprimere il proprio problema e trovare sollievo. Infatti, un accoglimento caldo e rispettoso costituisce il primo segnale qualitativo di un atteggiamento ospitale e aperto all'altro, capace di favorire una presa in carico efficace.

---

# CAPITOLO 6

## Principi di psicoterapia

Cristina Caizzi, Simona Ciambellini

*Rimarrà spezzato dentro perché noi sappiamo agire  
senza lasciare tracce.  
Se sopravvive non dimenticherà mai  
il prezzo della sua audacia.  
Un torturatore (in: Sironi, 1999)*

### La tortura

*Cos'è la tortura?* Riportiamo di seguito la definizione che l'O.N.U. ha dato all'interno dell'*UN Convention Against Torture* nel 1975: "La tortura è ogni atto mediante il quale siano inflitti intenzionalmente a una persona dolore o sofferenza gravi, sia fisici che mentali, allo scopo di ottenere da essa o da un'altra persona informazioni o una confessione, di punirla per un atto che essa o un'altra persona ha commesso, per intimidirla o sottoporla a coercizione o intimidire o sottoporre a coercizione un'altra persona". In questa definizione viene sottolineato un aspetto della tortura, ossia l'intenzionalità delle sofferenze procurate; la tortura, pertanto, è attuata da un essere umano che intenzionalmente vuole nuocere ad un altro essere umano.

In essa, però, non viene esplicitato un secondo aspetto della tortura che, assieme all'intenzionalità, la rende un'esperienza traumatica per il benessere psicologico della vittima. Pertanto, preferiamo seguire un'altra definizione che ci pare più completa: quella data da uno psichiatra latino americano, Marcelo Vignar, vissuto in esilio in Francia a seguito della fuga dal regime dittatoriale del suo Paese, secondo cui la tortura è "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".

In questa seconda definizione, oltre all'intenzionalità delle sofferenze procurate, viene messa in evidenza la compromissione della dimensione psicologica della vittima. Questa, privata della sua identità, sopporterà delle sofferenze psicologiche che potranno segnalarla per il resto della vita e che ne modificheranno il carattere. Di seguito vedremo in che modo questo processo si struttura, quali caratteristiche ha e come si può aiutare la persona a riprendere la propria vita e a ritrovare il proprio benessere.

### *Lo scopo della tortura*

Lo scopo della tortura è annientare il prigioniero, privarlo della sua identità come essere umano e isolarlo dal suo gruppo, dalla sua cultura, dai suoi valori.

La tortura tocca il senso di appartenenza dell'essere umano alla specie umana.

Secondo il sistema di riferimento dell'Analisi Transazionale, la tortura incide profondamente sul diritto a esistere: la vittima viene devitalizzata, annientata nella sua essenza umana. Perde il suo senso di diritto alla vita, al benessere e all'appartenenza (la persona viene deculturalizzata, separata dal suo gruppo familiare, etnico, culturale, sociale). Perde anche i suoi punti di riferimento, ciò che fino a quel momento aveva rappresentato per lui il suo contesto sicuro. Perde il senso della sua importanza (l'essere umano viene privato dei diritti fondamentali, della libertà, finanche della sua capacità di pensare e delle sue emozioni; si sente un oggetto nelle mani di qualcun altro che decide della sua vita e della sua morte).

### *L'effetto della tortura*

Il trauma causato da violenza intenzionale ha diversi effetti. In primo luogo, la tortura causa la perdita della capacità delle persone di pensare in termini logici. Ciò è evidente dall'ascolto della narrazione delle persone vittime di violenza, soprattutto di natura intenzionale. Con intenzionale intendiamo dire che sono vittime di traumi causati dall'intenzione di un altro individuo di far loro del male. Non sono per esempio traumi di natura accidentale, come gli incidenti stradali o le catastrofi naturali.

Innanzitutto gli eventi narrati non si susseguono logicamente e non hanno una struttura congruente. Spesso il prima ed il dopo sono confusi, uno stesso evento viene raccontato una volta come antecedente a un altro e la volta dopo, come susseguente. La narrazione, pertanto, non è coerente. Il risultato è che la persona può apparire confusa, contraddittoria e imprecisa, e ciò sembra essere un segno del trauma subito.

Pertanto il tempo non si articola secondo una dimensione lineare nella quale gli eventi vengono logicamente collocati uno dopo l'altro; gli episodi della storia non si succedono secondo una sequenza temporale corretta e reale, ma il passato ed il presente non sono più distinti chiaramente e si sovrappongono.

Tale manifestazione di confusione temporale ci richiama i sintomi tipici del Disturbo da Stress Post Traumatico, quali i flashback, i pensieri intrusivi, a volte deliranti, gli incubi, nei quali il passato torna prepotentemente nel presente.

Un altro effetto della tortura, al quale abbiamo fatto già riferimento in precedenza, è la perdita per la persona della propria identità e del proprio senso di sé. Vedremo più avanti come le vittime di tortura non abbiano più la sensazione di essere in contatto con se stesse, perdano il controllo di sé e sentano che la loro individualità è perduta. La sensazione della quale rimangono preda, è che sia qualcun altro a dominarli e a controllarli, un'entità esterna che ha preso possesso della loro mente e delle loro personalità, in un circolo nel quale viene perpetrata la tortura stessa.

Questa sensazione di possesso, tipica nei sopravvissuti a questa esperienza traumatica, è l'effetto del processo "dell'influenza" (Sironi, 1999) che avviene nel corso delle sessioni di tortura e che rimane attivo anche dopo che queste sono terminate.

Il torturatore esercita la propria influenza sulla vittima fin dall'inizio della pratica della tortura, attraverso una serie scientifica di azioni accompagnate da parole, dette "frasi atti-

ve”, che hanno l’obiettivo di penetrare nella struttura psicologica dell’individuo e di passare quei messaggi precedentemente descritti, ai quali la persona si sente forzata a rispondere. Si sviluppa pertanto un dialogo interno ritraumatizzante, nel quale la persona continua a ripetersi le parole ascoltate durante le sessioni di tortura e si sente di nuovo terrorizzata e impotente. Questo fa sì che la violenza subita si perpetri e si perpetui in un circolo che non ha fine.

## La diagnosi

La diagnosi a cui si fa riferimento a livello internazionale è quella concettualizzata dal manuale americano di classificazione dei disturbi psichiatrici (DSM) come Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Di seguito riportiamo i criteri diagnostici per far diagnosi di PTSD secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, pp.271-272).

### *Criteri Diagnostici per il PTSD secondo il DSM-5*

*Nota:* I seguenti criteri sono validi per gli adulti e i bambini al di sopra dei 6 anni.

*A. Esposizione al pericolo di morte o minaccia di morte, a gravi lesioni o violenza sessuale (o altro tipo) in uno dei modi seguenti:*

1. Ha direttamente sperimentato l’evento traumatico.
2. È stato testimone, di persona, dell’evento che ha coinvolto altre persone.
3. È venuto a conoscenza che l’evento ha coinvolto un caro membro della famiglia o un caro amico. Nel caso di morte o di minaccia di morte per un membro della famiglia o per un amico stretto, l’evento deve essere stato di natura accidentale o violento.
4. È stato esposto ripetutamente o in maniera estrema a dettagli terribili dell’evento traumatico (per es. i primi soccorritori che devono recuperare i resti umani, ufficiali di polizia che sono ripetutamente esposti a dettagli riguardo gli abusi infantili).

*Nota:* il criterio A4 non è valido se si tratta di esposizione attraverso i media, la televisione, i film o le fotografie, a meno che questa esposizione non sia correlata al lavoro.

*B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati con l’evento traumatico, che hanno inizio dopo che l’evento traumatico è stato vissuto:*

1. Ricordi dolorosi, intrusivi, involontari e ricorrenti dell’evento traumatico.  
*Nota:* Nei bambini al di sopra dei 6 anni, si può presentare il gioco ripetitivo in cui viene richiamato il tema o un aspetto dell’evento traumatico.
2. Sogni dolorosi ricorrenti nei quali il contenuto e/o l’affetto del sogno sono correlati all’evento traumatico.  
*Nota:* Nei bambini, si possono presentare sogni terrificanti senza che ci sia un contenuto riconoscibile.
3. Reazioni dissociative (come i flashback) nei quali l’individuo sente o agisce come se l’evento traumatico si stesse ripetendo. (Tali reazioni possono presentarsi lungo un *continuum*, il cui punto massimo è rappresentato dall’espressione

estrema della completa assenza di consapevolezza riguardo la realtà circostante)  
*Nota:* Nei bambini, possono anche presentarsi *reenactment* trauma-specifici.

4. Dolore psicologico intenso e prolungato all'esposizione a stimoli interni o esterni che simbolizzano o richiamano un aspetto dell'evento traumatico.

5. Reazioni psicologiche marcate a stimoli interno o esterni che simbolizzano o richiamano un aspetto dell'evento traumatico

*C. Evitamento persistente degli stimoli associati con l'evento traumatico, che hanno inizio dopo che l'evento traumatico si è verificato, come evidenziato da uno o più dei seguenti sintomi:*

1. Evitamento o sforzo di evitare ricordi, pensieri o sentimenti dolorosi relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

2. Evitamento o sforzo di evitare elementi esterni (persone, posti, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che possono rievocare e attivare ricordi, pensieri o sentimenti circa o strettamente associati all'evento traumatico.

*D. Alterazioni negative nelle cognizioni e negli umori associate con l'evento traumatico, che hanno inizio o sono peggiorate dopo che si è verificato l'evento traumatico, come evidenziato da due o più dei seguenti sintomi:*

1. Incapacità a ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico (tipicamente dovuta ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori quali lesioni alla testa, alcol o droga).

2. Credenze persistenti ed esagerate o aspettative 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")

3. Cognizioni distorte, persistenti circa le cause e le conseguenze dell'evento traumatico che conducono la persona a incolpare se stesso o gli altri.

4. Stati emozionali negativi persistenti (per esempio orrore, rabbia, colpa o vergogna).

5. Interesse o partecipazione marcatamente diminuiti in attività significative.

6. Sentimenti di distacco o estraneità nei confronti degli altri.

7. Persistente incapacità a sperimentare emozioni positive (es. incapacità a sperimentare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

*E. Marcata alterazione nell'attivazione e reattività associata con l'evento traumatico, che ha inizio o è peggiorata dopo che si è verificato l'evento traumatico, come evidenziato da due o più dei seguenti sintomi:*

1. Comportamento irritabile e scoppi d'ira (in presenza di poca o nessuna provocazione) tipicamente espresso con aggressione verbale o fisica verso le persone o gli oggetti.

2. Comportamento spericolato o auto-distruttivo.

3. Ipervigilanza.

4. Risposte di allarme esagerate.

5. Difficoltà di concentrazione.

6. Disturbi del sonno (es. difficoltà a prendere sonno o a restare addormentato, o assenza di sonno).

*F. Durata del disturbo (Criteri B, C, D ed E) da più di un mese.*

*G. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione di aree di funzionamento importanti quali quelle sociale, lavorativa o altre.*

*H. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (come medicinali, alcol) o di altra condizione medica.*

*Specificare se:*

*Con sintomi dissociativi:* I sintomi dell'individuo rispondono ai criteri del disturbo da stress post-traumatico e, in aggiunta, in risposta agli stimoli stressanti, l'individuo sperimenta persistenti o ricorrenti sintomi di uno qualunque dei seguenti sintomi:

1. *Depersonalizzazione:* Esperienze persistenti o ricorrenti di sentimenti di distacco dai propri processi mentali o del proprio corpo, e come se la persona fosse un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo (es. come se si fosse in un sogno, sentire un senso di irrealtà riguardo se stessi o il proprio corpo o senso di muoversi al rallentatore).

2. *Derealizzazione:* Esperienze persistenti o ricorrenti di irrealtà riguardo a ciò che è circostante (per es., il mondo attorno all'individuo è sperimentato come irrealistico, come se fosse un sogno, distante o distorto).

*Nota:* Per usare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti psicologici delle sostanze (per es., blackout, comportamenti tipici dell'intossicazione da alcol) o ad altra condizione medica (per es., crisi parziale complessa).

*Specificare se:*

*Con esordio ritardato:* Se i criteri diagnostici non sono completamente corrisposti fino almeno a 6 mesi dopo l'evento (anche se l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi può essere immediata).

Coerentemente con i criteri diagnostici del DSM-5, i nostri pazienti hanno, prima di tutto, subito un forte trauma caratterizzato da aggressione fisica, violenza ripetuta, minacce di morte e per questo si sentono terrorizzati, impotenti e senza via di scampo.

Di conseguenza, nel momento in cui arrivano in cura, presentano alcune condizioni psicologiche direttamente riferibili all'evento traumatico.

Spesso i pazienti rivivono in vari modi la tortura subita: presentano disturbi del sonno (insonnia e incubi), ansia e paura che li accompagnano e che si intensificano di fronte a stimoli attuali che li riportano all'evento traumatico; uno stimolo scatenante spesso per queste persone è rappresentato dal trovarsi di fronte a forze dell'ordine, in particolare quando devono rispondere a domande o a un interrogatorio, situazione che li riporta a rivivere esperienze del passato. Questo comporta talora una grande difficoltà per i pazienti nella gestione della prassi burocratica relativa alla richiesta di asilo; rivivendo il trauma si sentono come allora: terrorizzati, impotenti e minacciati e quindi possono apparire, nel racconto di ciò che hanno subito, confusi, contraddittori e imprecisi. Questo perché da un lato il solo raccontare l'evento è di per sé ritraumatizzante, dall'altro perché la situazione reale per alcuni aspetti è simile a quella in cui hanno subito il trauma: possono trovarsi in presenza di forze di polizia, eccetera. In più possono avere difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria per cui i racconti possono sembrare incoerenti.

Un'altra manifestazione del PTSD è la presenza di pensieri intrusivi riferiti alla tortura: ciò significa che nella quotidianità può capitare loro di chiudersi in se stessi e pensare ripetutamente a ciò che hanno subito.

Un sintomo particolarmente limitante e fonte di malessere per i pazienti è la presenza di episodi di dissociazione, che possono prendere la forma della depersonalizzazione:

quello che può succedere è che si distacchino dalla realtà che stanno vivendo e si chiudano nel proprio mondo.

I sintomi del PTSD possono essere descritti in base alle tre categorie riportate da Herman (1992, 1997): la Sovraeccitazione, l'Intrusione e la Restrizione. I pazienti, infatti, possono allarmarsi facilmente, reagire con irritabilità a piccole provocazioni e dormire poco, proprio come manifestazione di un costante stato di allerta, come se il pericolo potesse ritornare in ogni momento (sovrareccitazione). Inoltre, possono rivivere l'evento traumatico come se questo continuamente si ripresentasse nel presente, mostrando una difficoltà a riprendere il normale corso della vita, perché il trauma ripetutamente lo interrompe (intrusione). Infine, possono sentirsi privi di potere e ogni forma di resistenza appare inutile, perciò essere in uno stato di resa totale; per sfuggire alla situazione di impotenza non usano un'azione nel mondo reale, ma alterano il loro stato di coscienza (restrizione).

La dissociazione è una difesa che i pazienti si costruiscono per evitare di entrare in contatto con le emozioni collegate al trauma subito; in questo senso ha un valore protettivo rispetto all'angoscia e al senso di annichilimento che altrimenti verrebbero stimolati. La dissociazione porta a una "frammentazione dell'io" (*"fragmentation of ego"*, Erskine, 1993). Una delle maggiori conseguenze del trauma e della dissociazione successiva a esso è la perdita di fiducia nella propria capacità di pensare e restare sano (Small, 2002).

Oltre al quadro presentato, solitamente i pazienti sono fortemente preoccupati e spaventati per le sorti dei familiari, di cui spesso non hanno più notizie e si sentono profondamente tristi e isolati rispetto alla loro terra e comunità di origine; per queste preoccupazioni, oltre che per ciò che hanno subito, possono presentare una forte sintomatologia depressiva, a volte caratterizzata da pensieri suicidi.

Si noti che la depressione è il tratto di più comune riscontro in tutti gli studi clinici condotti su persone cronicamente traumatizzate, come le vittime di torture prolungate (Walker, 1979; Hilberman, 1976; Krystal, 1968; Tennant et al., 1986; Goldstein et al., 1987; Kinzie et al., 1984).

## La terapia

### *Pianificazione del trattamento*

Nella pianificazione del trattamento, ci riferiamo alle fasi strategiche dell'Analisi Transazionale, essendo questo l'approccio teorico alla psicoterapia delle autrici del presente capitolo. In particolare nel trattamento delle vittime di tortura non è raro dover lavorare in più fasi della terapia sull'alleanza terapeutica, con l'obiettivo di rinforzare la relazione e la fiducia che il paziente ripone nel lavoro terapeutico. Questo perché, soprattutto con le vittime di tortura, è minato il senso di fiducia negli esseri umani e nelle relazioni interpersonali.

Nella pianificazione del trattamento con le vittime di tortura, particolare attenzione va data alle dinamiche transferali e controtransferali che con ogni probabilità si attueranno nella relazione terapeutica. Queste dinamiche riflettono elementi dell'esperienza traumatica che non sono stati "digeriti" e che vengono ri-agiti (*reenacted*) nella relazione terapeutica quando il paziente è direttamente coinvolto nel passato, proprio come se lo stesse rivivendo nel qui ed ora (quello che in Analisi Transazionale si chiama copione); que-

sto processo è definito da Fogel (2004) "memoria partecipativa", un rivivere direttamente l'esperienza significativa che ancora non è stata organizzata in una narrativa verbale o concettuale.

A un livello transferale, due sono le reazioni che più frequentemente si presentano con questo tipo di pazienti e che descriveremo utilizzando tre ruoli sociali che vengono incarnati alternativamente nella relazione (Karpman, 1968):

Paziente/Vittima - Terapeuta/Persecutore: il paziente di nuovo sente il terrore della tortura e vede il terapeuta ostile, aggressivo, dominante e pericoloso (Hermann, 1992). Proietta, pertanto, sul terapeuta un aspetto sadico (Stuthridge, 2006) e tenta di tenerlo sotto controllo (Kernberg, 1967).

Paziente/Vittima - Terapeuta/Salvatore: il paziente si sente impotente e ha bisogno di trovare qualcuno che lo salvi. Investe, pertanto, il terapeuta di questo ruolo e lo idealizza. Questa idealizzazione del terapeuta secondo Herman (1992) serve al paziente per difendersi fantasticamente dalla possibilità di vivere nuovamente il terrore del trauma. Il paziente, in questo caso, proietta sul terapeuta la figura di un Genitore fantasticato (cioè di una figura interiorizzata di accudimento e protezione) con il quale cerca una fusione simbiotica (Haykin, 1980, Moiso, 1985).

A livello controtransferale, il terapeuta può sentire una serie di emozioni in risposta a queste dinamiche, che vanno dal terrore alla rabbia, all'impotenza; se queste vengono agite nella relazione terapeutica, il trattamento è destinato a fallire poiché il terapeuta assume su di sé uno dei ruoli che il paziente ha proiettato, di Salvatore o Persecutore, oppure si identifica con il paziente stesso nel ruolo di Vittima; in tutti questi casi, il terapeuta svaluta la possibilità del paziente di agire e di attivare le proprie risorse.

Nella pianificazione del trattamento, consapevoli di questo, dobbiamo trovare modalità con cui il terapeuta possa proteggersi a livello psicologico dalla difficoltà di queste dinamiche e di conseguenza possa proteggere anche il paziente dal rischio di non ricevere un aiuto valido. Abbiamo trovato utile, a tal proposito: a) il lavoro in co-terapia, che è protettivo per i terapeuti, i quali possono aiutarsi vicendevolmente a gestire le forti emozioni che un tale lavoro terapeutico elicit; b) il gruppo etnopsichiatrico, la nostra equipe (cfr. Caizzi e Ciambellini, 2008), grazie alla quale, attraverso incontri mensili di supervisione, possiamo trovare uno spazio dove condividere ed elaborare i nostri vissuti.

Nel trattamento il primo passo è quindi la costruzione di una buona e salda alleanza terapeutica, tramite un atteggiamento accogliente ed empatico, proprio per aiutare i pazienti a fidarsi e a sentirsi sicuri nella relazione. Procediamo quindi a un lavoro cognitivo volto ad aiutare i pazienti a differenziare tra passato e presente, dare un significato all'esperienza traumatica e reintegrarla nel loro percorso di vita, per poi permettere loro di radicarsi nella nuova realtà e costruirsi un futuro soddisfacente. Per fare questo, lavoriamo sulle convinzioni negative irrazionali che spesso le persone vittime di tortura costruiscono a causa dell'esperienza della tortura ("Il mondo è un posto pericoloso e crudele"; "Sono tutti pronti a farti del male"; "Sono solo e impotente, non posso fidarmi di nessuno"; "Non sono capace di proteggermi dalle aggressioni"), con le quali si bloccano nel presente e si limitano nelle proprie capacità di affrontare le situazioni attuali, in particolare quelle che hanno alcuni aspetti di somiglianza con l'esperienza traumatica.

### *Processo terapeutico*

Principale obiettivo del lavoro con le vittime di tortura è la riattivazione di una capacità cognitiva efficace (un "Adulto funzionante" secondo l'Analisi Transazionale), capace di ricreare una narrativa coerente e logica (Stuthridge, 2006).

*Alleanza.* Nella fase dell'alleanza il principale compito terapeutico è l'accoglienza e la creazione di un clima di fiducia, caldo e rassicurante. Come abbiamo detto, le persone torturate sperimentano un senso di isolamento ed esclusione. Lo scopo, nell'accoglierli, è proprio farli nuovamente sentire parte del genere umano, in diritto di esistere e degni di rispetto. Proprio per questo diventano fondamentali alcuni atteggiamenti terapeutici: rispetto per l'altro, porsi in una posizione paritaria, e restituire il potere personale di scegliere a persone che ne sono state derubate. A questo proposito uno strumento potente di contatto con il paziente è il contratto. Il paziente è chiamato a decidere e dichiarare cosa desidera per sé, cosa è importante per lui; vedere che il terapeuta si impegna assieme a lui per raggiungere i suoi obiettivi significa che egli lo vede, lo considera importante e degno di attenzione e dedizione. Questa esperienza è fortemente sentita dal paziente che arriva da noi deprivato di questo senso di esistere per qualcun altro.

*Decontaminazione.* In Analisi Transazionale, si chiama fase di decontaminazione la riattivazione di uno Stato dell'lo Adulto efficace, ovvero una capacità cognitiva appropriata, in modo che il paziente possa dare un senso a ciò che vive e rimettere insieme i pezzi della sua esperienza e del suo sé.

Si lavora sulla confusione del pensiero, con l'obiettivo di aiutare la persona ad arrivare a prendere nuove decisioni di vita, riattivando le sue risorse cognitive danneggiate e congelate in seguito al trauma. Non si lavora sul conflitto interno, perché il trauma è indotto dall'esterno con l'obiettivo di annullare la struttura psicologica dell'individuo. Per ottenere questo obiettivo, lavoriamo facendo leva sulle risorse che il paziente già possiede, per riattivare le strutture sane esistenti prima del trauma.

Osserviamo spesso, nel lavorare con queste persone, il ripetersi di un dialogo interno continuamente ritraumatizzante, parole o frasi attive, con le quali risperimentano un senso di impotenza e di colpa. Con la terapia il nostro compito è sostituire a queste frasi o parole attive negative, nuove frasi o parole attive opposte: questo si può ottenere in un primo momento attraverso interventi in cui il terapeuta, essendo per il paziente una nuova figura autorevole, ma stavolta positiva, utilizza dei messaggi volti all'empowerment del paziente, alla sua protezione e al rispetto della sua libertà e possibilità di scelta.

Occorre, quindi, aiutare il paziente a ricostruire la sua capacità di auto-narrarsi in modo che gli eventi accaduti, che sono stati vissuti come estranei, alieni, inaccettabili, siano adesso "personalizzati" come aspetti integrati del passato e delle esperienze di vita del paziente stesso (Van Der Kolk e Ducey, 1989). Per raggiungere questo obiettivo, il lavoro terapeutico che svolgiamo passa attraverso un attacco al torturatore, ovvero una presa di posizione chiara ed esplicita sulla colpevolezza e l'ingiustizia delle azioni perpetrate dal carnefice e sulla legittimazione dei vissuti del paziente che è la vittima. L'intento del terapeuta è allearsi con il paziente per stimolare la sua capacità di pensiero e la consapevolezza dell'intrusione del torturatore. A questo punto, si può rompere l'influenza del torturatore con la nuova influenza positiva del terapeuta, che rafforzerà gli aspetti sani del paziente, isolando gli elementi negativi e distruttivi interiorizzati durante la tortura. Questo obiettivo si può ottenere dando un senso cognitivo all'esperienza della tortura, aiutando il paziente a cogliere le intenzioni e

le motivazioni del torturatore, per poter attribuire un significato all'esperienza subita e anche attribuire in maniera corretta le responsabilità di quanto accaduto (Sironi, 1999).

A questo punto, una parte della terapia può essere dedicata all'espressione delle emozioni represses (rabbia, tristezza, dolore, paura eccetera) e all'accoglienza, all'ascolto empatico e alla conferma di queste da parte del terapeuta, che le riconosce autentiche e congruenti con la violenza subita.

*Deconfusione.* Nel lavoro con le vittime di tortura in questa fase, le emozioni vengono espresse, validate ed accolte in modo che il paziente veda che sono congruenti e che hanno un legame di causa-effetto con quanto accaduto. La sensazione di non potersi fidare, di essere confusi e di non sentire le proprie emozioni, può essere validata, in quanto adeguata per sopravvivere nel contesto della tortura. Questi sono segnali della capacità del paziente di gestire una situazione limite, segnali quindi che ciò che sembra oggi patologico nel contesto della tortura è stato una risorsa per la sopravvivenza. Il persistere, però, nel presente di queste modalità diventa inadeguato e limitante per la persona che non è più in pericolo di vita e quindi oggi queste reazioni possono essere cambiate o modulate sulla base della situazione reale.

Berne (1966, p.187) dice che "compito del terapeuta è decodificare e disintossicare il paziente dalle sue esperienze passate, rettificarne le distorsioni e aiutare il paziente a raggrupparle in nuovi significati". Nel lavoro con le vittime di violenza intenzionale, con l'espressione "esperienze passate" non si intendono le esperienze dell'infanzia ma l'esperienza della tortura e delle altre violenze subite.

Lo scopo è che il paziente riconosca l'influenza che ancora esercita su di lui il Torturatore interiorizzato e possa quindi lavorare per riprendere il potere su di sé. Questo può essere raggiunto non solo tramite un lavoro cognitivo, ma anche attraverso una nuova esperienza relazionale vissuta nel qui e ora, caratterizzata da contatto emotivo e comunicazione corporea. Per fare ciò si possono utilizzare quelle che W. L. Smith (1985) definisce tecniche soft di contatto. Infatti è importante agire con molta delicatezza nei confronti di questi pazienti proprio per il tipo di trauma che hanno subito. È opportuno pertanto evitare interventi che il paziente potrebbe sentire come intrusivi. Azioni efficaci sono, ad esempio, il contatto oculare accogliente e caldo, l'attenzione alla postura e a specifiche sensazioni del corpo; ciò permette di aiutare il paziente a focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti non verbali di cui può non essere consapevole ("Vedi come tieni strette le spalle"), offrendo al contempo sostegno e contenimento.

Questi interventi servono ad accompagnare il paziente a riappropriarsi progressivamente delle sue esperienze essendo consapevole dei confini del suo Sé e del suo corpo.

*Riapprendimento.* Consideriamo terminato il lavoro terapeutico quando osserviamo che la persona è nuovamente nel presente e proiettata sul suo futuro, sa fare progetti per se stessa e sa pensare a sé in modo costruttivo. Il ricordo del trauma e della tortura non è sparito ma è stato integrato nell'esperienza passata dell'individuo. In quest'ottica la chiusura del lavoro prevede di aiutare la persona a costruire il suo progetto migratorio per potersi integrare nella società del Paese che la accoglie. Proprio per accompagnare le persone in questo, come terapeuti ci impegniamo anche a fornire loro certificazioni (curandoci anche di verificare se abbiano bisogno di una perizia medico-legale) in modo che possano essere facilitati nell'iter burocratico per ottenere l'asilo, passo questo indispensabile per iniziare a radicarsi in una nuova terra.

## La storia di Maia

Maia è una giovane ragazza africana che abbiamo incontrato tempo fa. Questa è la sua storia, come lei ce l'ha raccontata.

*Mi chiamo Maia, ho 17 anni e sono africana. Mi trovo in Italia da qualche mese, ma non so definire bene il tempo preciso, vivo in una casa famiglia. Non sto affatto bene, perché di botto tutto è cambiato. Andavo a scuola, ero felice insieme ai miei familiari; adesso sono sola, in un posto nuovo e non mi è rimasto niente. Un giorno, non ricordo quando, dei militari mi hanno catturato pensando che io avessi informazioni su mio padre. Hanno preso me e mia madre e ci hanno portate via con la forza. Ricordo che la strada non finiva mai e che siamo arrivate alla gendarmeria; tante porte di metallo, corridoi lunghi e pieni di urla, fino a una stanza buia dove siamo state sbattute.*

*Siamo state lì tanto e poi mia madre è stata portata via. Mi sembrava che il tempo non passasse mai, avevo paura, anzi ero proprio terrorizzata. A un certo punto ho sentito piangere, piangere forte, di nuovo il rumore della porta e mia madre di nuovo sbattuta per terra. Non ho avuto neanche il tempo di avvicinarmi a lei per aiutarla, mi hanno presa con violenza e mi hanno portata in un'altra stanza, hanno cominciando a tartassarmi di domande su mio padre. Ricordo solo che dicevo "Non lo so, non lo so, non lo so, è la verità, mi dispiace, non lo so..."*

*Poi hanno cominciato davvero a farmi del male, mi hanno violentata, più e più volte, tutti quelli che erano lì, mi hanno costretta a rimanere in posizioni scomode, mi hanno minacciata con la pistola, mi hanno detto che se non rispondevo se la sarebbero presa con i miei familiari. Mi hanno picchiata, ma questa in fondo è la cosa meno grave e più facile da sopportare.*

*E questo non solo per un giorno; so che era novembre quando sono entrata e so che era metà dicembre quando sono uscita.*

*In quei momenti chiudevo gli occhi e speravo solo che tutto finisse, e se per finire dovevo morire, speravo di morire presto.*

*Anche adesso risento la paura, risento le loro mani, risento la mia impossibilità di reagire e risento quel desiderio di morire.*

*È proprio per questo che decisi di smettere di mangiare, speravo di uccidermi.*

*Un giorno, inaspettatamente, delle guardie mi hanno aiutato a scappare. Sono salita in macchina, abbiamo fatto tanta strada e poi, ad un certo punto mi hanno buttata giù. Stavo con la faccia sulla terra e ho lasciato passare qualche minuto prima di alzarla. Avevo paura che qualcuno arrivasse a picchiarmi, mi sembrava impossibile che mi avessero lasciata veramente libera. Quando ho guardato su, mi sono accorta che ero in mezzo al nulla e non so per quale motivo, ma ho cominciato a correre, a correre, fino a che non ho raggiunto un posto familiare. Solo allora ho pensato che potevo raggiungere casa. Sono andata da mia zia, mi ha abbracciata, ma io ero fredda, distaccata, proprio come mi sento adesso.*

*La mattina dopo, insieme a un suo amico ho lasciato il Paese. Non so come spiegarvi, da una parte sapevo di essere libera, viva, dall'altra mi sentivo morta. Non avevo più visto mia madre dal giorno in cui eravamo arrivati alla gendarmeria, non ho idea di dov'è e di come sta.*

*Siamo partiti per l'Europa. Arrivati a destinazione, quando pensavo di potermi rilassare, la polizia della dogana ci ha fermati, hanno detto che il passaporto era falso ed hanno cominciato a farmi domande incalzanti. Non ci ho capito più niente, rivedevo la prigione, rivivevo le immagini delle violenze e non riuscivo a pensare.*

*Di nuovo ero solo terrorizzata. Poi ci hanno lasciati andare e siamo venuti in Italia.*

*Arrivati a Roma il mio accompagnatore se n'è andato. Mi sono di nuovo sentita terrorizzata e di nuovo mi sono detta "Sono davvero salva?". Di nuovo sola e senza sapere cosa fare, ho cominciato a piangere a dirotto, una donna di colore si è fermata, mi ha portato a casa sua e lì ho passato la notte. Era carina con me, ma io continuavo a sentirmi fredda e distaccata.*

*Il giorno dopo abbiamo trovato una casa famiglia. Adesso sono qui davanti a voi perché mi hanno detto che potete aiutarmi a stare meglio. Ma io mi chiedo, come faccio a stare meglio e che vuole dire stare meglio?*

*Continuo a non sapere niente né di mia madre, né di mio padre, né dei miei fratelli. Ho paura, costantemente paura, di tutto e di tutti, anche se sto vedendo la televisione ho paura. Se vedo un poliziotto per la strada mi salta il cuore in gola, mi paralizzò, non riesco né a muovermi, né a parlare. A volte quando qualcuno mi fa una domanda, mi assento e non riesco a rispondere. Sto mangiando, parlo tranquillamente con le mie compagne e, improvvisamente, mi sento irrequieta e nervosa. Io ero brava a scuola, adesso sto imparando l'italiano e in alcuni momenti mi sento male in classe, l'insegnante parla ed io non riesco a stare attenta. Non riesco a iniziare una cosa e a portarla fino alla fine, mi danno un'informazione e 10 minuti dopo l'ho dimenticata. È bruttissimo quando sto facendo delle cose, le più varie, e all'improvviso mi riviene alla mente quella maledetta cella, gli odori, i rumori che c'erano e tutto quello che mi hanno fatto lì...*

*Ed io non so come fare a smettere di vedere queste cose, di pensare queste cose; non riesco a farlo nemmeno di notte, quando dovrei dormire. E invece no, mi sveglio e comincio a pensare, oppure faccio degli incubi spaventosi che mi svegliano e se mi riaddormento ricominciano da capo.*

*E poi mi succedono delle cose strane; a volte mi chiedo se sto impazzendo: sono sull'autobus per andare in un posto e a un certo punto mi accorgo che sono passate più e più fermate rispetto a quella in cui sarei dovuta scendere e io non so dove sono, come ci sono arrivata e dove in realtà dovevo andare.*

*Non ricordo più niente, come se mi fossi addormentata nel frattempo. Non capisco perché sto così, non capisco cosa mi sta succedendo, questa non è più la mia vita, non è più una vita.*

Brevemente ciò che abbiamo fatto con Maia è stato riconoscerla come persona, come vittima di una delle più disumane e brutali forme di sopruso e ingiustizia, e come essere umano degno di vivere.

Per prima cosa abbiamo cercato di ridarle speranza, di farle capire che è viva e che lo è per merito suo, perché è stata forte, coraggiosa e capace di uscire da una situazione annientante e disumana.

L'abbiamo quindi aiutata a ricostruire la sua fiducia in se stessa e nelle sue capacità, riconoscendo le sue risorse. Costruire un rapporto umano e un legame affettivo con noi

è stato il passo fondamentale per permetterle di uscire dall'isolamento e dal ritiro, posizione che Maia aveva assunto per uscire dal suo conflitto: "Ho bisogno di aiuto e protezione ma ho paura che tutto e tutti possano farmi male". Abbiamo, poi, normalizzato e legittimato i suoi sintomi, aiutandola a comprendere che erano una diretta conseguenza del trauma subito e che potevamo aiutarla ad affrontarli e superarli nel lavoro terapeutico. Solo a questo punto è stato possibile affrontare un lavoro cognitivo che, attraverso l'auto-narrazione della sua storia, le permettesse di dare un significato all'esperienza vissuta, distinguendo passato e presente. Maia ha imparato nuovamente a esprimere le sue emozioni, a riconoscere i suoi bisogni e a trovare modi per soddisfarli. Ha iniziato a creare nuove relazioni affettive e a pensare al suo progetto migratorio: ha conseguito il diploma di terza media, ha fatto un corso per parrucchiera e ha iniziato a cercare lavoro.

## **Conclusione**

Abbiamo visto come un'esperienza traumatica vissuta in età adulta abbia un impatto profondo su come la persona decida di proseguire la sua vita, personale e relazionale. La terapia può offrire ai pazienti la possibilità di vivere una nuova esperienza relazionale che permetta alle persone di riappropriarsi del proprio senso di sé come esseri umani, della propria fiducia in se stesse e nelle proprie risorse.

Lo scopo della terapia è aiutare questi pazienti a passare da una situazione in cui sono ossessionati dal passato e in cui interpretano gli stimoli, che emotivamente da questo derivano, come un ritorno del trauma, a una situazione in cui si sentono attivi nel presente e capaci di far fronte alle contingenze del momento. Il paziente riattiva le capacità cognitive, si riappropria delle risposte emotive e colloca il trauma entro la prospettiva della sua vita, cioè come un evento del passato, che ha avuto luogo in un momento particolare, in un luogo particolare e che non è ragionevole pensare si ripeta all'interno di un contesto diverso, in cui il paziente può ora inserirsi.

---

# CAPITOLO 7

## La mediazione culturale nel processo di cura

Rosanna Giacometto, Marco Mazzetti

*Ebbene, uomo,  
non calarti il cappello sulla fronte:  
dà parole al dolore: il dolore che non parla  
bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi.*  
Shakespeare, Macbeth, IV.III, 207-210

### La mediazione

Quando una relazione si svolge tra persone di lingue differenti, senza che se ne parli una comune, la necessità di occuparsi della questione lessicale, della comprensione delle parole reciprocamente dette, diventa comprensibilmente primaria. Tanto più questo è vero all'interno di un percorso di cura in cui le parole sono lo strumento: è fondamentale prima di tutto garantire, a chi ne è coinvolto a diversi livelli e con diversi ruoli, di poter comunicare.

Tuttavia, questa apparente ovvietà si arricchisce di complessità quando si cala nella pratica, e ne appaiono le numerose implicazioni.

Abbiamo scelto di impostare questo capitolo in due parti: una prima che riporta gli orientamenti generali che ci sembrano utili nella nostra pratica, e una seconda che è stata co-costruita con alcuni dei nostri mediatori, e si basa sulle esperienze del loro e del nostro lavoro.

### *La fiducia e la diffidenza*

L'utilizzo di mediatori è una questione delicata in psicotraumatologia. Un primo elemento sensibile è legato al quadro clinico dei nostri pazienti che, come abbiamo visto in precedenza, presenta frequenti stati d'ansia, reazioni d'allarme esasperate, comprensibili atteggiamenti diffidenti e non di rado veri spunti simil-paranoidei. Con pazienti simili i mediatori, che in genere sono persone originarie dal loro stesso paese, possono con facilità essere oggetto di diffidenza e a volte sospettati di essere complici dei propri persecutori. Anche in assenza di elementi clinici così disturbanti, va tenuto presente che spesso, per comprensibili ragioni, paziente e mediatore hanno contatti anche fuori dalla seduta, appartenendo alla stessa comunità e vivendo nello stesso ambito cittadino. Questa situazione può facilmente spiegare atteggiamenti difensivi e reticenti da parte dei nostri assistiti, che temono che elementi emersi nel setting possano filtrare all'esterno; ad esempio, una donna che abbia subito violenze sessuali potrebbe non osare rac-

contarlo temendo che, se lo si venisse a sapere, questo nuocerebbe alla propria reputazione nel suo ambito sociale; le rassicurazioni sulla segretezza di quanto è detto in seduta, pur necessarie, non sempre sono sufficienti a rassicurare i pazienti e a permetterne l'apertura.

Per questa ragione non dobbiamo sorprenderci né irrigidirci se i nostri pazienti rifiutano i mediatori e preferiscono fare le sessioni terapeutiche in una lingua difficile e stentata: accogliamo le loro posizioni senza insistere. È sempre possibile che il mediatore non accettato nelle prime sedute possa essere introdotto in un secondo tempo.

A volte il mediatore, pur provenendo dallo stesso paese, può essere di un'etnia diversa, magari proprio quella cui appartenevano i persecutori del paziente; è una situazione che può capitare non di rado con profughi afgani o di diversi paesi africani: nonostante tutta la fiducia e la stima che noi possiamo avere nei nostri mediatori, la posizione dei pazienti merita la massima comprensione.

### *Interprete e mediatore*

Va sempre tenuto presente che un mediatore, per quanto preparato ed esperto, rimane una persona con una propria visione del mondo: è necessario che sia gli operatori, sia egli stesso lo ricordino, e sappiano sorvegliare gli elementi interpretativi che egli offre non come verità assolute ma, appunto, come opinioni. È utile che il mediatore non si senta sminuito dal fatto che il suo primo compito, e più importante, rimane quello di traduttore: la sua traduzione deve essere la più fedele possibile. Dobbiamo tenere costantemente in mente, sia noi sia i mediatori, che l'unico soggetto autenticamente autorizzato a spiegarci i riferimenti culturali e il mondo interiore del nostro paziente è il paziente stesso; il primo compito di un mediatore competente è quindi quello di aiutarci a comprendere la realtà fenomenologica del nostro assistito nel pieno della sua essenza. Gli elementi più propriamente ermeneutici, interpretativi, li potrà certamente offrire, e in genere sono di grande utilità, ma vengono in un secondo momento. Noi chiamiamo "mediazione di sistema" la funzione del mediatore come formatore: in momenti esterni alla seduta, i nostri mediatori ci formano, ci danno le loro spiegazioni e interpretazioni di quanto sta avvenendo, in modo da aiutarci a costruire la competenza transculturale dell'intero sistema-servizio; in seduta, invece, il ruolo principale del mediatore rimane quello di fedelissimo traduttore.

### *Abitatore di due mondi*

Una funzione fondamentale del mediatore è, nella relazione terapeutica, quella di proporsi inevitabilmente come un modello della capacità di "abitare due mondi". Un mediatore vero è (necessariamente, a nostro avviso) una persona che sa sentirsi appartenente allo stesso tempo a due realtà diverse: sa essere e sentirsi italiano, e al tempo stesso afgano, eritreo, guineano; se non sente dentro di sé entrambe le appartenenze, se non ha saputo armonizzare al suo interno una simile doppia cittadinanza culturale, difficilmente sarà efficace come mediatore. Questa testimonianza di vita, interprete di una preziosa duplicità culturale, gioca un ruolo di valore per i nostri pazienti, che toccano con mano che una simile esperienza è possibile, e quindi può essere anche alla loro portata.

### *Il nostro delegato?*

Un rischio di cui essere consapevoli, lavorando con un mediatore, è quello di delegargli più o meno inconsciamente aspetti relazionali importanti; pensare che, in qualche modo, "ci pensi lui". È utile che manteniamo la piena responsabilità del nostro ruolo professionale e relazionale con i nostri pazienti, sia sentendocela e assumendocela fino in fondo, sia facendo mosse comunicative coerenti, come quella di parlare sempre con il paziente in prima e seconda persona, anziché rivolgendoci al mediatore, e con un diretto contatto visivo con lui; la frase efficace è, ad esempio, "Come hai dormito stanotte?" (guardando il paziente), e non "Chiedigli come ha dormito stanotte" (rivolgendoci al mediatore).

### **La voce ai mediatori**

Lo scopo di questa parte del capitolo è delineare il senso della mediazione culturale all'interno di del progetto *Ferite invisibili* attraverso l'esperienza dei mediatori stessi, ed è il frutto di un lavoro a più mani, a più voci; è il risultato di provenienze e di esperienze diverse che si incontrano e insieme propongono e illustrano concetti, significati e modi di lavorare. I principi operativi che sono qui riportati sono stati identificati in base alle dichiarazioni dei nostri mediatori, alcune delle quali sono riportate in corsivo, a proposito dei temi che essi considerano più importanti nel loro lavoro.

### *Il primo contatto*

*A volte mi presento al paziente già in sala d'attesa e da lì può nascere un semplice scambio di opinioni che porta a instaurare un clima che poi faciliterà l'introduzione alla seduta terapeutica.*

L'azione del mediatore culturale non è, in genere, circoscritta solo alla seduta terapeutica: a volte lui e il paziente si sono già conosciuti in precedenza presso altri servizi, oppure per la comune appartenenza alla stessa comunità linguistica; se anche così non fosse, spesso è il mediatore la prima persona che, in una circostanza nuova come quella del primo incontro in terapia, si rivolge al paziente in una lingua conosciuta. Spesso il mediatore lo incontra prima ancora dei terapeuti, durante il momento di raccolta di informazioni nella fase di accoglienza, oppure è stata la voce sentita per telefono nel prendere il primo appuntamento.

Egli è in questo caso colui che incontra la persona nel suo bisogno, attraverso l'uso della stessa lingua, e la affianca, fisicamente e simbolicamente, all'ingresso nella stanza di terapia.

### *Una relazione duratura e affidabile*

*Prima di tutto si deve instaurare un clima di fiducia reciproca per facilitare il colloquio.*

*Man mano che la terapia procede, il mediatore si ritira perché le due parti hanno stabilito un terreno d'intesa e le parole del mediatore diventano piccole pennellate disegnate qua e là, ma non sono più indispensabili.*

*A volte i piccoli gesti di simpatia o qualche regalo, come un dizionario, possono essere molto utili per una persona straniera appena arrivata e possono aiutare tanto a rendere l'ambiente amichevole.*

La presenza del mediatore è costante nella terapia: anche quando il paziente ha un colloquio, magari occasionale o sporadico, con un altro professionista del servizio (lo psichiatra, o un medico), abbiamo cura di mantenere lo stesso mediatore come riferimento relazionale, in una continuità di azione che unisce e offre un senso di unitarietà al sistema. Si tratta di un ruolo così fondamentale che, in caso di sua assenza e se non ci sono urgenze particolari, spesso posticipiamo la seduta. Il mediatore in genere continua a essere presente alle sedute anche quando il paziente impara la lingua italiana e con essa è in grado di esprimersi. Il senso di questa scelta operativa sottolinea come la funzione del mediatore vada oltre la semplice traduzione: egli è parte fondamentale del *setting*, e rimane un elemento fondamentale delle dinamiche relazionali, anche quando queste si evolvono e si trasformano, rimanendone un elemento costante. Ci è capitato spesso in questi anni che, in caso di assenza del mediatore, anche pazienti ormai a loro agio con l'italiano, volessero essere rassicurati: "Torna la prossima volta, vero?".

Tra le caratteristiche che un buon mediatore deve possedere vi è la disponibilità a essere parte di una relazione. La sua presenza mette il paziente nella condizione di non doversi sforzare per farsi capire, come magari ha dovuto fare tante altre volte in terra d'asilo, e lo rassicura, perché rappresenta la garanzia di avere a disposizione un'opportunità per comprendere e farsi comprendere. Inoltre il paziente si sente sollevato nel sentire che qualcuno parla la sua lingua, percepisce un clima accogliente: sente di non essere più solo.

Piccoli gesti generosi e accoglienti possono essere molto fruttuosi: durante una seduta, un ragazzo raccontava della scuola di italiano che frequentava, e diceva di aver difficoltà a studiare a casa, dopo le lezioni, perché non riusciva a comprendere le parole che leggeva. La mediatrice ci chiese, dopo la seduta, se potesse regalargli un dizionario: l'abbiamo ringraziata per la sua generosità, e quando il ragazzo nella seduta successiva l'ha ricevuto, e ha capito che era un regalo, si è illuminato di gratitudine. È stato un gesto che si è rivelato altamente curativo, e ha aiutato a determinare una svolta nel processo terapeutico: il giovane in quel momento ha cominciato a percepire il *setting* come un nuovo luogo di appartenenza, una sorta di nuova famiglia a cui affidarsi nel nuovo Paese.

### *Chiarire i ruoli reciproci*

*Si "diventa" parola del terapeuta, che non è solamente parola, ma è intuizione, intenzione, pensiero terapeutico.*

*Se non si conosce qualche tema specifico introdotto dal terapeuta, o qualche metodo che quest'ultimo usa, è importante fare una parentesi e chiedere spiegazioni, per poter capire, innanzitutto, e poi tradurre al paziente.*

*Bisogna tradurre tutte le parole, i segnali di dubbio, di accordo, anche le parolacce.*

Il terapeuta e il mediatore devono avere chiari i loro ruoli e i limiti che ne conseguono. Il rispetto delle funzioni reciproche è fondamentale per la costruzione e il mantenimento di un clima cooperativo. Ogni sconfinamento nel campo dell'altro che non sia contrattato e chiarito può essere fonte di incomprensioni. Il mediatore, essendo profondamente coinvolto, come abbiamo visto, nella relazione, può avere idee, intuizioni, proposte o il desiderio di condividere qualcosa con il paziente durante la seduta. In questi casi si rivolge al terapeuta ed esplicita le sue idee; poi, quando si rivolge al paziente, spiega bene che si tratta di un suo intervento e una sua opinione, in modo che sia chiaro che non si tratta di un'iniziativa del terapeuta, e che questi abbia la possibilità di verificarne l'impatto sul paziente da una posizione esterna. Oppure può condividere le sue idee con il terapeuta al termine della seduta, in modo da non lasciare vissuti in sospeso, non detti. Il terapeuta deve essere altrettanto rispettoso nei confronti del mediatore, dandogli il tempo di tradurre con calma, o di pensare, valorizzando i suoi contributi interpretativi dopo la seduta, e spiegando i propri comportamenti e le proprie strategie terapeutiche, in modo che il mediatore possa comprendere ciò che sta avvenendo ed essere efficacemente coinvolto nella relazione terapeutica.

#### *Consapevolezza dei bisogni di mediatore e paziente nella traduzione*

Per poter offrire una traduzione adeguata, il mediatore deve avere il tempo di memorizzare ciò che viene detto dal terapeuta e dal paziente, per cui le frasi non devono essere troppo lunghe. Spesso mediatore e terapeuta lavorano insieme da tempo, e hanno una sintonia rodata; in caso contrario, quando si lavora con un mediatore nuovo, il terapeuta deve mostrare di essere consapevole di questi bisogni, autorizzare esplicitamente il mediatore a fermarlo se le frasi sono troppo lunghe, se parla troppo velocemente o se non ha compreso qualcosa.

Quanto a interrompere il paziente, è importante che il mediatore sviluppi una sensibilità specifica nel valutare quando può farlo, e quando è meglio lasciar fluire liberamente le parole, e farlo in modo rispettoso, spiegando che le parole del paziente sono importanti e lui non vuole perderne nessuna. Ci sono momenti in cui potrebbe non essere possibile o appropriato fermare una persona, magari nel caso in cui questa pianga e manifesti emozioni intense mentre parla: in questo caso il mediatore traduce a bassa voce quello che riesce, senza interrompere la persona.

Un buon risultato è il frutto della combinazione tra la sensibilità personale del mediatore culturale e la formazione ad agire in modo professionale, flessibile e attento a quanto accade in seduta.

#### *Curare la relazione terapeuta-mediatore*

La cura della relazione tra terapeuta e mediatore è determinante perché la collaborazione sia efficace: è necessario avere momenti per parlarsi e ascoltarsi fuori dalle sedute col paziente. Per rinforzarsi nella sintonia è utile darsi riconoscimenti positivi, esprimere l'apprezzamento reciproco e riconoscere esplicitamente le cose fatte bene. Se ci si accorge di incomprensioni, di malintesi, o di qualcosa di non esplicitato nella relazione reciproca è fondamentale non svalutarlo, ma dialogare e chiarirsi rispettosamente. In questo

modo si tutela l'alleanza di lavoro e si evita di inserire nella relazione terapeutica elementi impliciti di discordanza o di conflitto.

#### *Attenzione ai codici comunicativi*

*Per favorire la comprensione, il mediatore può spiegare, laddove non sia chiaro, il concetto culturale, politico e religioso di cui si sta parlando. Quindi la mediazione non si basa solo e semplicemente su di una interpretazione letterale.*

*Un aspetto importante che mi colpisce riguarda il come i popoli africani trasmettono immagini con le loro parole. La parola occidentale è astratta, è pensiero, codice; la parola africana suggerisce colore, odore, forma. Così durante i racconti dei viaggi, dei sogni, o degli eventi tragici spesso mi sembra di essere stata lì con loro e di vedere quella terra, quel deserto, quel bosco, quel carcere.*

*Il mediatore è "attraversato" dalla voce del paziente, dove la parola è anche posizione del corpo, respiro, movimento delle mani, pause. Naturalmente questi aspetti della comunicazione non verbale sono visibili anche al terapeuta e non ci sarebbe necessità di riportarli all'interno della traduzione, ma capita, nei momenti di massima concentrazione, che "diventiamo", senza volerlo, la voce del paziente, allo stesso modo dello strumento musicale che risuona per mano di un altro, e così ci troviamo a ripetere tutto quello che fa il paziente, non solo ciò che dice.*

Il ruolo del mediatore è prezioso non solo per la comprensione lessicale, ma anche perché agevola la partecipazione all'esperienza soggettiva, fenomenologica del paziente.

Il mediatore può prendere spazio in seduta per spiegare una parola, un concetto, laddove la sola traduzione letterale non basterebbe a esaurirne il significato. Un mediatore esperto fa questo anche prendendo l'iniziativa di offrire la spiegazione al terapeuta, o di indicargli che sarebbe utile fermarsi e dare un'interpretazione culturale di quanto sta avvenendo. Di quest'attenzione fa parte anche la comunicazione non verbale: gesti, mimiche, posizioni del corpo, tono, intensità e tremori della voce che fanno parte del processo comunicativo stesso. Anche a questi il mediatore presta attenzione, e può utilizzarli sia per offrirne un possibile significato, sia per verificare l'effetto di quanto sta avvenendo in terapia.

#### *La confusione del paziente*

*Bisogna dare il tempo necessario al paziente per pensare o parlare. Se una cosa che il paziente dice non è chiara, bisogna chiedere di ripetere in un modo che non metta la persona in difficoltà.*

Quando il paziente non risponde, è evasivo, dice di non avere capito anche domande semplici, o risponde in modo confuso e poco comprensibile, è utile che il mediatore trasferisca questa informazione al terapeuta: è più efficace che attivarsi a ripetere o tradurre più volte le stesse frasi, lasciando il terapeuta ai margini della comunicazione. Il fatto

che il paziente non risponda o non comprenda potrebbe avere diversi significati che vanno compresi: può trattarsi di una questione prettamente lessicale, e in questi casi è sufficiente una riformulazione della domanda; può essere anche un indicatore di una bassa scolarizzazione, che può assumere significati nel progettare un piano terapeutico; può indicare uno stato di confusione cognitiva, comune nelle vittime di violenza, o un tentativo inconscio di difesa del paziente per evitare il contatto con elementi dolorosi.

In questi casi è utile che il mediatore aiuti a capire di cosa si tratti, piuttosto che attivarsi. Per il terapeuta è importante sapere che il paziente dica di non aver capito o di non sapere cosa rispondere, o che le risposte che dà siano poco comprensibile. Il terapeuta deve essere messo nella condizione di fare gli interventi appropriati per proseguire, ad esempio: "Cosa non è chiaro?", "Vuoi che ti ripeta la domanda con parole diverse?", "C'è qualcosa di questa domanda cui senti di non voler rispondere?"

Il paziente deve poter sentire, in questo modo, di avere libertà di movimento nello spazio terapeutico, così da marcare la differenza rispetto alle esperienze di violenza, quando può essere stato costretto a parlare o a rispondere con la forza.

### *Consapevolezza dell'impatto dell'esperienza su di sé*

*A volte accade di sentirsi male ascoltando le storie o i traumi dei pazienti, e ci si trova in una situazione difficile e di tristezza. Bisogna condividere questo con il terapeuta per occuparsi di questo sentimento.*

*Può succedere che l'argomento trattato sia troppo coinvolgente emotivamente, al punto di suscitare confusione. In questi casi mi capita di dover chiedere a entrambe le parti di ripetere più volte quello che stanno dicendo, per essere sicura di aver capito bene.*

*Questo continuo passare da una voce all'altra avviene così repentinamente da richiedere grande duttilità e disponibilità all'ascolto.*

*Non è sempre facile...*

Il mediatore deve essere consapevole che il suo compito non sarà neutro. La sua presenza avrà un valore nella relazione, e la relazione avrà un impatto su ogni persona coinvolta, quindi anche su di lui.

In seduta le persone parlano a volte di situazioni strazianti, terribili; in altri momenti si soffermano su particolari agghiaccianti, descrivono immagini violente, ricordano suoni, odori, voci intensamente disturbanti. A volte, poi, il paziente può apparire in condizioni molto sofferenti, che possono suscitare una preoccupazione nell'immediato.

È fondamentale che il mediatore rimanga in ascolto di sé, consapevole delle sue emozioni e dei suoi pensieri, e che abbia il tempo e l'aiuto per prendersene cura ed elaborarli, in modo da non rimanerne agganciato emotivamente. Un mediatore competente sa cogliere i propri segnali di disagio, di difficoltà, di stanchezza e sa farsi avanti per occuparsene: può farlo prendendo del tempo dopo la seduta per parlarne, prima della seduta successiva, o uno spazio durante la supervisione periodica d'équipe.

### *Il mediatore come esempio*

Come abbiamo detto in precedenza, il mediatore può costituire un modello di integrazione per il paziente, e questo può essere tanto più vero quando le ragioni della migrazione siano simili. In questo caso la sua presenza, solida e di successo, può rappresentare un modello di migrazione riuscita, cui il paziente può riferirsi per progettare il proprio futuro. M., un diciassettenne azara proveniente dall'Afghanistan, era rimasto molto colpito venendo a sapere che il suo mediatore aveva avuto una storia simile, era fuggito dal paese dopo avere subito violenze analoghe alle sue, ed era ora sano, sereno e ben integrato, e l'ha esplicitato chiaramente in seduta: "Voglio diventare come A.: lui è stato capace di trovare un lavoro e avere una famiglia. Io faccio come lui!".

### **Conclusioni**

*Qualche volta mi preoccupo di come trasmettere allo psicoterapeuta l'intensità dell'emozione che percepisco dal racconto pieno di dolore e di sofferenza. Quando vedo poi l'espressione del paziente rassicurato dopo un intervento adeguato del terapeuta, capisco che il senso che ho dato alle parole era quello giusto.*

*Non potrò mai più dimenticare alcune immagini tragiche che, raccontate da alcuni di loro, si sono impresse nella mia memoria... Questo forse contribuirà a non dimenticare le migliaia di storie che, silenziosamente e quotidianamente, si ripetono nel nostro tempo.*

Per un terapeuta, lavorare con un mediatore è un'arte sottile. Per un mediatore, lavorare con un terapeuta lo è altrettanto. È come suonare in un duo musicale, la sintonia e l'armonia sono il segreto del successo. È un'arte relazionale che si basa sulla capacità di rispettarci, di capirci, di essere trasparenti l'uno con l'altro.

Se il duo suona bene la sua musica, il suo funzionamento professionale non si limiterà al successo legato al fatto di compiere bene i passi della terapia, ma avrà un effetto aggiuntivo in più: testimonierà davanti al paziente la coabitazione di due mondi, l'armonia che può esserci tra due professionisti, uno italiano e l'altro africano o asiatico, e diventerà la metafora di un successo possibile. Ciò che il paziente vede materializzarsi davanti ai suoi occhi, nell'intesa tra i due professionisti, è quanto si sta preparando dentro di lui, perché la sfida per sé, come per ogni migrante, è di trovare una coabitazione armonica dentro di sé tra il suo mondo di prima e quello di ora. Un mediatore e un terapeuta che lavorano bene insieme realizzano qualcosa di più della semplice somma delle competenze di ciascuno: uno più uno, in questo caso, non fa due, ma tre.

I mediatori che hanno collaborato alla realizzazione di questo capitolo, attraverso il racconto della loro esperienza, sono: *Fatima Ait Souabni* (mediatrice di lingua araba e francese), *Isabelle Binet* (mediatrice di lingua francese), *Shirin Zakeri* (mediatrice di lingua farsi e inglese).

---

# CAPITOLO 8

## La rete

Francesco Colosimo

*È la natura sociale dell'uomo a distinguerlo dalla materia bruta. Per quanto l'indipendenza sia un suo privilegio, l'interdipendenza è allo stesso modo un suo obbligo. Solo un uomo arrogante pretende di essere indipendente da tutti e di bastare a se stesso.*

Mahatma Gandhi

### Concetti generali

Con i termini "rete" e "rete sociale" si fa riferimento sia a un modo con cui descrivere le relazioni sociali sia a un approccio metodologico proprio del lavoro sociale. Nel tempo il concetto di rete ha acquistato una rilevanza crescente perché è apparso particolarmente adeguato a descrivere e fronteggiare la complessità (Regione Lombardia, 2010).

Parlando di rete si parla di pluralità e di orizzontalità, cioè della tendenza a riconoscere pari legittimità ai suoi vari elementi e quindi a promuovere tra essi rapporti meno gerarchici possibile.

L'approccio di rete può essere utilizzato sia nel lavoro con le persone in difficoltà, coinvolgendo l'interessato e il suo contesto di riferimento nelle azioni volte alla risoluzione dei problemi, sia nell'organizzazione dei servizi, promuovendone l'integrazione, sia infine nel lavoro con la comunità.

Perché l'efficacia dell'azione di rete sia massima, l'intervento dovrebbe elettivamente ricercare e sostenere l'intreccio tra i tre livelli (Regione Lombardia, 2010).

Nell'ambito delle politiche sociali, negli ultimi decenni si è assistito a un crescente interesse per le reti informali, cioè le reti familiari, amicali, di vicinato, e si è sempre più rafforzata l'idea che le relazioni e le interazioni dal basso possano curare e creare benessere. Questa impostazione è fondativa della psichiatria di comunità.

Obiettivo è promuovere l'*empowerment*, aiutare la persona a riconoscere le proprie risorse e quelle dell'ambiente, sviluppare forza, competenza, abilità personali. Per far questo occorre agire a livello individuale e del gruppo.

In Europa, negli anni '60 e '70 del secolo scorso, con Basaglia, il movimento dell'antipsichiatria e la nascita della psicologia di comunità, si inizia a spostare l'attenzione dalla malattia alla persona, si mette l'accento sui problemi umani e sociali e si rivolge l'attenzione all'interfaccia tra la sfera personale e quella collettiva, tra la sfera psicologica e quella sociale: avvicinandosi al paziente il professionista della salute mentale deve prendere in carico tutta la persona, il suo corpo e la sua mente, la sua storia e la sua vita.

Più di recente, Françoise Sironi (2004), con il concetto di psicologia geopolitica clinica, sottolinea come la nostra pratica clinica sia collegata con l'ambiente collettivo: l'articolazione tra storia collettiva e storia individuale, l'impatto diretto e distruttivo della guerra, delle torture, della globalizzazione, dell'obbligo per gli immigrati di integrarsi sono, per la Sironi, all'origine dei diversi disturbi di cui soffrono i nostri pazienti.

Occorre dunque lavorare considerando la dimensione collettiva con ogni paziente, e rispondere alla complessità usando strumenti complessi. Nel lavoro di rete la cooperazione di diverse persone per rispondere ai problemi di un singolo, oltre ad attivare sinergie tecniche, costituisce anche un'azione dal potente valore simbolico e sociale per l'utente.

Il lavoro psico-sociale con richiedenti e titolari di protezione internazionale ha una peculiarità: i migranti forzati sono stati spesso vittime della violenza intenzionale di altri uomini o di uno Stato, divenendo persone che hanno perso la fiducia nel genere umano e per le quali si è verificata una rottura delle relazioni con gli altri esseri umani. Entrare in contatto con queste persone riapre costantemente una sfida, poiché costantemente essi percepiscono il rischio che quella violenza possa perpetuarsi in ogni nuova relazione che allacciano.

Entrando in contatto con i migranti forzati noi possiamo accogliere, e fornire loro una nuova esperienza riparativa, o possiamo riattualizzare la violenza.

## **L'équipe multidisciplinare**

Il primo nodo della rete nella quale sono accolti i nostri pazienti è l'équipe multidisciplinare. La finalità del nostro gruppo di lavoro è di riconoscere, accogliere, curare, perché i pazienti possano riscoprirsi "persone", riappropriarsi della dignità di essere umano e ridare significato alla propria esperienza di vita per riprogettarsi un futuro.

Semplificando, possiamo parlare di équipe multidisciplinare come prima maglia della rete, mentre il coinvolgimento dei servizi e della comunità, e l'azione politica, ne costituiscono le maglie via via più ampie.

La nostra équipe svolge una serie di funzioni: accoglienza, lavoro di segreteria, valutazione iniziale, psicoterapia, farmacoterapia, mediazione linguistico-culturale, certificazione psichiatrico-forense, attività infermieristiche, collegamento con altre strutture sanitarie, preparazione all'audizione per il riconoscimento della protezione internazionale, progettazione e ricerca fondi, formazione interna, supervisione, ricerca e pubblicazione scientifica, coordinamento del percorso di cura, lavoro di rete e attività amministrativa.

Le figure professionali che compongono l'équipe multidisciplinare sono molteplici: centrali nel nostro servizio sono gli operatori che per primi accolgono i nostri pazienti, aprono loro la porta, offrono il tè, chiacchierano con loro con attenzione e disponibilità all'ascolto, in un clima di familiarità che solitamente si rivela nel tempo un aspetto fondamentale dell'intervento. Accogliere aiuta a sciogliere il senso di estraneità, il silenzio, la diffidenza. E il fatto che il nostro servizio abbia sede in un appartamento, in una casa, rende più facile che questo avvenga. Le stesse persone che accolgono svolgono il lavoro di segreteria, e tengono in genere le fila dei numerosi contatti dell'équipe con la rete esterna.

Lo psicoterapeuta è il profilo professionale che declina il suo intervento sul versante dei bisogni psicologici e relazionali specifici dei vissuti dei nostri pazienti e della loro

peculiare sintomatologia. La sua azione si struttura attraverso colloqui il cui obiettivo è stabilire una relazione significativa capace di fronteggiare la sofferenza emotiva e promuovere la rielaborazione del trauma.

Il mediatore linguistico-culturale è un'altra figura centrale del percorso di presa in carico. La scelta del mediatore è concordata con il paziente: "Esprimersi nella lingua madre consente di mobilitare ricordi, rappresentazioni e un universo di sensi che sono stati codificati nella lingua materna" (Linee guida FER, 2011).

L'infermiere è la figura professionale che svolge la sua opera attraverso l'informazione, la prevenzione e l'educazione alla salute nei casi che presentano anche problematiche di tipo sanitario non psichiatriche. Coordina e pianifica i necessari interventi di carattere diagnostico-terapeutico al fine di garantire le certificazioni medico-legali e l'assistenza medica necessarie. Fornisce supporto attivo e ascolto all'utente.

Lo psichiatra è coinvolto nelle valutazioni iniziali dei pazienti, nelle certificazioni in vista dell'audizione in commissione per il riconoscimento della protezione e prescrive l'eventuale farmacoterapia necessaria.

Il coordinatore delle attività di ricerca si occupa di dare consistenza scientifica al lavoro con i pazienti progettando e coordinando la raccolta dei dati, la loro successiva elaborazione e sovrintende al lavoro di pubblicazione.

Il supervisore mette la sua esperienza clinica a servizio degli operatori e dei pazienti e utilizza la sua esperienza transculturale per stimolare l'equipe ad accogliere schemi interpretativi diversi della malattia e della vita. Questi diversi schemi possono essere utilizzati per migliorare la capacità di curare le persone che arrivano alla nostra attenzione e per mediare tra visioni diverse della malattia e della vita.

Il responsabile dell'Area sanitaria Caritas di cui il servizio è parte, infine, gioca un ruolo fondamentale nelle strategie di sviluppo, nelle relazioni con l'esterno (istituzioni pubbliche e private, diversi componenti della rete sociale, attività di *advocacy* politica) e si occupa della ricerca dei fondi per il finanziamento del progetto.

Ci sono alcuni elementi irrinunciabili che caratterizzano l'equipe del nostro progetto: accoglienza calda e familiare, bassa soglia di accesso, motivazione degli operatori, professionalità, ascolto. In sostanza, nella piccola rete dell'equipe è l'insieme delle maglie che cura e protegge, e non i singoli elementi isolati.

## La rete cittadina

### *I centri d'accoglienza*

In genere i nostri pazienti non hanno la famiglia con sé e non di rado hanno difficoltà di contatti con i loro connazionali. Il loro contesto di riferimento diventa quindi il centro di accoglienza in cui sono ospitati e gli operatori dei servizi che si prendono cura di loro.

L'operatore dei centri di accoglienza, nella definizione proposta dal manuale operativo del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) italiano, "ha il compito di curare gli interventi che garantiscano la realizzazione di un'accoglienza integrata" (Linee guida FER, 2011). Nei progetti di accoglienza, egli cura gli aspetti organizzativi e gestionali della struttura (vitto e alloggio, assistenza economica) e, nello stesso tempo, accompagna i beneficiari nella conoscenza e nell'accesso ai servizi del territorio.

Tale funzione ha una forte componente relazionale legata alla condivisione della quotidianità.

A volte i nostri pazienti sono minorenni e in genere, come dicevamo, non hanno familiari con sé. In questi casi vengono ospitati in centri di accoglienza per minori (del tipo "case-famiglia") e viene nominato un tutore, individuato solitamente tra gli assistenti sociali del Comune. È necessario concordare con il tutore tutte le decisioni da prendere nei progetti di cura dei minori non accompagnati. Questo aspetto risulta a volte difficoltoso poiché il rapporto numerico tra minori da tutelare e tutori disponibili è molto alto, e i tutori sono in genere sovraccarichi di lavoro, cosa che non rende agevoli le comunicazioni.

### *Le figure professionali della rete di assistenza*

L'assistente sociale è il profilo professionale che possiede competenze di lavoro in rete sia con i servizi istituzionali sia con quelli del privato sociale. Si occupa quindi della gestione degli aspetti relazionali, amministrativi e gestionali relativi al riconoscimento di diritti dei soggetti.

L'operatore legale è la figura professionale che possiede le competenze giuridiche con cui fornisce supporto e orientamento nell'espletamento delle pratiche relative all'ottenimento della protezione internazionale.

I medici sono le figure professionali che a diverso titolo, e con diverse specializzazioni, attuano interventi di tipo sanitario volti a promuovere la salute e il benessere dei soggetti. Il medico legale gioca un ruolo decisivo nel riconoscere e certificare le evidenze cliniche di maltrattamenti e torture. La sua azione risulta di particolare importanza, in quanto tale certificazione è spesso determinante ai fini del riconoscimento della protezione. Gli stessi esiti di violenza sono quelli che spesso richiedono interventi clinici specialistici mirati (ortopedici, fisioterapici, eccetera).

L'operatore del centro per l'impiego è la figura professionale con il compito di facilitare l'inserimento lavorativo delle cosiddette fasce "deboli" della popolazione. La sua azione è volta a favorire il contatto tra le imprese e i soggetti stessi. L'azione d'inserimento lavorativo curata dall'operatore è sostenuta da un adeguato progetto e prevede colloqui, verifiche e visite presso le imprese interessate a vantaggio d'entrambe le parti. Ha anche compiti di informazione, orientamento alla formazione professionale e ricerca di strumenti utili all'autonomia.

Altri elementi della rete sono i centri di formazione, dove i nostri pazienti seguono corsi di lingua italiana, programmi scolastici per l'ottenimento della licenza media e di formazione professionale; la Commissione Territoriale, che si occupa del riconoscimento giuridico dello *status* di rifugiato e degli altri tipi di protezione, con cui cerchiamo e manteniamo (quando possibile) rapporti di collaborazione e, infine, gli altri servizi dedicati a richiedenti asilo e rifugiati a livello cittadino. Il Dipartimento di Salute Mentale del Sistema Sanitario Nazionale, nelle sue varie articolazioni (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro di Salute Mentale, Centro Diurno) è un altro importante nodo della rete. Spesso i nostri pazienti incontrano barriere all'accesso ai servizi della salute mentale: per questo è molto utile lavorare in sinergia con i DSM e varare, possibilmente, dei protocolli d'intesa.

Occorre sottolineare che l'assetto complessivo dell'organizzazione istituzionale di accoglienza ai migranti forzati risulta spesso insufficiente rispetto ai bisogni di questa

popolazione: trovare una casa e un lavoro adeguati, così come accedere ai servizi sanitari e sociali può risultare piuttosto difficile.

### *Il lavoro con la comunità*

Un altro nodo importante della rete è il contesto di riferimento dei pazienti e le reti familiari e di vicinato, ma vi sono varie difficoltà a questo livello: la prima è che i migranti forzati arrivano nel nostro paese in gran parte da soli, senza famiglia e senza amici; inoltre la comunità cittadina che li accoglie è a volte ostile; infine sono non di rado costretti a cambiare centro di accoglienza, e a volte città, per motivi organizzativi dei servizi di accoglienza.

Il primo periodo di vita in Italia di rifugiati e richiedenti asilo è spesso caratterizzato da disorientamento e da un senso di vuoto e di frammentarietà: talora i loro unici compagni sono i ricordi dolorosi del passato. In genere, inoltre, i centri di accoglienza dove vive la maggior parte di loro chiudono la mattina e riaprono la sera, e gli ospiti sono costretti a girare per la città senza avere un posto dove stare.

Anche dopo aver ottenuto la protezione internazionale, per la maggior parte delle persone l'inserimento sociale (soprattutto trovare una casa e un lavoro) è un percorso molto difficile. Esistono per fortuna associazioni che si prefiggono di tutelare i migranti nell'esercizio dei propri diritti e di abbattere le barriere che rendono difficile un vero processo di integrazione: anche con queste associazioni il nostro servizio entra in rete.

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, le condizioni di vita difficoltose che un migrante forzato incontra durante il suo percorso migratorio, tra cui le attitudini negative della comunità ospitante, possono giocare un ruolo di non poco conto nel mantenere la sua sofferenza e nel determinare una possibile ritraumatizzazione. Appare necessario promuovere, da parte dei servizi e della comunità, modalità di accoglienza in grado di rendere i rifugiati soggetti attivi, invece di mantenerli nel ruolo impotente di semplici oggetti di assistenza: *empowerment* invece di assistenzialismo.

## **La rete regionale**

Oltre ai contatti individuali di ogni singolo operatore, c'è nella regione Lazio, dove il servizio si trova, un gruppo di collegamento regionale "Immigrazione e Salute", il GrIS-Lazio, elemento prezioso della rete a favore dei migranti, nato per studiare i bisogni di salute dei migranti e trovarvi risposte, luogo d'incontro tra operatori di strutture pubbliche e di gruppi dell'associazionismo (volontariato e privato sociale) che è cresciuto negli anni promuovendo un processo di reciproco riconoscimento, arricchimento e integrazione (Geraci, 2007).

Il GrIS-Lazio mantiene una configurazione informale nonostante riunisca 45 organismi delle cinque province laziali, 16 strutture sanitarie pubbliche, 23 associazioni, 4 uffici degli enti locali, 2 gruppi tematici (GrIS-Rom e Sinti e GrIS-Rifugiati) e ha come obiettivi quello di informare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi di volontariato e privato sociale, di 'mettere in rete' gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative, e infine di proporre soluzioni e iniziative nei confronti dei temi emergenti. Si propone anche di essere un

laboratorio di modelli assistenziali innovativi, e un luogo di riflessione teorica sull'evoluzione dei sistemi sanitari e sulla domanda di salute di nuovi "attori": richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta (Geraci, 2007).

#### *La rete nazionale*

Il GrIS-Lazio è un'unità locale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e fa parte di questa rete nazionale, che raduna gli altri GrIS delle varie regioni italiane.

Oltre a partecipare alla rete dei GrIS, il nostro gruppo ha partecipato e partecipa a progetti nazionali multicentrici finanziati con fondi europei per il sostegno e l'integrazione di richiedenti asilo e rifugiati e ad azioni per promuovere buone pratiche nei servizi, e stimolare l'integrazione socio-sanitaria con le agenzie nazionali esistenti, varando ad esempio protocolli operativi che favoriscano il lavoro in rete (Linee guida FER, 2011).

#### *L'azione politica*

La partecipazione alle attività della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ha anche l'obiettivo di elaborare proposte politico-organizzative, di fare efficace azione di *advocacy* in favore dei rifugiati e della soddisfazione dei loro bisogni di salute, di partecipare a gruppi di pressione sui decisori politici, di condurre azioni di informazione e di stimolo sulla cittadinanza. Le pubblicazioni scientifiche e quelle divulgativa sulla stampa per il grande pubblico costituiscono altri modi di esercitare azione politica.

## **Conclusioni**

La complessa organizzazione di reti intorno ai bisogni dei migranti forzati corrisponde alla complessità delle condizioni di vulnerabilità in cui si trovano molti nostri utenti.

Riprendendo le parole delle linee guida citate, quella dei richiedenti e titolari di protezione internazionale "è una dimensione articolata e complessa, dove aspetti giuridici, sanitari e sociali vanno considerati sia nella loro specifica autonomia, sia nelle possibili, a volte problematiche, reciproche interazioni" (Linee guida FER, 2011).

"La vulnerabilità dei nostri utenti non è circoscrivibile come condizione intrasoggettiva, ma nasce dall'incontro tra un individuo e un contesto e – salvo casi particolari – è in funzione del contesto e delle sue caratteristiche che si determina un'effettiva condizione di svantaggio" (Linee guida FER, 2011).

Considerando l'importanza delle variabili di contesto, ritengo che prossimi orizzonti del nostro servizio siano la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e la promozione intorno ai nostri pazienti di gruppi amicali, cioè reti sociali spontanee che progressivamente sostituiscano quelle assistenziali-istituzionali. Gli interrogativi per il futuro riguardano come promuovere legami sociali e come i cittadini italiani risponderanno. La cura di questi pazienti è anche una questione politica: l'impegno per il futuro significa infatti promuovere la partecipazione attiva dei pazienti vittime di violenza alla vita sociale del nostro paese, e al tempo stesso la partecipazione attiva dei cittadini italiani all'integrazione dei migranti forzati.

---

# CAPITOLO 9

## Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica

Massimiliano Aragona

*Tu lascerai ogni cosa diletta  
più caramente; e questo è quello strale  
che l'arco de lo essilio pria saetta.  
Tu proverai sì come sa di sale  
lo pane altrui, e come è duro calle  
lo scendere e 'l salir per l'altrui scale.*  
Dante, Paradiso, XVII, 55-60

### Introduzione

In questo capitolo si affronterà il tema dell'emergenza di quadri di sofferenza psicopatologica nei migranti. Lo si farà ripercorrendo le tappe e i principali risultati delle ricerche sull'argomento, ricerche in parte svoltesi all'interno del poliambulatorio per migranti dell'Area sanitaria Caritas di Roma.

L'Area sanitaria Caritas è impegnata da trent'anni nella tutela della salute degli immigrati, una tutela che va ben oltre la semplice assistenza e che pur rispondendo concretamente ad un bisogno di salute e promuovendo un'efficace azione di orientamento sanitario, si sviluppa nella consapevolezza che solo attraverso un'approfondita conoscenza del fenomeno è possibile fornire risposte sanitarie adeguate.

In questo contesto va inquadrato il lavoro di ricerca epidemiologica di cui si tratterà in questa sede; si tratta di ricerche cosiddette "evidence-based", ovvero di ricerche che utilizzano metodologie atte a "misurare" quantitativamente le variabili psicopatologiche in gioco, *riducendole* a variabili numeriche da analizzare statisticamente. È insomma una metodologia che fa chiaramente parte di un'attitudine scientifica tipicamente riduzionista e obiettivante, largamente diffusa nel mondo occidentale. Con ciò si vuole sottolineare che chi scrive è ben consapevole che così viene tagliata fuori tutta un'area di ricerca di tipo qualitativo, non riduzionista e più sensibile alle specificità culturali. Tuttavia, pur essendo ben consapevoli dei limiti epistemologici e metodologici della ricerca evidence-based (su cui si è particolarmente insistito altrove, cfr. Aragona, 2009), si ritiene tuttavia che una iniziale valutazione quantitativa dei fenomeni in gioco sia molto importante *anche* per poter poi progettare approfondimenti qualitativi più mirati. Le due metodologie, insomma, anziché essere poste ideologicamente in contraddizione andrebbero utilizzate entrambe, ognuna coerentemente alle

proprie specificità metodologiche, consentendo un dialogo reciproco e una integrazione dei saperi.

Tornando alle ricerche che qui verranno esposte, i dati che ci forniscono possono rappresentare un'ottima base di partenza per indicare in modo chiaro l'entità delle problematiche in gioco e i fattori che le influenzano. Il concetto chiave che ha guidato le nostre ricerche è quello della in-formazione (cfr. Tarsitani et al., 2001); infatti, pur non essendo un'università o un ente specificamente preposto a fare ricerca, l'Area sanitaria Caritas attribuisce molta importanza alle attività di ricerca rigorosamente scientifiche, e ciò perché ne riconosce le importanti ricadute cliniche, sia all'interno che all'esterno. Avere una ricaduta interna significa, partendo da alcune intuizioni che arrivano dall'attività clinica, far nascere la possibilità di formalizzarle, di metterle alla prova su campioni più ampi e trovare poi un modo per restituire l'informazione agli operatori. Tutto ciò al fine di prepararli sempre meglio a riconoscere e far emergere gli elementi di sofferenza psicopatologica che a volte potrebbero sfuggire, soprattutto se il contesto è quello di un ambulatorio di medicina generale ad alta intensità assistenziale e se la presentazione del quadro clinico offerta al medico è quella di sintomi riferiti al corpo. Rispetto alla ricaduta esterna, sappiamo che il nostro lavoro, in particolare quello specialistico del progetto *Ferite invisibili*, è una sorta di goccia nel mare. Abbiamo diversi psicoterapeuti e riusciamo a visitare e a seguire nel tempo un buon numero di pazienti, ma è infinitamente inferiore a quello che servirebbe, perciò è importante che questi dati servano anche come comunicazione agli altri per iniziare a trasmettere una serie di in-formazioni - vale a dire informazioni che siano però già in qualche modo formate - e far sì che pian piano altri servizi possano affiancarsi e portare avanti un lavoro che non può essere opera soltanto di pochissimi centri superspecializzati.

Fatta questa premessa più generale, lo scritto si articolerà come segue: inizialmente si partirà dal concetto di somatizzazione e dalla sua rilevanza come espressione psicopatologica nei migranti. Nella seconda parte si passerà alle ricerche sui sintomi più tradizionalmente considerati in relazione a esperienze traumatiche: i sintomi da stress post-traumatico; sempre in questa parte si discuterà anche della relazione tra questi e altri sintomi ad essi correlati: ansia, depressione, e le suddette somatizzazioni. Nella terza parte il piano dei sintomi verrà messo in relazione con i fattori responsabili della loro insorgenza, riesacerbazione, persistenza, aggravamento, etc.

Il legame che unisce questi vari livelli sarà comune: la tendenza di molti migranti a non riferire come tali i propri sintomi di disagio psicopatologico, con il rischio che il disagio resti nascosto (per l'appunto, "*ferite invisibili*"). È invece importante che questa sofferenza possa venir riconosciuta ed emergere, perché se non viene adeguatamente curata (nel senso più ampio del prendersi cura) può portare a disadattamento, cronicizzazione e a volte iatrogena.

## **Le somatizzazioni**

Kirmayer (1984) definisce la somatizzazione come presentazione di sintomi fisici in assenza di patologia organica o amplificazione dei disturbi fisici concomitanti a malattie organiche, al di là di una possibile connessione fisiogena. Il termine somatizzazione è

usato clinicamente in diversi modi: per riferirsi a classi di disturbi psichiatrici; per riferirsi a processi di trasformazione e traduzione di conflitti psicologici in sintomi corporei; per descrivere un gruppo di disturbi del comportamento, specialmente uno stile di presentazione clinica, in cui i sintomi somatici sono presentati per escludere o eclissare stress emozionali e problemi sociali. Nella ricerca questa varietà di definizioni si traduce in ostacoli metodologici legati alle diverse modalità di valutazione che rendono spesso i dati presenti nella letteratura scientifica difficilmente confrontabili.

Al di là delle diatribe terminologiche, ciò che qui conta sottolineare è che la nostra ricerca parte da un'esperienza clinica concreta avvenuta alla fine degli anni '90 a Roma, nel poliambulatorio Caritas per migranti. Insieme a Francesco Colosimo notavamo tra i migranti che richiedevano una visita con il medico di base un discreto numero di casi nei quali i sintomi somatici riportati, piuttosto che essere espressione di una sottostante alterazione fisiopatologica, erano più probabilmente espressione tramite il corpo di un disagio psicologico. Un'analisi dei dati epidemiologici dell'ambulatorio relativi a quel periodo permise di avanzare l'ipotesi che essi potessero sottostimare l'effettiva incidenza e prevalenza delle sindromi di somatizzazione, la cui diagnosi sarebbe spesso nascosta dietro etichette mediche poco specifiche (cfr. Tarsitani et al., 2005). Sulla base di queste osservazioni iniziali, una review sulla psicopatologia delle somatizzazioni, sul loro inquadramento nosografico e sul problema della comorbidità, sottolineava l'inadeguatezza sia delle classificazioni correnti, sia di alcune proposte alternative. Si proponeva di utilizzare strumenti diagnostici meno restrittivi che consentissero di selezionare un campione generale di pazienti con sindromi da somatizzazione, per poi procedere solo in un secondo momento a sottotipizzazioni più coerenti (Aragona e Colosimo, 2000). In questo quadro, si propose di utilizzare il termine "sindromi da somatizzazione" per indicare quel gruppo di quadri clinici caratterizzati dalla preponderanza, nel quadro sintomatico, di sintomi corporei che: a) non sono espressione di un danno organico o di una alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e b) sono interpretati come espressione corporea di un problema di ordine psichico (utilizzando volutamente un termine generico come "problema" per evitare di attribuire ad un unico meccanismo psicopatogenetico un complesso sindromico che è probabilmente eterogeneo). Coerentemente con questa linea, un altro lavoro si era occupato di individuare lo strumento più idoneo per selezionare pazienti con possibili sindromi da somatizzazione in un contesto clinico transculturale (Colosimo e Aragona, 2000), individuandolo nella versione a 21 item del Bradford Somatic Inventory (BSI-21) (Mumford et al., 1991). I dati che seguono sono l'applicazione nella ricerca di questa linea, nel tentativo di rispondere alle seguenti domande: Quanto sono frequenti le somatizzazioni nei pazienti immigrati di prima generazione che vengono visitati dal medico di base? Sono rare, come attesterebbero i dati epidemiologici, o sono invece frequenti, come suggerisce l'iniziale osservazione clinica? E poi, che influenza esercitano, nello sviluppo di somatizzazioni, caratteristiche come sesso, età, scolarità, etnia, situazione abitativa e lavorativa, grado di integrazione con la popolazione ospite e con i propri connazionali, soddisfazione/delusione rispetto al proprio progetto migratorio, conoscenza dell'italiano e durata del periodo di permanenza in Italia? Queste questioni sono state indagate in una serie di ricerche (Aragona et al., 2005, 2008, 2012b; Martinelli et al., 2008; Tarsitani et al., 2001, 2005) che nell'insieme permettono di affermare che:

a) almeno un quarto dei pazienti visitati in servizi di medicina di base dedicati ai migranti presenta una sindrome da somatizzazione, con conseguenti importanti ricadute per la terapia (ad es., scambiare una somatizzazione per un dolore infiammatorio comporta la prescrizione inappropriata di antinfiammatori, con rischi di cronicizzazione e di possibili danni iatrogeni). In particolare, il dato oscilla arrivando in alcuni studi quasi al 40%, ma ci sembra che la prevalenza del 25,6% che emerge da uno studio effettuato su una popolazione di 3051 pazienti (Aragona et al., 2012b) sia da considerare molto attendibile. È fondamentale conoscere questo dato, perché un medico che opera in quel contesto deve essere avvertito che per ogni quattro pazienti che visita è probabile che uno esprima, tramite sintomi corporei, un disagio che è di altra natura, e che va colto e riconosciuto per tempo per consentirgli di affrontarlo e risolverlo.

b) non tutti i gruppi di migranti somatizzano allo stesso modo. Vi è tutta una letteratura teorico-antropologica che sembra suggerire che le somatizzazioni possano essere molto frequenti in quelle culture non occidentali in cui vi sarebbe una difficoltà culturalmente determinata a esprimere il disagio in termini psicologici (cfr. Leff, 1988). Tuttavia Kirmayer (2001) ha suggerito di essere cauti su questo punto, perché l'impressione iniziale che Asiatici e Africani somatizzino più degli occidentali potrebbe essere influenzata da problemi metodologici come il basarsi su rilievi aneddotici o usare come gruppo di controllo popolazioni locali molto diverse dal punto di vista sociodemografico. In effetti, contrariamente alle aspettative non sono gli asiatici, ma i sud- e centro-americani i soggetti in cui è più frequente una sindrome da somatizzazione (Aragona et al., 2005, 2012b). Questo dato, che del resto è in linea con quanto rilevato da uno studio multicentrico dell'OMS (Gureje et al., 1997), costringe a rivedere alcune delle opinioni sulle modalità culturali di esprimere la sofferenza e indica la necessità di lavori qualitativi che esplorino le ragioni di questa differente tendenza.

c) un altro dato atteso era una relazione tra bassa scolarità e somatizzazioni, usualmente spiegato con il fatto 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. Anche qui i dati di letteratura sui migranti tendono a smentire questa aspettativa, non essendo stata riscontrata una correlazione significativa tra scolarità e somatizzazioni (Martinelli et al., 2008).

d) infine, la letteratura sui pazienti occidentali è sempre stata concorde sull'evidenza che le donne somatizzano più degli uomini, ma non è mai riuscita a dare un'interpretazione chiara del perché ciò succeda, le interpretazioni oscillando da motivi biologici (le donne somatizzano di più per come sono fatte geneticamente) a motivi biologico-esperienziali (le esperienze legate al genere, come mestruazioni e gravidanza, darebbero loro una diversa sensibilità ai messaggi corporei) a motivi più culturali (il loro ruolo sociale, la loro modalità di entrare in relazione col medico, etc.). Le ricerche sui migranti iniziano a chiarire questa relazione (Aragona et al., 2008), perché se è vero che in generale anche nel caso dei migranti le donne somatizzano più degli uomini, ciò varia nei vari gruppi etnici in quanto solo nei caucasici e nei sud/centro americani le donne somatizzano più degli uomini, mentre questa differenza di genere non appare rilevabile in africani e asiatici. Inoltre, dalla stessa ricerca è emerso che non solo cambia la tendenza a somatizzare a seconda del gruppo di appartenenza, ma anche che in gruppi diversi varia anche il modo di esprimere la somatizzazione (ovvero il tipo di sintomi somatici più frequente-

mente riportati). Nel complesso questi dati indicano che 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, permettendo di escludere le precedenti ipotesi biologiche.

Nei prossimi due paragrafi si tornerà ancora sulle somatizzazioni, viste come possibile reazione psicopatologica a vissuti traumatici e quindi in correlazione ai sintomi post-traumatici più noti.

### **Sintomi post-traumatici e altri fenomeni psicopatologici correlati al PTSD**

Nell'ambito della medicina delle migrazioni, i sintomi post-traumatici (quelli che caratterizzano la diagnosi DSM di Disturbo da Stress Post-Traumatico, cfr. il sesto capitolo) sono usualmente studiati in popolazioni specifiche, nelle quali è presumibile che vi siano ripetute occorrenze di eventi traumatogeni. Così, la maggior parte delle ricerche si concentra su rifugiati e richiedenti asilo. Qui la prevalenza di PTSD varia ampiamente da studio a studio, con prevalenze del 26% in studi su rifugiati balcanici (Mollica et al., 1999) e addirittura del 50% in studi su richiedenti asilo *detenuti* in centri per immigrati negli USA (il corrispettivo dei CIE italiani!) (Keller, 2003). Dunque, prevalenze variabili in base alle caratteristiche del campione studiato e della gravità della situazione di vita; una meta-analisi su circa 7000 persone rifugiate in nazioni occidentali ci aiuta ad attestare un dato medio, suggerendo che la prevalenza di PTSD tra i rifugiati sia tra il 9 e l'11% (Fazel et al., 2005).

Rispetto a ciò, in Caritas sono stati condotti diversi studi per valutare la frequenza di quadri post-traumatici e altri sintomi ad essi correlati, in pazienti immigrati che si rivolgono all'ambulatorio di medicina generale per una prima visita con il medico di base (Aragona et al., 2010, 2012a, 2013; Carrer et al., 2011). L'interesse di queste ricerche è che vertono su un campione non solo decisamente meno studiato, ma anche visto in una situazione più vicina a quella che può essere la realtà di molti centri italiani per l'assistenza sanitaria agli immigrati.

Nell'insieme questi studi convergono verso una prevalenza di PTSD intorno al 10% del campione, in linea con quanto atteso nei rifugiati, e dunque più elevata di quanto ci si potesse attendere in una popolazione di non rifugiati. A questo riguardo la nostra ipotesi è che i migranti che frequentano servizi medici come quello della Caritas siano, rispetto alla popolazione generale dei migranti presenti nel nostro paese, quelli più frequentemente in condizioni sociali svantaggiate, e quindi più a rischio di esposizione a situazioni difficili, possibilmente ritraumatizzanti e fonte di disagio psichico (si veda in seguito il ruolo delle difficoltà vitali post-migratorie). Inoltre, le stesse ricerche segnalano che nello stesso campione vi è un'alta prevalenza di altri fenomeni psicopatologici, in particolare quelli di tipo ansioso (39,6%) e depressivo (46,13%) (Carrer et al., 2011). A questo proposito, un dato da sottolineare è che la divisione dei fenomeni mentali in disturbi distinti appare chiaramente artefatta, perché in pratica la fenomenica psicopatologica post-traumatica appare ampia, il disagio psichico esprimendosi su tutti i piani indagati: tra i soggetti studiati, nessun paziente a cui si è fatta diagnosi di PTSD ha solo questa sindrome, essendovi sempre la copresenza di almeno uno degli altri disturbi indagati (ansia, depressione, sindrome da somatizzazione), e nel 9,9% dei casi essendovi la contempo-

reana presenza di tutti e quattro i quadri indagati. Questo dato è ulteriormente confermato dagli elevati indici di correlazione ( $p < 0,00001$ ) tra questi quadri clinici (Carrer et al., 2011) e dal riscontro che tra i pazienti con PTSD il 97,5% ha anche una sindrome depressiva, il 92,5% una sindrome d'ansia e l'80% una sindrome da somatizzazione (Aragona et al., 2013). Infine, questa stretta interrelazione è confermata anche dagli studi che partono dalle somatizzazioni, per cui i soggetti che somatizzano hanno maggior probabilità di avere un PTSD, quasi tutti i sintomi di PTSD sono più frequenti nei somatizzatori, ed il numero di sintomi post-traumatici aumenta significativamente ( $p < 0,01$ ) il rischio di avere una sindrome da somatizzazione (Aragona et al., 2010).

Nell'insieme, questi dati indicano che un medico che opera in un servizio dedicato a migranti in condizioni socioeconomiche disagiate deve aspettarsi che un paziente ogni dieci possa soffrire a causa di sintomi post-traumatici. Questi spesso non verranno segnalati durante la visita, di solito perché il paziente non pensa che ci si possa far qualcosa, oppure vengono segnalati solo in parte (solo le difficoltà di sonno, o solo la cefalea o la difficoltà di concentrazione, o altri sintomi somatici rientranti nel costrutto delle somatizzazioni), per cui un medico non informato sulla possibilità che siano sintomi post-traumatici può rischiare di non coglierli e non indicare al paziente la possibilità di cura a cui può accedere.

## **Esperienze traumatiche e difficoltà vitali post-migratorie**

Il passo logicamente successivo alla obiettivazione della sintomatologia consiste nel mettere questo piano in relazione con i fattori responsabili della loro insorgenza, riesacerbazione, persistenza, aggravamento, etc. Qui le ricerche si sono concentrate su due tipi di esperienze, quelle propriamente psicotraumatogene, occorse usualmente prima di lasciare il proprio paese e/o durante il viaggio, e quelle post-migratorie, che pur non essendo spesso la "causa" del quadro psicopatologico post-traumatico, sono però importanti per il loro possibile ruolo "ri-traumatizzante".

### *Traumi pre-migratori*

Rispetto alle esperienze traumatiche pre-migratorie, occorre ricordare che in popolazioni generali esposte a eventi traumatici si è riscontrata una importante differenza tra esposizione all'evento (il 40-70% della popolazione avrebbe subito eventi potenzialmente psicotraumatici), ed effettiva prevalenza del PTSD (8-9%) (Connor e Butterfield, 2003). Ciò vuol dire che se da un lato il trauma provoca un complesso corteo di reazioni psicologiche, dall'altro lato non c'è una relazione di necessità tra trauma e PTSD. In altre parole, non c'è una relazione causa-effetto diretta, ma interviene un'altra serie di fattori, tra i quali le caratteristiche della persona che subisce il trauma, il modo in cui se l'è organizzato, se l'è vissuto, gli ha dato un senso oppure no, e poi il contesto nel quale ciò è avvenuto e i successivi eventi (tra i quali alcuni avranno mitigato gli aspetti traumatizzanti mentre altre situazioni possono non averlo fatto o addirittura, come vedremo, aver complicato ulteriormente la situazione). Nel nostro caso, ovvero nelle vittime di violenza intenzionale, la cosa è anche più complessa, e ciò per il fatto che non stiamo parlando di eventi puntiformi come può essere il terremoto, lo tsunami e situazioni di questo tipo. Si tratta

invece di traumi intenzionali, perpetrati volontariamente dalle persone che li hanno effettuati e ripetuti nel tempo, su persone che vengono segregate, torturate, traumatizzate ripetutamente nel corso di diverse settimane, a volte diversi mesi. Ciò è probabile possa avere un effetto psicotraumatogeno intrinsecamente più grave, e futuri studi dovrebbero consentire di misurare l'entità di questa differenza.

Tornando alla relazione generale tra eventi potenzialmente traumatici e reazioni psicopatologiche post-traumatiche, dai nostri studi (cfr. Aragona et al., 2013) emerge che il 60,6% dei migranti che si rivolgono al medico di base ha avuto esperienza di almeno uno degli eventi potenzialmente traumatici elencati nell'Harvard Trauma Questionnaire (HTQ: Mollica et al., 1992; Shoeb et al., 2007). L'esperienza più frequente è la "deprivazione materiale" (32,7%), cosa attesa visto che di solito è la ragione principale per emigrare. Seguono però esperienze come "scomparsa, morte o ferimento di persone care", "lesioni corporee", "condizioni di guerra", "esser testimone di violenze sugli altri", "tortura" e "isolamento forzato e coercizione", le quali sono tipiche dei rifugiati e richiedenti asilo. Ciò attesta della somiglianza di fondo tra rifugiati e migranti in condizioni svantaggiate, di cui tratteremo anche in seguito. Future ricerche di tipo qualitativo dovrebbero concentrarsi sui percorsi di sviluppo dall'evento traumatico ai sintomi psicopatologici, consentendoci di individuare anche possibili specificità legate alle caratteristiche qualitative dell'evento occorso. Nel frattempo, i nostri dati confermano anche la presenza, già riscontrata nella letteratura internazionale su altre popolazioni di pazienti con PTSD, di un effetto quantitativo: tutti gli eventi potenzialmente traumatici misurati dall'HTQ sono significativamente più frequenti, ed il loro numero totale è significativamente più alto, nei soggetti con PTSD (Aragona et al., 2013). Inoltre, maggiore il numero di traumi subiti, maggiore il rischio relativo di sviluppare un PTSD, aumentato di 1,31 volte anche quando si controlla statisticamente per il possibile effetto di confondimento di altre possibili variabili; un effetto questo, di induzione di patologia post-traumatica, in cui il ruolo più forte è giocato dalla tortura (aumento del rischio di 7,26 volte,  $p = 0.001$ ), seguita da "isolamento forzato e coercizione" (Odds Ratio 4,56,  $p = 0.002$ ) (Aragona et al., 2013).

Lo stesso tipo di relazione è riscontrabile anche quando si indagano sintomi non specificamente di PTSD ma ad esso correlati, come le somatizzazioni: anche in questo caso all'aumentare del numero di eventi traumatici aumenta la gravità delle somatizzazioni, e questo effetto sembra dovuto a cinque tipi di trauma in particolare: deprivazione materiale, traumi corporei, essere forzato a far male ad altri, scomparsa, morte o ferimento di persone amate, e traumatismi cerebrali (Aragona et al., 2010).

#### *Difficoltà vitali post-migratorie (PMLD)*

Oltre alle esperienze intrinsecamente traumatiche, pre-migratorie, la letteratura ha analizzato a fondo il ruolo delle cosiddette "difficoltà vitali post-migratorie" (PMLD), dimostrando che esse hanno un ruolo patogeno definito. In particolare, si è visto che nei rifugiati e richiedenti asilo avere più esperienze di questo tipo comporta un aumentato rischio di avere un PTSD, con un aumento di gravità dei sintomi e una maggior difficoltà nel processo di integrazione sociale (ad esempio, Momartin et al., 2006; Schweitzer et al., 2006, 2011; Silove et al., 1997, 1998). Anche qui le nostre ricerche si sono concentrate sulla possibilità di estendere questo tipo di indagini alle popolazioni di migranti che più

tipicamente frequentano i servizi di assistenza sanitaria ad essi dedicati, andando a esplorare, con l'ausilio del Post-Migration Living Difficulties Questionnaire (PMLDQ: Silove et al., 1997, 1998) la relazione tra PMLD, PTSD e somatizzazioni nei migranti che richiedevano una visita con il medico di base del poliambulatorio Caritas. Si è riscontrato che il 73,65% di essi stava vivendo almeno una delle PMLD indagate, giudicata "grave" o "molto grave". Le gravi PMLD riportate più di frequente erano, nell'ordine, "mancanza del permesso di lavoro" (38,6%), "povertà" (34,5%), "non esser riusciti a trovar lavoro" (33,8%), "impossibilità di tornare a casa in caso di emergenza" (32%), "preoccupazione per la famiglia rimasta a casa" (29,9%). In generale, i pazienti avevano una media di 6,48 di queste PMLD gravi o molto gravi.

Il numero totale di PMLD aumentava significativamente in coloro che avevano un PTSD, dato questo dovuto a tutte le PMLD indagate ad eccezione di "difficoltà di comunicazione" e "essere interrogati dagli addetti all'immigrazione". Vi era inoltre una correlazione significativa tra il numero di PMLD e il rischio di avere un PTSD, anche dopo aver controllato per possibili fattori di confondimento (Odds Ratio 1,19,  $p < 0,001$ ). Tra le PMLD, quelle con il maggior effetto sul PTSD erano "solitudine o noia" (OR: 1,9;  $p < 0,001$ ), "scarso accesso alle cure mediche in caso di emergenza" (OR: 1,71;  $p < 0,001$ ) e "scarso accesso ai servizi di counselling" (OR: 1,64;  $p < 0,005$ ) (Aragona et al., 2013).

Dati ulteriori si sono evidenziati considerando le somatizzazioni come fenomeni post-traumatici. Infatti, nei nostri studi il numero di gravi PMLD nei somatizzatori è significativamente maggiore rispetto a chi non somatizza ( $p < 0,05$ ). In particolare, questa aumentata frequenza di PMLD tra i somatizzatori appare legata a 10 delle 24 PMLD considerate: scarso aiuto da parte del governo ( $p < 0,005$ ), incapacità di trovar lavoro ( $p < 0,01$ ), discriminazione, cattive condizioni di lavoro, scarso accesso alle cure mediche sia in emergenza che nel lungo termine, scarso accesso ai servizi di counselling, scarso aiuto dagli enti caritatevoli, povertà, solitudine e noia ( $p < 0,05$ ). Infine, si è evidenziato che il numero di gravi PMLD aumenta significativamente il rischio di somatizzazioni, con un effetto legato all'aver subito traumi pre-migratori: aver subito traumi pre-migratori aumenta il rischio di vivere esperienze post-migratorie difficili (PMLD gravi o molto gravi), e queste a loro volta aumentano ulteriormente il rischio di vissuti psicopatologici centrati sul soma (somatizzazioni) (Aragona et al., 2011).

In sintesi, dagli studi emerge che chi ha subito traumi nel proprio paese d'origine, con un probabile effetto ulteriormente peggiorativo in caso di atti intenzionali di violenza, ha un maggior rischio di vivere peggio nel paese ospite (PMLD gravi o molto gravi). A loro volta quest'ultime, probabilmente agendo in modo ri-traumatizzante, peggiorano ulteriormente la situazione aumentando il rischio sia di sintomi classici di PTSD, sia di sintomi ad esso correlati (somatizzazioni). Un limite di questi studi, però, è che la dizione "pre-migratorio" e "post-migratorio" è basata sull'assunto che gli eventi elencati dall'HTQ siano tipicamente pre-migratori e quelli elencati dal PMLDQ siano tipicamente post-migratori. Studi futuri dovranno verificare questi assunti utilizzando sistemi di valutazione che prevedano la possibilità di segnare in quale fase migratoria l'evento in oggetto sia effettivamente occorso (per uno strumento di questo tipo si veda il capitolo 11).

## Psicopatologia post-traumatica e stato migratorio

Si è già notato: a) che la maggior parte delle ricerche sulla psicopatologia post-traumatica dei migranti siano focalizzate su popolazioni specificamente a rischio, in particolare rifugiati e richiedenti asilo, detenuti, immigrati da zone del mondo soggette a dittature o conflitti; e b) che le nostre ricerche si sono volutamente rivolte ad estendere la conoscenza su queste tematiche in campioni di migranti più rappresentative dell'utenza dei servizi sanitari dedicati, operanti in Italia (dove i migranti dall'Est Europa e quelli senza permesso di soggiorno e in precarie condizioni sociolavorative rappresentano la componente predominante). In questo paragrafo si accennerà brevemente ad analisi dei dati più specifiche, che hanno considerato esplicitamente il ruolo dello status migratorio. Carrer e collaboratori (2011) hanno diviso il campione in tre gruppi a seconda dello status migratorio (immigrati per motivi politici con status di rifugiato, immigrati per motivi politici senza permesso di soggiorno e immigrati per altri motivi). Facendo un confronto prima tra questi tre gruppi, e poi accorpando tra loro i migranti per motivi politici indipendentemente dallo status ufficialmente ottenuto, si è visto che a parte l'ovvia preponderanza di esperienze traumatiche in chi è emigrato per motivi politici, il profilo psicopatologico appare sostanzialmente simile.

È da sottolineare con forza che questi ultimi sono dati derivanti da campioni numericamente molto bassi, e dunque preliminari a future ricerche che appaiono assolutamente necessarie per confermare o meno questa tendenza. Se però dovessero essere confermati aprirebbero il dibattito su un tema molto sensibile, anche per le ricadute sulle politiche di accoglienza. Infatti, ne risulterebbe che: a) le persone emigrate per motivi politici sarebbero simili sia per quel che riguarda i sintomi, sia per l'aumentata esposizione a traumi pre-migratori e a difficoltà vitali post-migratorie. Ci sarebbe però una differenza di non poco rilievo, e cioè che la legge italiana riconosce la titolarità di presenza solo a una parte di essi, mentre i rimanenti sono considerati clandestini e vivono in condizioni sociali che possono verosimilmente configurarsi come uno stressor aggiuntivo; b) i migranti per altri motivi presenterebbero punteggi alle scale psicopatologiche statisticamente simili ai migranti per motivi politici, suggerendo che la condizione migratoria possa essere considerata in sé una condizione di rischio psicopatologico, per cui necessiterebbe di politiche sociali volte a favorire l'integrazione, e di politiche sanitarie di attenzione rivolte a tutti i migranti, indipendentemente dallo status e dai motivi dell'emigrazione.

## Conclusioni

In conclusione, sulla base di quanto esposto si possono fare le seguenti osservazioni riassuntive.

Primo, le somatizzazioni sono frequenti nei nostri pazienti (circa un paziente ogni quattro visitati in medicina generale), e sono una possibile "spia" di un possibile disagio postraumatico non riferito e non rilevato, dunque "invisibile".

Secondo, non solo tra i rifugiati, ma anche in gruppi di immigrati giunti in Italia per altre ragioni (economiche, di studio, per ricongiungimento familiare) afferenti a un servi-

zio di medicina generale si riscontra una significativa prevalenza di quadri psicopatologici legati ad ansia, depressione, sintomi post-traumatici e somatizzazione.

Terzo, aver subito traumi nel paese di origine, così come vivere in condizioni disagiate nel paese ospite tende a peggiorare il livello di sofferenza psicopatologica. Se la riduzione della possibilità di incorrere in esperienze traumatiche premigratorie richiede un lungo lavoro a livello internazionale per ridurre le disuguaglianze e la conflittualità in molte zone del mondo, i tempi potrebbero essere 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 considerare attentamente le politiche di accoglienza, al fine di diminuire i fattori di rischio e la possibile traumatizzazione secondaria.

Infine, cosa fare quando traumi e difficoltà vitali sono già operanti e la persona soffre di sintomi post-traumatici che le rendono difficile il percorso di adattamento, integrazione e rielaborazione creativa della sua situazione vitale nel nostro paese? Qui la possibilità di accorgersi della problematica è molto importante, spesso i pazienti stessi non comprendono cosa abbiano e non immaginano che ci si possa fare qualcosa, tanto che frequentemente non chiedono aiuto per questo. La disponibilità di operatori di accoglienza formati al riconoscimento dei segni di disagio è fondamentale. L'approccio rispettoso per le difficoltà relazionali della persona, empatico e accogliente, aiuta il paziente a riformulare il problema, tollerare la sofferenza di dover ricordare ciò che ha subito e formulare una domanda d'aiuto. Domanda alla quale interventi specialistici come quelli di *Ferite invisibili* cercano di dare una risposta tecnicamente adeguata e umanamente coinvolta, interventi che (è bene ricordarlo) devono andare di pari passo, in rete, con gli interventi di supporto legale, abitativo, socio lavorativo, etc.

---

# CAPITOLO 10

## La prevenzione delle “ferite invisibili”: dall’epidemiologia medica alle ricadute etiche e politiche

Massimiliano Aragona

*Dove c'è amore per l'uomo  
c'è anche amore per l'arte medica.*

Ippocrate

### Introduzione

1945: si è appena conclusa la seconda guerra mondiale. In Germania è tutto una rovina, non solo rovine materiali ma anche morali.

I tedeschi si risvegliano da un sogno: Come è stato possibile? Perché non abbiamo compreso l’aberrazione in cui ci aveva condotto il regime nazista? Ancor oggi, nonostante tutte le spiegazioni psicologiche, sociologiche, antropologiche, culturali, economiche, storiche, etc., non si riesce a comprendere realmente come sia stato possibile che un intero popolo di una delle nazioni più avanzate al mondo possa non aver avuto un sussulto, per quanto disperato avesse potuto essere, per denunciare e opporsi a quanto stava accadendo.

Da un punto di vista psicodinamico si è parlato, ed ha senso, di forti meccanismi di negazione, simili a quelli che scattano quando una famiglia non vuole comprendere la reale situazione di un proprio congiunto a cui è stata fatta una diagnosi a prognosi infausta. Non è un deficit di comprensione razionale, ma un’incapacità di dare un senso compiuto a un’informazione che ha anche una forte valenza emotiva, per cui comprensione razionale e affettiva non collimano, sono dissonanti, non consentendo l’assimilazione ed elaborazione dell’informazione. Un’altra interpretazione di questo non voler vedere può suggerire che non è che non lo si sapesse, non lo si voleva sapere; infatti, saperlo ufficialmente avrebbe comportato una responsabilità etica che avrebbe imposto un’azione, e questa con ogni probabilità avrebbe portato a morire chi se ne fosse assunto la responsabilità. All’opposto rispetto a queste interpretazioni tutto sommato in linea con reazioni umane comprensibilissime, si è anche insistito sull’abnormità di questa non comprensione, addirittura a volte paragonando l’incomprensibilità della Shoah all’incomprensibilità delle psicosi, come a un qualcosa di patologico che rompe la continuità di senso e consente l’irrompere della follia (il nazismo come una sorta di delirio paranoico collettivo). Come sempre, ogni interpretazione ha un suo interesse e aiuta ad allargare l’orizzonte di senso, eppure a volte il voler patologizzare rischia di sposare un bisogno umanissimo ma deleterio che è quello di non volersi assumere la responsabilità della colpa. Si fini-

sce per entrare in dicotomie rigide in cui la colpa è di qualcun altro, o addirittura di nessuno, perché ciò che avviene non è una libera scelta ma il prodotto di una patologia. E invece, come vedremo, è importante che i membri di una società possano assumersi la propria responsabilità, individuale e collettiva.

Nella Germania del dopoguerra i tedeschi si trovarono di fronte alla questione della colpa. Gli alleati dicono che siamo colpevoli. Lo siamo davvero? E in che senso? E tutti allo stesso modo o in modi diversi?

Alcuni cercarono di giustificarsi avanzando scuse. Altri rimandarono al mittente le accuse proiettando le loro colpe su altri. Alcuni sostennero che gli ordini non si potevano discutere, altri che non potevano immaginare, altri che tanto opporsi sarebbe stato inutile, etc. etc.

Il filosofo Karl Jaspers decise che *era assolutamente necessario* affrontare a viso aperto questo problema. Così, una volta reintegrato nell'università di Heidelberg da cui il regime l'aveva rimosso, decise di tenere un ciclo di lezioni dedicato specificamente alla questione della colpa della Germania. Secondo Jaspers farlo era fondamentale; a suo avviso egli era, in quanto tedesco (nonostante fosse stato un oppositore del regime nazista), "obbligato senza eccezioni a comprendere chiaramente la questione della nostra colpa, e a tirarne le conclusioni. Ciò che ci obbliga è la nostra dignità di esseri umani [...] Il modo in cui risponderemo sarà decisivo per il nostro modo di riferirci al mondo e a noi stessi. È una questione vitale" (Jaspers, 1947/2001, p.22).

3 Ottobre 2013: Più di 350 migranti muoiono in un naufragio davanti all'isola di Lampedusa, i dispersi sono tantissimi e ci sono poche speranze di ritrovare qualcuno vivo. Il mondo improvvisamente sembra svegliarsi: Come è stata possibile una simile tragedia? Chi ne è il responsabile? Come italiani, come europei, come cittadini occidentali, dobbiamo sentirci in colpa? Nelle prime dichiarazioni alcuni vogliono scaricare le colpe sull'Europa che non ci aiuta abbastanza. L'Europa risponde facendoci notare quanti soldi ci invia per gestire il problema. Altri dichiarano che dobbiamo rafforzare il controllo in mare e rinforzare la collaborazione con i paesi nordafricani perché impediscano le partenze (nonostante vari reportage giornalistici abbiano reso di dominio pubblico l'informazione sui trattamenti inumani riservati ai migranti in quei paesi, ivi compresi abusi, torture, situazioni carcerarie indegne, etc.). Alcuni spostano la questione della colpa ancora più in là: responsabili sono gli scafisti che lucrano sui disperati, sono i governi e i guerriglieri che costringono questa gente a scappare, non certo noi europei che subiamo "l'invasione".

Passano poco più di due mesi: il 16 dicembre 2013 il Tg2 della sera trasmette le "immagini choc" di immigrati nudi, all'aperto, sottoposti a una "normale" doccia disinfestante per la scabbia! Scrive l'edizione online de *il Giornale* del 17 dicembre:

"Una pratica che deve essere ripetuta periodicamente, almeno ogni tre o quattro giorni. Sempre all'aperto, anche se nel cortile ci sono sì e no una quindicina di gradi. Le immagini choc rubate con un telefonino da un clandestino [...] hanno fatto scoppiare una vera e propria bufera. 'Sono immagini che ricordano i campi di concentramento', è il commento sconsolato del sindaco dell'isola Giusi Nicolini. Sono gli operatori del centro di prima accoglienza a governare la lunga fila degli immigrati. Tra loro ci sono eritrei, ghanesi, nigeriani e, stando a quanto riportato, anche diversi sopravvissuti al naufragio dello scorso 3 ottobre. Allora tutto il Paese si era fermato, indignato, urlando contro le istituzioni per trovare, frettolosamente, il colpevole di una tragedia annunciata. Nulla, però, è stato

fatto. E, nell'indifferenza dei media l'emergenza immigrazione non è stata ancora risolta" (<http://www.ilgiornale.it/news/cronache/lampedusa-disinfestazione-choc-immigrati-fila-nudi-e-freddo-976709.html>).

Forse qualcuno troverà forzato il paragone con i campi di concentramento, dirà che l'attuale situazione con i nazisti non c'entra nulla. In fondo siamo un paese democratico che come tutti i paesi democratici dell'occidente ha il diritto e il dovere di proteggere le proprie frontiere; in fondo ci sono leggi e trattati che ci danno ampia giustificazione. E ciò che giustificabile non è (come l'episodio delle docce per la scabbia) è il frutto di mele marce e di deviazioni psicopatiche di cui il comune cittadino non può avere responsabilità.

Chi scrive non vuole portare oltre il parallelismo con la Germania nazista, la storia non si ripete mai uguale e le due situazioni sono palesamente differenti. Però, al di là dell'indubbia differenza, c'è un punto che riguarda entrambe, ed è la questione della responsabilità o, come scriveva Jaspers, della colpa. Il punto è che non possiamo dire a noi stessi che non sapevamo, che non immaginavamo, che non potevamo prevedere, oppure che pur sapendolo non potevamo far nulla.

Nella prima parte di questo capitolo ci si concentrerà su ciò che sappiamo da un punto di vista medico e psicopatologico, cioè ciò che è "evidente" in quanto ampiamente provato dalla ricerca scientifica sul tema. Ovviamente quella medica non è l'unica fonte di conoscenza sul tema, il cittadino italiano aveva la possibilità di essere informato di quanto stava succedendo attraverso tutta una serie di fonti, incluse quelle giornalistiche di ampia diffusione. Questo libro, però, affronta il tema delle reazioni psicopatologiche ai traumi intenzionali, ed è dunque in coerenza con l'impianto generale del testo che la questione etica e politica verrà affrontata partendo dal punto di vista medico che è proprio della ricerca epidemiologica.

Il secondo paragrafo tratterà invece della questione della responsabilità così come la affrontò Jaspers. Pur ribadendo la differenza tra le due situazioni storiche, vedremo che Jaspers ci fornirà un utile strumento di navigazione per orientarci nella questione e poter precisare quale sia stato, sia e debba essere il nostro ruolo da un punto di vista etico, e conseguentemente dell'azione politica.

La terza e ultima parte sarà invece dedicata alle conclusioni. Il tema sarà: posto ciò che sappiamo su fattori di rischio e prevenzione delle patologie post-traumatiche nei nostri migranti, e posto ciò che sappiamo della nostra responsabilità etica e politica, cosa possiamo concretamente fare per ridurre i fattori di rischio e implementare dinamiche di salute mentale in questa popolazione? Quindi, come si vede, un livello d'azione che rimane quello della promozione della salute mentale, ma che per essere implementato ha bisogno che si operi anche sul piano politico più generale.

## **Reazioni post-traumatiche: fattori di rischio e prevenzione medica**

In psichiatria le patologie post-traumatiche sono tra le poche di cui è nota l'eziologia. Infatti, la gran parte dei disturbi psichiatrici viene definito sul piano sindromico (ovvero in base alla descrizione dei sintomi in un quadro clinico più o meno coerente) e rispetto alle supposte cause vi sono solo teorie più o meno accreditate ma tuttora ipotetiche (sono cioè patologie idiopatiche, a eziologia ignota). Invece, quei quadri psicopatologici

di cui è ben nota l'eziopatogenesi somatica (alterazioni cerebrali o di tipo medico-metabolico) finiscono di regola per uscire dall'ambito specificamente psichiatrico per passare nell'alveo di altre specialità mediche (ad es., morbo di Alzheimer, epilessie, paralisi progressiva, confusione mentale da scompenso metabolico, intossicazione da alcool, etc.). Al contrario, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e i cosiddetti disturbi dell'adattamento sono definiti proprio a partire da ciò che li provoca, ovvero l'evento traumatico o stressante da cui la fenomenica psicopatologica ha origine.

Iniziamo dunque dal concetto di evento traumatico, che il DSM-5 definisce come l'esposizione a eventi che riguardino la morte, un grave incidente o una violenza sessuale, vissuti in almeno uno dei seguenti modi: a) avendo vissuto l'evento in prima persona; b) essendone testimone oculare; c) avendo appreso che sia avvenuto, in modo violento o come incidente, a un familiare o a un amico; c) essendo stati ripetutamente esposti alla visione di questi eventi (come capita ai soccorritori, qui viene esclusa l'esposizione attraverso i media) (American Psychiatric Association, 2013, p.271). È evidente che questa definizione comprende molte delle esperienze che i nostri migranti ci riportano costantemente, vissute in patria prima di esser costretti a partire (guerre, gravi carestie, omicidi tribali, incarcerazione e tortura di dissidenti, etc.), e vissuti (o rivissuti) durante il viaggio (incarcerazioni e stupri in paesi di passaggio, viaggi ad alto rischio in cui si rischia di morire e si vedono morire i propri compagni, etc.).

Dunque, da un lato eventi traumatici (o potenzialmente traumatici), vissuti dal migrante prima di lasciare il proprio paese. Essi si sovrappongono in parte ai cosiddetti "push-factors", ovvero ai fattori che spingono il soggetto ad emigrare. Sono i push-factors più gravi, quelli che fanno sì che l'emigrazione non sia una scelta (come quando si sceglie di emigrare per migliorare la propria condizione economica, o per dare ai propri figli un futuro migliore, etc.), ma un obbligo. I migranti che emigrano in seguito a eventi traumatici sono i cosiddetti "migranti forzati", brutto termine che però esprime bene il fatto che per loro l'emigrazione sia qualcosa di obbligatorio. Questi eventi traumatici pre-migratori possono poi essere ulteriormente suddivisi in intenzionali e non intenzionali, a seconda che il fattore traumatico sia un evento naturale o casuale (un terremoto o una grave catastrofe provocata colposamente dall'uomo) oppure un evento causato espressamente dalla volontà degli uomini. In questo secondo caso (esempi classici di traumi intenzionali sono l'esser sottoposto a tortura o a persecuzione per motivi etnici, religiosi, politici, etc.) vi sono osservazioni cliniche e di ricerca che depongono per una maggiore gravità dell'evento e quindi per un ulteriore aumento del rischio di sviluppare un quadro psicopatologico post-traumatico, probabilmente per la disarticolazione di senso che inducono (cfr. Cap.3).

Poi ci sono eventi traumatici (o potenzialmente tali) che occorrono in altre fasi della migrazione: spesso durante il viaggio (stupri, incarcerazioni, sequestri, naufragi, etc.), ma a volte anche dopo l'arrivo nel paese ospitante (si pensi alle ragazze vittime della tratta, alle incarcerazioni, a ciò che avviene nei CIE, centri di identificazione ed espulsione). Qui oltre alla possibilità di distinguere tra traumi intenzionali e non, vi è anche la distinzione tra eventi propriamente traumatizzanti ed eventi ri-traumatizzanti. I primi sono quegli eventi traumatici che occorrono per la prima volta nella storia di vita di un migrante; per quanto si possa concepire l'immigrazione in sé come un evento traumatico (cfr. Cap. 3), tuttavia quello è un trauma spesso di entità non così grave da dare origine a un quadro

psicopatologico post-traumatico. Anzi, come si è visto nel Cap.3, spesso il meccanismo è più simile ai traumi di iniziazione propri dei riti di passaggio, avendo un significato evolutivo, di crescita (ovviamente non è sempre così, e si rimanda al già citato capitolo di Mazzetti per una discussione sulle problematiche psicopatologiche inerenti, ad esempio, il fallimento del progetto migratorio). Gli eventi ri-traumatizzanti, invece, sono quelli che occorrono in persone che già sono state traumatizzate in precedenza, agendo da potenti riattivanti di meccanismi psicotraumatici che portano a una ricaduta, riesacerbazione o complicazione del quadro psicopatologico post-traumatico. In quest'ultimo caso non è necessario che l'evento sia così grave come è previsto debba essere il trauma originario; anche fatti apparentemente banali ma che ricordano il trauma subito possono avere un effetto psicotraumatogeno molto potente.

Si è già discusso ampiamente di tutto ciò nel corso del libro. Qui ci si vuole invece concentrare sul piano della prevenzione. Come è noto, in medicina si distingue tra: a) prevenzione primaria, tesa a rimuovere o ridurre i fattori responsabili dell'insorgenza della malattia; b) prevenzione secondaria, mirante all'individuazione precoce della patologia, in modo da curarla più facilmente e ridurne o eliminarne gli effetti più negativi; c) prevenzione terziaria, in cui si interviene per ridurre le complicanze di una malattia già in pieno svolgimento.

Senza entrare troppo in tecnicismi, il primo livello è quello reso famoso del familiare spot pubblicitario del "prevenire è meglio che curare". L'idea è che rimuovere a monte una causa patogena prima che possa agire previene l'insorgenza della malattia e quindi rende superflua la cura. Per agire a questo livello occorrerebbe ridurre al massimo l'esposizione ai traumi. Nel caso dei traumi intenzionali ciò significherebbe eradicare dittature, criminalità, fanatismi eccetera. Vivere in pace in un mondo più giusto, una bellissima e necessaria utopia, che però come tutte le utopie ha il difetto, del resto intrinseco alla sua funzione, di essere distaccata dalla realtà e dalle possibilità concrete e realistiche di modificarla nel qui e ora (cfr. su questo Ricoeur, 1976/1986). Per usare una terminologia kantiana, funziona come "idea regolativa" verso la quale tendere, pur sapendo che non è possibile una sua realizzazione integrale. Recenti concettualizzazioni in psicotraumatologia, come ad esempio quelle della Sironi (2010), ci suggeriscono di considerare sempre di più la psicopatologia post-traumatica come il frutto secondario di problematiche primariamente geopolitiche, invitandoci a impegnarci affinché quel livello possa cambiare.

Il secondo e terzo livello, nel nostro caso, vanno di pari passo, perché quadri come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sono al contempo il quadro clinico conclamato (e quindi saremmo nella prevenzione terziaria) ma anche quello da saper cogliere all'inizio prima che aumentino le complicanze (perché, come si è ripetutamente affermato in questo libro, questi sintomi, per quanto conclamati, sono spesso "ferite invisibili", nel senso che spesso il paziente non ne parla e non sempre l'operatore riesce a coglierli). Non riconosciuti e non curati, i sintomi post-traumatici sono responsabili di sofferenza soggettiva ma anche di difficoltà di adattamento al contesto, con conseguente disadattamento sociale. Gli operatori della salute, ma anche gli operatori che si occupano di accoglienza, orientamento e sostegno, dovrebbero esser adeguatamente formati al riconoscimento della sofferenza post-traumatica. Questa, nel caso più conosciuto si struttura con quel corteo di sintomi che il DSM inquadra nel PTSD.

Questi viene definito dal DSM-5 come una reazione all'evento traumatico caratterizza-

ta da: a) sintomi intrusivi: ricordi, sogni, flashback e marcate reazioni avverse (psicologiche o fisiologiche), quando si viene esposti a situazioni che richiamano l'evento traumatico originario, b) evitamento persistente degli stimoli associati al trauma (cercare di non ricordare, evitare di esporsi a situazioni che lo ricordano), c) alterazioni cognitive e/o dell'umore secondarie al trauma (amnesia dell'evento traumatico, anche parziale, credenze e aspettative negative rispetto a se stessi, gli altri e il mondo, idee autocolpevolizzanti sulle cause o conseguenze dell'evento traumatico, diminuito interesse o partecipazione ad attività significative, incapacità ad esprimere emozioni positive); d) alterazioni nell'arousal e irritabilità (scoppi di rabbia, autolesionismo, ipervigilanza, sobbalzare per un nonnulla, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno) (American Psychiatric Association, 2013, p.271-272; cfr. anche Cap.6).

Però non sempre il quadro è quello di un PTSD conclamato. A volte il paziente presenta solo una piccola parte dei sintomi del PTSD, con il rischio che il quadro post-traumatico non venga riconosciuto perché i pochi sintomi lamentati non appaiono molto specifici. Ad esempio, la difficoltà a dormire, la difficoltà di concentrazione, un umore depresso con mancanza di iniziativa. Questo quadro può essere preso per una depressione, senza cogliere la sua relazione con le esperienze traumatiche per cui, ad esempio, la persona viene segnalata dal centro di accoglienza semplicemente perché incontra difficoltà nel programma di inserimento (non apprende l'italiano nonostante vada regolarmente a lezione, non è abbastanza attivo per cogliere le possibilità lavorative, si addormenta spesso, etc.). In questi casi sapere che la problematica è più ampia e di tipo post-traumatico consente di attivare la necessaria rete di supporto, senza limitarsi a un intervento meramente psicofarmacologico come a volte si fa nelle depressioni "semplici".

Altre volte i sintomi riportati sono diversi da quelli che la nosografia ufficiale ascrive al PTSD, eppure sono comunque una possibile spia di una reazione post-traumatica.

Una frequente espressione "alternativa" di disagio è tramite le cosiddette somatizzazioni. La persona può arrivare in un ambulatorio medico presentando una serie di sintomi vissuti a livello somatico, come se fossero patologie internistiche. Ad esempio, molti pazienti vengono riportando dolori di vario tipo, in varie parti del corpo, spesso in diverse sedi che cambiano nel tempo senza una apparente ragione fisiopatologica. Altre volte i dolori sono fissi, come nel caso di un paziente con dolori addominali per i quali erano stati fatti tantissimi accertamenti diagnostico-strumentali tutti negativi. In questo caso l'anamnesi consentì di ristabilire il collegamento tra l'origine di questi sintomi e il periodo in cui era stato sequestrato in Kurdistan a fini di ricattare la sua famiglia, periodo nel quale c'era una probabile ragione fisiologica per il sintomo che però poi era continuato nonostante la causa originaria non fosse più presente. In questi casi il rischio è di seguire il paziente alla ricerca di improbabili cause organiche oppure, una volta appurato che i sintomi non si basano su alcuna alterazione fisiopatologica, trattare il paziente come uno che disturba, in quanto continua a lamentarsi quando in realtà non ha niente! Occorre invece che il clinico sia formato a riconoscere il disagio psichico, spesso inespresso, che sottende questa sintomatologia somatica; un disagio che altrimenti rimane nascosto. Le somatizzazioni non sono un'esclusiva dei migranti, sono molto frequenti anche nelle popolazioni occidentali, però sapere che a volte in questi pazienti possono diventare l'unico modo di comunicare la propria sofferenza psicologica è molto importante, perché permette di aprire un varco a una possibile presa in carico. Ancora, le somatizzazioni non

sono necessariamente un sintomo post-traumatico, molti pazienti somatizzano una sofferenza psicologica che deriva da altre origini. Però le ricerche hanno messo in luce, nei migranti, una chiara correlazione tra esperienze traumatiche, somatizzazioni e sintomi post-traumatici, suggerendo ai clinici di prestare una particolare attenzione a questi segni, che possono essere il segnale visibile di una sintomatologia post-traumatica di cui il paziente non parla (Aragona et al., 2010). Nella nostra esperienza clinica, una forma di somatizzazione assolutamente caratteristica del PTSD e facilmente riconoscibile è una particolare forma di cefalea che compare invariabilmente quando il paziente comincia a raccontare dettagli della sua esperienza traumatica. In questi casi è caratteristico che il paziente, esprimendo verbalmente e con la mimica la sofferenza per il mal di testa, interrompa il racconto e chieda di poter fermare lì la seduta. Sono situazioni molto importanti perché da un lato siamo in presenza di quello che sembra essere un sintomo specifico dal punto di vista diagnostico, dall'altro anche a un passaggio importante nella gestione terapeutica. Infatti, il paziente ha bisogno di sentirsi dire che va bene, che può interrompere in qualunque momento e che se non si sente di parlare di qualcosa può evitare di farlo. Spesso questo gli ridà quel senso di controllo della situazione che, unito al senso di rispetto e premura per l'altro che l'atteggiamento terapeutico implicitamente convoglia, gli consente di far rapidamente passare il mal di testa (tanto che spesso è il paziente stesso che riprende spontaneamente il racconto che la cefalea aveva interrotto).

Altri fenomeni che potrebbero essere una spia di una sofferenza post-traumatica riguardano la gestione della rabbia, che spesso è uno dei motivi di invio da parte del centro di accoglienza. Le persone che hanno subito eventi traumatici possono essere diverse, sotto questo profilo, rispetto a prima di aver subito il trauma. Diventano tipicamente nervose e irritabili in situazioni rumorose, affollate o di confusione, come può essere la mensa o un ambulatorio affollato. In questi casi si può assistere a scoppi improvvisi di rabbia apparentemente immotivata, la cui motivazione è però legata al trauma subito (aspetti del contesto ambientale che richiamano la situazione traumatogena originaria e quindi agiscono da *triggers* ritraumatizzanti), oppure alla sintomatologia post-traumatica stessa: ad es. persone con grosse difficoltà di orientamento spazio-temporale e di concentrazione, in situazioni affollate e rumorose possono avere la sensazione di perdere il controllo e quindi reagire angosciandosi; oppure persone con vissuti di forte sfiducia interpersonale conseguente al fatto di aver subito violenza intenzionale possono vivere un ambiente affollato come molto minaccioso per la possibilità che tra la folla possano nascondersi i propri persecutori.

Ancora, un'altra area che può interessare il clinico è quella dell'abuso di sostanze, frequente in pazienti con patologia post-traumatica. Questi spesso hanno un vissuto depressivo così importante da aver bisogno di gestirlo con varie forme di automedicazione. Fra quelle più frequenti vi sono l'abuso di alcool (che stordisce e non fa pensare, oppure che aiuta a prendere sonno), e altre sostanze che hanno un effetto prevalentemente sedativo e/o "rilassante" (come la cannabis).

Ci sono poi gli scompensi psicotici. Qui è importante ricordare che lo stesso DSM già segnala che un atteggiamento apparentemente paranoico può esser parte della reazione post-traumatica. È essenziale ricordare che in questi stati di allerta rispetto a possibili persecutori, spesso un intervento cognitivo che riesca a far passare al paziente un quadro realistico della situazione in Europa (e delle possibilità reali che un carnefice lo possa

perseguire anche così lontano dal paese d'origine) può essere risolutivo, senza necessità di antipsicotici. In altri casi invece l'angoscia post-traumatica riattivata da situazioni fortemente ritraumatizzanti può essere così forte da aprire la strada a uno scompenso delirante acuto, spesso fortunatamente reversibile (le classiche *bouffées* deliranti). Infine occorre segnalare quei quadri di apparente acuzie psicotica delirante e allucinatoria che a un'analisi culturalmente sensibile si rivelano essere non già classiche psicosi, quanto modalità culturalmente ancorate di reagire alla situazione stressante, antropologicamente comprensibili e nelle quali una risposta tipo ricovero obbligatorio potrebbe essere non solo inutile, ma spesso controproducente.

Infine, per i medici è importante ricordare che alcune problematiche internistiche di tipo multifattoriale possono essere influenzate in via psicosomatica. Ad esempio, un paziente era stato inviato da noi per irritabilità, rabbia e importante ipertensione arteriosa. Per quanto ancorati a una sua diatesi di base, questi sintomi erano tra loro collegati e reattivi alla situazione che viveva: un eccessivo prolungamento dei tempi di valutazione della sua richiesta d'asilo, che lo costringeva a vivere in un limbo in cui era accolto egregiamente a livello "alberghiero" ma si sentiva in trappola perché non gli era consentito di riprogrammarsi una vita attiva e produttiva, mentre in Africa la sua famiglia dipendeva, per vivere, dalla sua possibilità di lavorare e mandare a casa i soldi.

Questo caso ci introduce a un livello di prevenzione ulteriore, che è quello della eliminazione di quei fattori patogeni che possono far peggiorare una problematica post-traumatica. Qui non siamo più nella prevenzione primaria (quella inerente all'eliminazione delle cause, dei traumi iniziali che hanno fatto nascere il quadro post-traumatico), e non siamo nemmeno nel sopradiscusso tema del riconoscimento precoce della patologia per ridurre le complicanze e migliorarne il decorso. Siamo invece a un altro livello, che è quello dello studio (e, se possibile, dell'eliminazione) di quei fattori che ancorché non abbiano causato l'insorgenza della sintomatologia post-traumatica, tuttavia agiscono come fattori *ri-traumatizzanti* che possono peggiorarne il decorso e complicarne l'evoluzione. Come visto nei capitoli precedenti, gli studi convergono (Silove et al., 1997; Steel et al., 2011; Schweitzer et al., 2011) nel mettere in rilievo che tra gli eventi traumatici premigratori originari e l'insorgenza e il peggioramento/complicazione/cronicizzazione di una sintomatologia post-traumatica vi è uno spazio in cui questi eventi ri-traumatizzanti giocano un ruolo fondamentale. Ciò perché, come noto, una persona che ha subito violenze intenzionali è più sensibile e suscettibile di venir ritraumatizzata da eventi successivi che abbiano connotati qualitativi (anche se non sempre di gravità e intensità) simili (Mazzetti, 2008). Ebbene, è ampiamente noto che nel loro tentativo di arrivare in Europa i nostri migranti corrono rischi molteplici di ritraumatizzazione: quando vedono morire i loro compagni nel passaggio del Sahara o delle montagne tra Afghanistan e Pakistan; quando rischiano di esser catturati e incarcerati in Libia; quando in carcere vengono privati di ogni dignità, percossi e fatti oggetto di violenze sessuali; quando vengono tenuti in stato di schiavitù da predoni o da datori di lavoro senza scrupoli, ai quali si sono rivolti per guadagnare abbastanza per proseguire il viaggio; quando vengono malmenati per strada perché afgani (in Iran) o perché negri (in Libia e a volte in altri paesi del Nord Africa). E poi, come se tutto ciò non fosse sufficiente, quando si muore sotto le ruote di un TIR tra Grecia e Italia, o quando si naufraga a Lampedusa, o quando si finisce in un lager che qualcuno si ostina ancora a chiamare centro di accoglienza. E, infine, nelle piccole ma

dolorose esperienze di difficile vita quotidiana, fatta di discriminazione, negazione dei diritti, lentezza nell'espletamento delle pratiche di asilo, povertà, esposizione ai pericoli, preoccupazione per le sorti dei familiari rimasti a casa, senso di disperazione e inutilità, etc. etc. Va detto chiaramente che anche su questo la ricerca è concorde, ovvero che tutte le misurazioni effettuate convergono nel sostenere che le ri-traumatizzazioni legate alle difficoltà di vita post-migratorie sono responsabili di un peggioramento significativo dei sintomi post-traumatici, sia quelli specificamente inclusi nel PTSD (Aragona et al., 2012a; 2013), sia quelli "sentinella" come le somatizzazioni (Aragona et al., 2011). Non solo, è ormai chiaramente dimostrato che i migranti che vengono rinchiusi in centri come i CIE, a distanza di anni da quest'esperienza stanno ancora male e hanno livelli di funzionamento e integrazione sociale nettamente peggiori di coloro che sono stati accolti in un percorso di accoglienza adeguato (Steel et al., 2011). Non è solo un problema di civiltà nelle politiche di accoglienza (il che già basterebbe), è anche un problema medico, di prevenzione della patologia post-traumatica, così come è un problema di elevati costi sociali. Infatti, esporre questi pazienti a situazioni ritraumatizzanti così gravi e ripetute significa produrre, aggravare e cronicizzare sintomi psicopatologici invalidanti, così da rendere estremamente difficile il loro processo di integrazione sociale.

### Jaspers e il problema della colpa

Ritorniamo per un attimo al problema che nel dopoguerra lacerava le coscienze dei tedeschi: di chi era la colpa? Nella sua analisi Jaspers si concentrò su un'accurata distinzione dei vari tipi di colpa, dimostrando che se è vero che tutti i tedeschi erano colpevoli (inclusi persino gli oppositori, come fu egli stesso), non tutti lo erano allo stesso modo. La tesi fondamentale è che unire su un unico piano le varie posizioni e le varie responsabilità sarebbe stato di grave danno, mentre fare a fondo i conti con la propria coscienza e assumersi la propria responsabilità, ognuno al proprio livello, era l'unico modo di elaborare quanto successo e poter immaginare di riprendere una vita nonostante tutto. È a questo compito che con teutonica alacrità Jaspers dedica il suo primo ciclo di lezioni al rientro all'università. Egli traccia delle distinzioni il più possibile chiare, in modo che ognuno possa comprendere a quale livello deve assumersi la responsabilità e come può farvi fronte. Una cosa sono i crimini dei nazisti, chiamati a rispondere di fronte alla corte di Norimberga. Questa è una *colpa criminale*, di cui essi sono giustamente accusati e di cui dovranno rispondere; questa colpa non riguarda tutti i tedeschi, ma solo chi materialmente quei crimini li ha commessi. Poi c'è la *colpa morale*, ad esempio quella che riguarda i propri atti, anche quando essi sono stati eseguiti in osservanza agli ordini. Qui non c'è criminalità ma c'è comunque responsabilità, perché la responsabilità è sempre personale e l'obiezione in osservanza alla propria coscienza morale è sempre possibile, anche se può esporci a ogni tipo di ritorsione negativa. Di conseguenza, anche la riparazione è personale, ognuno deve fare i conti con la propria coscienza per questa colpa. Infine ci sono i due tipi di responsabilità che più interessano in questa sede. La *colpa politica*, per la quale "ognuno è corresponsabile per il modo in cui è governato" (Jaspers, 1947/2000, p.25), e la *colpa metafisica*, che deriva dal non aver fatto tutto ciò che era nel proprio potere per impedire che qualcuno subisse un'ingiustizia o un crimine di cui eravamo a

conoscenza: "Se ero presente mentre uccidevano qualcuno e non ho rischiato la vita per impedirlo, mi sento colpevole [...] Che io viva dopo quanto successo, pesa su di me come una colpa indelebile" (Jaspers, 1947/2000, p.26). Occorre infine notare che quest'ultimo tipo di responsabilità ha il suo fondamento nel fatto che esista una solidarietà tra esseri umani che dal punto di vista etico ci rende corresponsabili per le ingiustizie che gli altri subiscono.

In base a queste distinzioni, appare chiaro che per Jaspers, al di là dei singoli nazisti, vi è una colpa di tutti i tedeschi, di cui tutti si dovranno prendere carico e ognuno dovrà affrontare con se stesso, di fronte alla propria coscienza. È il non aver fatto nulla per opporsi pur sapendo come stavano le cose, atto di opposizione e denuncia che l'etica *imponeva*, nonostante la situazione indicasse l'inutilità pratica del gesto, che avrebbe senz'altro condotto a morte chi lo avesse fatto. Qui emerge chiaramente la dinamica per cui l'imperativo etico è sovraordinato rispetto alle considerazioni pratiche, per cui un atto che è eticamente doveroso va compiuto, anche se le circostanze gli sono sfavorevoli, e viceversa contro un atto eticamente riprovevole è *necessario obiettare*, anche quando le circostanze (ad es. le leggi) e/o il calcolo delle conseguenze spingono a fare il contrario. Una visione del rapporto tra etica e politica, questa, senz'altro in contrasto rispetto a una visione pragmatista della politica (quella che in passato, e purtroppo anche ora, in nome delle conseguenze pratiche, ha permesso che stati democratici sostenessero dittatori e addestrassero le loro polizie alle tecniche di tortura), ma una visione che, passando per Kant, ha formato il pensiero europeo sin dal gesto paradigmatico di Socrate.

Passando dalle colpe dei tedeschi, discusse da Jaspers, alla nostra situazione attuale, pur ribadendo l'incommensurabilità delle due situazioni storiche, qui è opportuno mettere in evidenza il punto di aggancio dei due discorsi: Ciò che accomuna quelle tragedie è la domanda che fanno sorgere: "... e noi dove eravamo?" Da anni la popolazione italiana è informata che il Mediterraneo si è trasformato in una tomba per uomini, donne e bambini che cercano in Europa un posto migliore dove vivere: dal 1988 al giugno 2014 sono stati documentati oltre 20.000 decessi durante le traversate, cui vanno aggiunte tutte le morti rimaste non documentate (Fortress Europe, 2014). Da anni sapevamo che una persona che non ha commesso nessun reato ma che non aveva il permesso di soggiorno poteva venir reclusa per 18 mesi in un posto come i CIE. Da anni sappiamo che dietro costosi accordi di cooperazione con rais africani si celavano deleghe a fermare i migranti, anche a costo di sottoporli a violenze gravissime. Coraggiosi giornalisti infiltrati, testimonianze dirette dei migranti, reportage fotografici e video ce ne hanno dato ampia testimonianza. Eppure ciò che scattava non era l'indignazione di esseri umani che vedono le sofferenze dei propri fratelli, ma parole d'ordine come "invasione", "controllo delle frontiere", fino alle surreali proposte di sparare agli scafisti (che notoriamente, in un barcone di 16 metri con 150 persone assiegate, si tengono ben distinti dai passeggeri, indossando divise facilmente riconoscibili!) e alle realissime accuse di reato di favoreggiamento dell'immigrazione clandestina per quegli eroici pescatori lampedusani che si ostinavano ad onorare la legge del mare che impone il soccorso ai naufraghi.

La drammatica attualità della lezione di Jaspers è che anche per noi vale il bisogno di un'autoanalisi della nostra responsabilità, sia politica che metafisica (nel senso sopraddetto). Soltanto essendone consapevoli, e cercando di fare qualcosa per cambiare la situazione, diventa possibile continuare a crescere in ciò che più ci caratterizza come

europei: la cultura della dignità e dei diritti degli esseri umani. Si tratta, in sostanza, di smetterla una buona volta con la "globalizzazione dell'indifferenza" (Papa Francesco, 8 luglio 2013: discorso durante la visita pastorale a Lampedusa), assumerci le nostre responsabilità, tornare a essere umani, donne e uomini che provano empatia per la sofferenza di altri esseri umani. È necessario che ognuno, pur nel proprio piccolo, faccia tutto ciò che è possibile (e che è eticamente doveroso) per evitare che le nostre politiche costringano le persone più deboli a esporsi a rischi così gravi di ritraumatizzazione. Accogliere degnamente le persone che riescono ad arrivare, infine, è nostra ineludibile responsabilità.

Vorrei chiudere questo paragrafo sottolineando quanto segue: tutto ciò va fatto non per buonismo (qualunque cosa possa voler dire questo termine), ma perché ce lo impone la nostra etica, e la nostra etica deriva dalla consapevolezza: a) che al cuore della nostra identità come cittadini europei vi è il valore non negoziabile della dignità della persona umana. Quindi, nel fare tutto ciò che possiamo per affermare questi valori facciamo un buon servizio a noi stessi, rinforzando la nostra identità e riaffermando le conquiste più elevate della nostra civiltà; b) che noi abbiamo la responsabilità etica e politica di prenderci carico di quanto occorre ai migranti che tentano di arrivare da noi. Infatti, ciò che succede loro è il frutto, concreto, delle concrete scelte politiche che i nostri governi hanno fatto a nostro nome. Non possiamo quindi nasconderci dietro la scusa che così hanno deciso i politici, magari in trattati firmati lontano dai nostri confini. Quelle decisioni sono state prese a nostro nome e noi abbiamo il dovere di cambiarle se entrano in conflitto con il nostro dovere etico.

## Conclusioni

Nelle parti precedenti abbiamo dato spazio alle evidenze scientifiche che provano e confermano l'importanza dell'effetto ri-traumatizzante delle esperienze traumatiche e delle gravi difficoltà vitali che avvengono durante la fase del viaggio e nel periodo post-migratorio, quando la persona è ormai giunta nel paese ospitante. A questo proposito, si è posto l'accento sul legame chiaro tra questi eventi e l'aumento del rischio di sviluppare sintomi post-traumatici o di veder ulteriormente peggiorare e complicarsi quelli già insorti. Questo dato medico ci impone di fare ciò che è nostro dovere deontologico, oltre che parte integrante della nostra scelta professionale: operare affinché i fattori di rischio individuati possano essere eradicati o almeno ridotti drasticamente, in modo da prevenire l'insorgenza, l'aggravamento o le complicità delle reazioni psicopatologiche post-traumatiche. Questo piano medico si intreccia con il corrispettivo sociale: le persone con gravi sintomi post-traumatici sono persone che incontrano più difficoltà nel loro percorso di inserimento sociale (si pensi ad es. a chi non riesce a seguire con profitto il corso di lingua o quello professionale, non riuscendo a concentrarsi a causa dei pensieri intrusivi; oppure alle difficoltà sul lavoro di chi passa da mesi le sue notti insonni a causa di incubi ricorrenti). Dunque, il dovere medico di eliminare i fattori che aumentano il rischio di malattia si sposa con l'interesse sociale di consentire percorsi virtuosi di inserimento, riducendo i tempi e i costi dell'assistenza e consentendo al migrante di dare il proprio apporto alla crescita della società ospitante.

Chiarito dunque che tutto ciò è nell'interesse sia nostro che dei nostri assistiti, il passo successivo è ricordare brevemente quanto è emerso dall'analisi del concetto jaspersiano di colpa. È importante che i cittadini abbiano ben chiaro il livello delle proprie responsabilità, e che sappiano chiaramente che ciò che avviene ai migranti non è il frutto di un destino avverso, ma il prodotto prevedibile di precise scelte politiche da parte dei paesi europei.

In particolare, le ritraumatizzazioni durante il viaggio sono legate direttamente alla scelta europea di non consentire, per molti migranti, altre modalità di arrivo in Europa che non siano quelle del passaggio clandestino. Lo stesso vale per quelle legate alla sosta forzata nei paesi del nord-Africa, spesso delegati dai paesi europei a contrastare l'immigrazione clandestina, senza curarsi di quali mezzi sarebbero stati usati a tal fine. Che i popoli europei abbiano fatto di tutto per non volersi accorgere di quali fossero i mezzi impiegati, è un'aggravante delle nostre responsabilità.

Un secondo livello di responsabilità è quello legato alle nostre politiche d'accoglienza. Come già si diceva nel capitolo iniziale, un paese che aumenta le difficoltà di vita post-migratorie non predisponendo un'adeguata rete di supporto e protezione dei migranti, e in particolare di quanti tra loro sono più fragili, è direttamente responsabile di un peggioramento delle loro difficoltà post-traumatiche e dunque, di conseguenza, di un peggior livello di integrazione e crescita sociale; il che finisce ovviamente per ritorcersi contro in termini di devianza, emarginazione e alla fine nuovi e maggiori costi sociali ed economici. Ciò non significa che in Italia non si faccia nulla su questo piano, ed è senz'altro positivo che si sia potenziata la rete dell'assistenza, così come che sia stato finalmente rimosso il reato penale di clandestinità (che negli scorsi anni aveva ulteriormente peggiorato l'emarginazione e lo sfruttamento dei migranti più deboli). Però a volte è ancora necessario insistere su una migliore organizzazione e soprattutto integrazione dei vari nodi del sistema, secondo quel modello di rete qui descritto nel Cap.8. Fa parte dello stesso piano di responsabilità nazionali la necessità di un intervento drastico per la chiusura di luoghi di contenzione tipo i CIE, i quali sono palesemente inefficaci (il rimpatrio di una persona rinchiusa lì è l'eccezione, anche se dovrebbero servire a questo) e soprattutto sono assolutamente in contrasto con il nostro dovere etico di non permettere che sul nostro territorio possano esistere dei centri di detenzione in cui la dignità umana viene così palesemente svilita e calpestata.

Restano infine da dire alcune parole sulle nostre responsabilità sovranazionali, considerando che condividiamo con gli altri popoli europei un comune destino e un tentativo di uniformare le nostre leggi e comportamenti. L'Europa non può essere invocata solo in occasione di tragedie del mare per pietire un obolo. All'Europa occorre rivolgersi con forza, anche con l'implementazione di reti di *advocacy* internazionali, affinché cambino sia la politica dei flussi migratori e della gestione delle frontiere, sia il modo di distribuire i rifugiati all'interno dei suoi confini. Vi è infatti ampia letteratura scientifica a conferma della facile predizione che potersi ricongiungere ai propri familiari e/o connazionali è un fattore che aumentando il supporto sociale promuove il benessere e la salute dei migranti. Non ci vuole molto a immaginare la differenza tra trovarsi in un paese sconosciuto da soli, senza lavoro, e dover mandare i soldi a casa a qualcuno della famiglia la cui sopravvivenza dipende da noi (non è un caso che nelle nostre ricerche le preoccupazioni per la famiglia rimasta a casa siano tra le difficoltà di vita post-migratorie più disturbanti),

rispetto alla situazione in cui si è liberi di lasciare un paese di transito e prima accoglienza per andare a riunirsi ad altri familiari in precedenza stabiliti in altri paesi europei, i quali sono disposti a garantire un'accoglienza e un supporto per la prima fase e le prime necessità, e magari si sono già attivati per cercare un lavoro. Sembra una cosa così di buon senso che non si riesce a comprendere come non l'abbiano considerato anche i firmatari del trattato di Dublino, quello in nome del quale ci capita spesso di ricevere nel nostro servizio pazienti che sono stati rispediti in Italia da altri paesi nei quali si erano sistemati già da un po' ma che, purtroppo per loro, non era il primo paese europeo in cui avevano messo piede. Un impegno per la revisione di questo vincolo è anch'esso necessario se vogliamo ridurre la possibilità di sofferenza psicopatologica e disadattamento sociale in persone che oggi vedono fallire da un giorno all'altro i propri sforzi di integrazione e crescita, e al contrario, vogliamo promuovere il loro successo personale e sociale, con vantaggi anche per tutta la nostra società.



---

# CAPITOLO 11

## Il *LiMEs* (List of Migration Experiences):

Costruzione e validazione di uno strumento per valutare le esperienze traumatiche e le difficoltà di vita in contesti migratori

Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Paolo Roma, Alessia Aprigliano, Estela Camilo da Silva, Sara Urbinati, Shirin Zakeri, Patrizia Frabotta, Rosa Pisani

*... non basta guardare,  
occorre guardare con gli occhi che vogliono vedere,  
che credono in quello che vedono.*

Galileo Galilei

### Introduzione

Nel capitolo 9 si sono illustrati i lavori di ricerca effettuati negli ultimi anni dal gruppo di psichiatria transculturale dell'Area sanitaria Caritas di Roma. Un dato che è via via emerso sempre più chiaramente, coerentemente con le osservazioni cliniche riportate nei primi capitoli, è l'importanza, per la psicopatologia in contesti migratori, dei fattori di rischio legati a condizioni geopolitiche e socioculturali. In particolare, si è confermata l'importanza dei cosiddetti traumi premigratori, ovvero di quegli eventi occorsi nel paese d'origine e che hanno provocato la migrazione forzata (violenze intenzionali, tortura, etc.), ma si è anche messo l'accento sulla rilevanza di tutte quelle difficoltà di vita post-migratorie (la discriminazione, il difficile accesso ai servizi, la povertà e la mancanza di lavoro, il ritardo e i problemi connessi al riconoscimento del proprio status legale e al permesso di soggiorno) che operano spesso come veri e propri fattori ritraumatizzanti in persone già vulnerabili a causa dei traumi subiti nella propria storia migratoria.

Insomma, fattori pre-migratori (quelli occorsi nel proprio paese d'origine), fattori intra-migratori (basti pensare a ciò che accade a un migrante centrafricano quando viene imprigionato in Libia, oppure al terrore che si può provare quando si è ammassati su un barcone in avaria tra i marosi del mediterraneo), e fattori post-migratori (le cosiddette difficoltà di vita post-migratorie) cooperano nello sviluppo di quella sintomatologia post-traumatica che fa spesso soffrire i migranti, rendendo loro difficile un soddisfacente inserimento nella trama sociale del paese di arrivo.

Uno dei limiti dei questionari che valutano questi aspetti, e dunque uno dei limiti di cui soffrono le ricerche esposte nei precedenti capitoli, è che non discriminano in quale fase del percorso migratorio l'evento sia occorso, ovvero se esso sia avvenuto prima di partire, durante il viaggio (spesso viaggi e soggiorni in paesi di transito durano molto tempo e sono occasione di nuove esperienze traumatiche), oppure dopo l'arrivo nel

paese ospite. Ad esempio, somministrando l'Harvard Trauma Questionnaire si suppone che il soggetto abbia subito la violenza in patria, ma non è detto che non possa essere successo altrove (in un carcere nordafricano, ad esempio, o, com'è successo a un nostro paziente, al passaggio tra Iran e Turchia quando è stato sequestrato da un gruppo di Curdi). Questa mancanza, così come il fatto che traumi e difficoltà di vita fossero elencati in test differenti, è tra le ragioni principali che hanno portato all'elaborazione del LiMEs, una checklist delle esperienze migratorie potenzialmente traumatizzanti o ritraumatizzanti.

Lo scopo di questo strumento è in primis di fornire agli operatori della salute uno strumento autosomministrato e di agevole lettura che li aiuti a individuare i migranti che, avendo avuto esperienze di questo tipo nel corso della propria storia migratoria e post-migratoria, possano essere a rischio per lo sviluppo di sofferenza psicopatologica.

Uno scopo ulteriore è di dotare la comunità scientifica di un unico strumento di rilevazione di queste esperienze, che consenta anche di rilevare la fase migratoria (pre-, intra-, post-migratoria) in cui l'evento è occorso.

Dunque, il LiMEs si propone come utile strumento sia per i clinici e più in generale per gli operatori attivi nell'accoglienza ai migranti (per rilevare possibili casi a rischio da valutare con più attenzione), sia per i ricercatori (per poter studiare meglio la relazione tra eventi vitali legati alla migrazione e sviluppo di sintomi psicopatologici).

## La costruzione del LiMEs

La costruzione dello strumento e la sua somministrazione sono stati eseguiti da un apposito gruppo di ricerca costituitosi ad hoc all'interno dell'Area sanitaria della Caritas di Roma, operante nel poliambulatorio medico per migranti della suddetta organizzazione, e in stretto contatto con il gruppo che si occupa del progetto di cura dei migranti vittime di violenza intenzionale.

La necessità di uno strumento di questo tipo era emersa nel corso delle ricerche sulla psicopatologia delle migrazioni precedentemente svolte presso l'Area sanitaria Caritas di Roma (cfr. Cap. 9), così come dalla necessità clinica di verificare ipotesi causali sullo sviluppo della psicopatologia traumatica e, infine, da una serie di colloqui tra operatori del settore circa le loro esigenze e le loro difficoltà nell'individuare possibili casi a rischio.

Con lo scopo di redigere una lista il più possibile esaustiva di eventi potenzialmente traumatizzanti, sia pre- che post-migratori, sono state utilizzate tre scale già note in letteratura: il *Refugee Trauma Experience Inventory* (RTEI: Hussain e Bhushan, 2009), la prima sezione dell'*Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ, versione a 16 item: Schweitzer et al., 2006) ed il *Post-Migration Living Difficulties Questionnaire* (PMLDQ: Silove et al., 1997). Non essendo emersa dall'analisi della letteratura una scala dedicata agli eventi occorsi durante la migrazione (il viaggio vero e proprio), si concordava di usare gli item di queste scale anche per questa fascia temporale.

La metodologia usata inizialmente è stata quella del confronto terminologico e concettuale tra i vari strumenti. In questa fase venivano considerati tutti gli item e si escludevano quelli che apparivano ridondanti in quanto chiedevano la stessa cosa. Tra due o più domande sullo stesso punto si sceglieva quella redatta con una terminologia più sempli-

ce e che i membri del gruppo screening giudicavano all'unanimità essere di più facile comprensione. Il risultato di questo lavoro era uno strumento comprendente tutti gli item del RTEI, più alcuni item dell'HTQ e del PMLDQ.

Nella fase successiva il gruppo provvedeva a un'ulteriore analisi concettuale volta ad eliminare eventuali item non pertinenti. Come risultato, gli item 23 e 24 del RTEI sono stati esclusi in quanto descrivono situazioni tipicamente riferite ai profughi tibetani (popolazione per la quale lo strumento è stato redatto: ad es. distruzione dei templi tibetani), ma che nella nostra esperienza non erano rilevanti per il contesto migratorio relativo a questa ricerca. Il risultato finale era uno strumento a 55 item.

In una fase successiva sono stati istituiti due focus groups condotti da due membri del gruppo screening, a cui hanno partecipato pazienti vittime di violenza intenzionale, ospiti presso il centro d'accoglienza "Ferrhotel" della Caritas di Roma-CRS, in quanto esperti della problematica per il fatto di averla vissuta in prima persona. Compito dei membri del focus group era sia di apportare eventuali necessarie correzioni stilistiche agli item individuati, per renderne più agevole la lettura e comprensione, sia valutare se vi fossero altri eventi potenzialmente traumatici o problematici non inclusi nella lista. Ne è risultata una lista finale di 59 items, cui è stata aggiunto un item "altro" con possibilità di risposta aperta, al fine di poter cogliere, durante lo studio di validazione, eventuali altri fenomeni non compresi nei precedenti item.

Dal punto di vista delle modalità di compilazione, si è scelto di usare un sistema tipo "check-list", in modo che i soggetti potessero indicare con una semplice crocetta se l'evento in questione fosse occorso o meno. Tale modalità era ripetibile per ogni item in tre colonne diverse corrispondenti alla fase del percorso migratorio. In questo modo i pazienti hanno avuto la possibilità di segnalare se un dato evento sia occorso prima della partenza, durante la migrazione o dopo l'arrivo nel paese dove viene effettuata la valutazione, oppure se sia occorso in due di queste fasi o in tutte e tre.

Altri strumenti (ad esempio il PMLD) davano al paziente la possibilità di giudicare la gravità dell'evento occorso, e poi in fase di attribuzione dei punteggi usavano solo due livelli di gravità (grave o molto grave), ai quali attribuivano lo stesso valore. Poiché nel nostro caso vi era in più l'indicazione del periodo in cui l'evento è occorso, si è deciso di non appesantire troppo la modalità di risposta, per cui si è scelto di considerare positivi (item che il paziente deve segnare con una crocetta) solo gli eventi giudicati dal paziente gravi o stressanti. Al fine di poter differenziare i casi di mancata segnatura perché l'evento non era occorso o non era grave/stressante, da quelli in cui la mancata segnatura poteva esser dovuta a svista, trascuratezza o dimenticanza, una colonna "mai" consentiva di segnare esplicitamente gli eventi giudicati non gravi e non stressanti, oppure non avvenuti affatto.

In questo modo si è semplificato il sistema di risposta cercando di non perdere la valutazione del livello di gravità. Si è inoltre aggiunto il termine stressante perché ritenuto utile in un contesto di ricerca sulle reazioni da stress post-traumatico.

Un limite è l'impossibilità di distinguere tra eventi lievi ed eventi mai occorsi, anche se va fatto notare che anche gli altri sistemi perdono di fatto questa informazione quando in sede di sgrigliatura considerano positivi solo gli eventi più gravi.

Per quanto riguarda la consegna con le istruzioni per la compilazione, il gruppo screening aveva inizialmente formulato due ipotesi, che sono state poi sottoposte a un cam-

pione di operatori dell'Area sanitaria Caritas. I suggerimenti sono stati successivamente valutati all'interno del gruppo screening, sino ad arrivare alla formulazione finale.

Il testo finale del LiMEs, inizialmente redatto in inglese (lingua originale dei tre strumenti utilizzati) è stato poi tradotto in italiano, francese, spagnolo e cinese. Per garantire l'affidabilità semantica la traduzione è avvenuta con il metodo detto "*translation & back-translation*"<sup>1</sup>. Tali lingue sono state scelte considerando le nazionalità maggiormente rappresentate fra gli accessi registrati al Poliambulatorio da gennaio a ottobre del 2011. Per non disperdere i dati moltiplicando eccessivamente il numero delle lingue sono state considerate le lingue ufficiali dei diversi paesi e le seconde lingue, cioè quelle che i singoli pazienti citavano come lingue in cui avevano una buona competenza, pur non essendo lingue madri. Per esempio, nel caso della popolazione rumena (la più numerosa), è stato preso in considerazione il fatto che nelle stesse schede di accesso usate per selezionare le nazionalità più rappresentate, per gli utenti rumeni era riportata una buona comprensione dell'italiano, mentre ciò non avveniva nel caso dei pazienti cinesi per i quali, anch'essi molto numerosi, veniva riportato che la maggioranza conosceva solamente la lingua del proprio paese.

## La somministrazione del LiMEs

Il test è stato somministrato a un campione randomizzato di migranti di prima generazione, maggiorenni, afferenti all'ambulatorio di medicina generale dell'Area sanitaria della Caritas di Roma.

È stato chiesto di partecipare allo studio a 215 pazienti. Di questi, 197 (91,62%) hanno accettato e sono stati ammessi alla ricerca. Tra questi ultimi, 193 (97,69%) hanno compilato i questionari in modo adeguato e sono stati inclusi nell'analisi statistica.

Tutti i pazienti hanno firmato un modulo di consenso informato sulle finalità e il trattamento dei dati nello studio, con accettazione esplicita. A tutti i soggetti veniva esplicitamente reso noto che indipendentemente dall'aver accettato o meno di entrare nello studio, la prestazione sanitaria sarebbe stata garantita con modalità identiche.

Prima di procedere alla compilazione del test l'intervistatore ha raccolto i dati anagrafici, se il paziente era alla sua prima visita al Poliambulatorio, altrimenti i dati sono stati estratti dalla scheda anagrafica già custodita nella banca dati del servizio.

La somministrazione è avvenuta in una porzione della sala d'attesa del Poliambulatorio in grado di garantire discrezione e tranquillità.

Al termine della compilazione ad ogni intervistato è stato dato un appuntamento per tornare nel giro di due o tre settimane per il re-test.

Per evitare bias di selezione legati ai giorni e agli orari in cui si effettuava la valutazione, per tutto il tempo dello studio il LiMEs è stato somministrato durante tutti gli orari di apertura del poliambulatorio, ovvero tutti i pomeriggi dal lunedì al venerdì e due mattine a settimana (mercoledì e giovedì).

<sup>1</sup> Le traduzioni nelle diverse lingue sono a cura di: A. Aprigliano, F. Fritz, A. Listuzzi, R. Meza, R. Rouse, V. Sartori, E. Segura, S. Urbinati, R. Vatteroni, S. Zakeri

Il periodo di somministrazione è durato dal 22 febbraio al 6 luglio 2012.

## Analisi dei dati

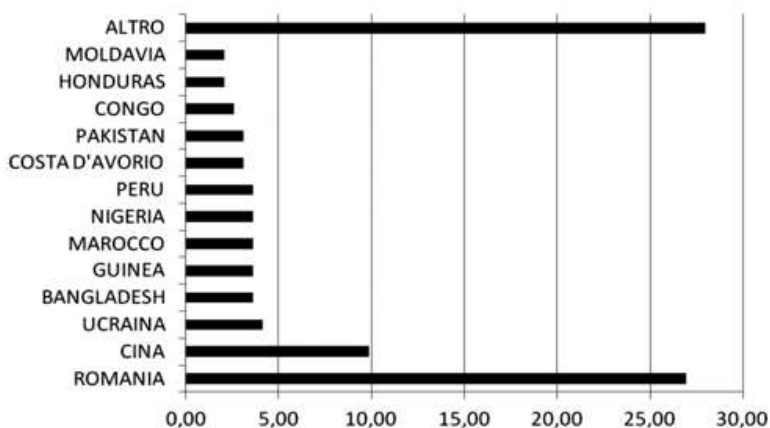
Le variabili socio-demografiche sono state analizzate con test T di Student e test del  $\chi^2$ , a seconda che fossero continue o discrete. Sono state effettuate analisi di frequenza delle risposte nelle varie fasi del processo migratorio (prima del viaggio, durante il viaggio, dopo l'arrivo). Per la valutazione del punteggio totale al test è stata considerata ogni risposta positiva ai singoli item, indipendentemente dalla fase migratoria in cui l'esperienza era stata vissuta. Sono state eseguite analisi di consistenza interna del test (*Cronbach's Alpha*), *item-total correlation* (correlazione di Pearson), individuazione dei fattori di base tramite analisi concettuale dei contenuti, performance al test-retest (correlazione di Pearson), analisi fattoriale con analisi delle componenti principali e rotazione Quartimax e normalizzazione di Kaiser.

## Risultati

### Dati socio-anagrafici

Dal punto di vista della distribuzione socio-demografica non sono emerse differenze tra i soggetti inclusi nell'analisi statistica e quelli esclusi.

Nel gruppo analizzato, i maschi sono 103 (53,37%). I soggetti provengono da 47 paesi differenti (Grafico 1), Romania, Cina e Ucraina essendo le nazioni maggiormente rappresentate. L'età media del campione è  $40,2 \pm 11,2$ . Il numero medio di anni di studio è  $11,9 \pm 3,7$ . La maggioranza dei soggetti è celibe/nubile (42,5%), il 39,9% è sposato, il 14% è separato ed il 3,6% è vedovo. Il 47,9% vive da solo, il 32,6% con altri connazionali ed il



**Grafico 1:** Principali paesi di provenienza

19,5% vive con la propria famiglia. Il 44% vive in affitto, il 28% in un centro di accoglienza, il 9,3% è senza fissa dimora a cui si aggiunge un 2,6% che vive in baracche o alloggi di fortuna.

Il 67,9% dei pazienti è emigrato per motivi economici, l'11,9% per motivi politici, il 6,2% per ricongiungersi alla propria famiglia, il 5,2% dei pazienti è arrivato in Italia per cause di migrazione forzata (traumi, etc.) che però non avevano una natura politica, il 4,7% per motivi di studio, l'1% per motivi di salute. Riguardo allo status migratorio, il 31,6% dei pazienti proviene da paesi dell'Unione Europea, il 22,8% ha un permesso di soggiorno per lavoro, il 15% non ha alcun permesso di soggiorno, il 6,7% ha un permesso per motivi umanitari o protezione sussidiaria, il 6,2% ha il permesso scaduto ed è in attesa di rinnovo, il 4,7% è rifugiato, il 4,7% è richiedente asilo, il 4,7% ha un permesso per motivi familiari, l'1,6% ha un permesso per motivi di studio. Dal punto di vista lavorativo, solo il 7,3% dei pazienti ha un lavoro regolare; il 17,6% ha un lavoro in nero, mentre il 74,1% non ha un lavoro. Tra chi lavora, il 35,29% fa la badante, 17,65% l'operaio, il 15,69% il cameriere, il 13,73% la colf, il 9,8% il commerciante/ambulante, il 3,92% è impiegato.

La maggioranza assoluta ha una buona conoscenza della lingua italiana (74,1%), ma c'è un 7,8% di soggetti che non lo parla per nulla.

#### *Analisi di frequenza nelle varie fasi migratorie e punteggio totale*

Le frequenze dei vari eventi nelle varie fasi migratorie sono riportate in Tabella 1.

**Tabella 1** - Frequenza degli item del LIMES nelle varie fasi migratorie

Item	Prima della partenza dal suo paese	Durante il viaggio	In Italia
1 Lesioni gravi	23,32	4,15	13,47
2 Abuso fisico	17,10	3,63	7,77
3 Stupro o abuso sessuale	6,22	1,04	2,59
4 Tortura	16,06	2,50	5,18
5 Lavaggio del cervello	9,84	2,59	8,29
6 Trovarsi vicino alla morte	20,21	5,18	12,95
7 Essere prigioniero	11,40	4,15	7,25
8 Essere rapito	10,36	3,11	3,63
9 Isolamento forzato	11,92	2,59	7,25
10 Situazione di conflitto armato	17,10	2,07	3,11
11 Incidenti	17,10	2,59	17,10
12 Pericoli naturali	12,44	2,07	7,25
13 Omicidio di familiari o amici	20,73	1,55	4,15
14 Morte violenta di familiari o amici	25,91	2,07	4,15
15 Separazione forzata da persone della famiglia	22,28	1,55	9,84
16 Perdita o separazione da persone della famiglia	32,12	2,59	12,44
17 Omicidio di persone estranee	12,44	2,59	2,07

18	Costretto a fare del male ad altre persone	5,18	0,52	2,07
19	Testimone di violenza nei confronti di altre persone	18,13	4,15	7,25
20	Distruzione di proprietà personali	20,21	1,04	9,33
21	Insufficienza di cibo e acqua	17,62	7,25	14,51
22	Non riuscire a procurarsi il cibo che piace	21,76	4,66	32,12
23	Non avere una casa	19,69	5,18	49,74
24	Non avere un riparo	12,95	5,18	30,57
25	Povertà	31,61	4,15	48,19
26	Poca assistenza da parte del governo	34,20	1,55	40,93
27	Poca assistenza da parte degli istituti di Carità (es. Caritas, Croce rossa, San Vincenzo de Paoli)	9,84	2,07	31,61
28	Non riuscire ad accedere a servizi di informazione (orientamento)	9,33	2,59	30,05
29	Essere interrogati dalla polizia riguardo la propria storia migratoria	5,1	3,11	26,42
30	Ritardi nel rilascio del permesso di soggiorno	2,59	1,04	35,23
31	Conflitti con i funzionari dell'ufficio immigrazione	4,15	1,04	13,47
32	Essere malato e non avere accesso alle cure mediche	10,88	2,07	25,39
33	Non riuscire ad accedere alle cure dentistiche	12,44	2,59	38,86
34	Sovraffollamento del luogo di alloggio	4,15	4,15	44,56
35	Assenza di permesso di lavoro	6,22	2,07	42,49
36	Non essere in grado di trovare lavoro	9,84	1,04	55,44
37	Disoccupazione	14,51	1,55	68,91
38	Cattive condizioni di lavoro	9,84	2,07	44,56
39	Discriminazione etnica	6,22	4,66	31,61
40	Difficoltà linguistiche	2,59	5,70	38,34
41	Difficoltà di adattarsi ed affrontare altre culture	2,07	3,11	26,94
42	Solitudine e noia	7,25	5,18	42,49
43	Sentirsi una minoranza	5,70	2,07	32,64
44	Sentirsi privato di qualcosa	14,51	2,59	43,01
45	Sentirsi non considerato	9,84	3,63	38,86
46	Sentire di subire ingiustizie	13,99	3,11	36,27
47	Sentire di non meritare questa vita da rifugiato (migrante)	6,74	3,11	44,04
48	Preoccupazione per la famiglia rimasta a casa	12,44	7,25	64,77
49	Impossibilità di tornare a casa in caso di emergenza	3,63	2,07	43,52
50	Preoccupazione di perdere la propria cultura	1,55	3,11	20,21
51	Preoccupazione di perdere la propria identità	3,63	4,15	25,91
52	Sentire di non poter controllare gli avvenimenti della sua vita	7,25	5,18	39,90
53	Paura di essere rimandato a casa	2,59	4,66	31,09
54	Sentire di non sapere dove sarà domani	3,63	5,18	52,85
55	Lentezza della commissione nel rispondere alla domanda d'asilo	1,55	1,04	23,32
56	Impossibilità per i richiedenti asilo di viaggiare liberamente	2,59	1,55	18,13
57	Ricevere multe sull'autobus perché non si hanno i soldi per il biglietto	1,04	0,52	5,33
58	Impossibilità di vedere riconosciuti i titoli di studio ottenuti nel proprio paese	3,63	1,55	41,45
59	Preoccupazione di morire ed essere sepolti lontano dal proprio paese	3,11	2,59	40,41

Come atteso alcuni eventi sono più frequenti in fase pre-migratoria, altri durante il viaggio ed altri dopo l'arrivo in Italia. Gli eventi più frequenti sono: prima della partenza, la scarsa assistenza da parte del governo (34,2%), la perdita di familiari o la separazione dalla famiglia (32,12%) e la povertà (31,61%); durante il viaggio, la preoccupazione per la famiglia rimasta a casa (7,25%), l'insufficienza di cibo ed acqua (7,25%) e gli incidenti (5,69%); dopo l'arrivo in Italia, la disoccupazione (68,91%), la preoccupazione per la famiglia rimasta a casa (64,76%) e il non essere in grado di trovare lavoro (55,44%).

In generale le difficoltà di vita post-migratorie sono frequentissime, con ben 29 item su 59 che hanno una frequenza superiore al 30% del campione. Nella fase pre-migratoria le percentuali sono un po' più basse ma aumenta il numero di item corrispondenti a eventi traumatici gravi che si situano tra le esperienze più frequenti. Lesioni gravi, abuso fisico, tortura, trovarsi vicino alla morte, situazioni di conflitto armato, incidenti, omicidio di familiari o amici, morte violenta di familiari o amici, separazione forzata dai familiari, perdita o separazione dai familiari, esser testimoni di violenza nei confronti di altre persone, distruzione di proprietà personali, insufficienza di cibo e acqua, non riuscire a procurarsi il cibo che piace, non avere una casa, non avere un riparo, povertà, poca assistenza da parte del governo: tutti questi eventi compaiono con frequenza superiori al 15%. Rispetto alle altre fasi sono invece decisamente più basse le frequenze durante il viaggio, probabilmente in ragione della minor durata temporale (e quindi del minor tempo di possibile esposizione). È comunque da segnalare che durante il viaggio più del 5% dei soggetti ha vissuto almeno una delle seguenti condizioni: trovarsi vicino alla morte, insufficienza di cibo e acqua, non riuscire a procurarsi il cibo che piace, non avere una casa, non avere un riparo, difficoltà linguistiche, solitudine e noia, preoccupazione per la famiglia rimasta a casa, sentire di non poter controllare gli avvenimenti della propria vita, sentire di non sapere dove sarà domani.

### *Validazione del LiMEs*

L'analisi di consistenza interna del test, tramite *Cronbach's Alpha*, attesta un'ottima affidabilità del LiMEs (>0,90). Essendo raramente utilizzato, si è optato per l'eliminazione dell'item 60 (altro). Per tutti i restanti item la *item-total correlation* è risultata piuttosto alta, indicando che ogni item contribuisce in maniera significativa al punteggio totale del test. Di conseguenza, non vi sono ulteriori item sovrapponibili o ridondanti che possano essere eliminati, e la versione finale del test è costituita da 59 item.

Per favorire la valutazione e l'integrazione degli item che esplorano aree comuni, i 59 item del LiMEs sono stati accorpati in fattori concettualmente più omogenei. Ne sono risultati 11 fattori concettuali (Tabella 2) denominati: 1) traumi generici, 2) traumi intenzionali, 3) guerre/conflitti, 4) traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari, 5) condizioni legate alla povertà, 6) difficoltà di adattamento culturale/sociale, 7) scarso accesso all'assistenza, 8) problemi per le pratiche legali, 9) problemi di/sul lavoro, 10) discriminazione, 11) migration blues.

Il test-retest è stato effettuato su 56 soggetti. La correlazione di Pearson è risultata ottima per il punteggio totale ottenuto al LiMEs (0,9;  $p < 0,01$ ). Al Test-Retest la correlazione degli 11 fattori concettuali è risultata soddisfacente (Tabella 3), con buoni livelli del valore di correlazione e significatività almeno inferiore a 0,05. Ciò indica che il test mantiene una sufficiente stabilità nel tempo e non vi sono significative difformità nella valutazione

**Tabella 2** - Fattori concettuali del LiMEs

Fattore	Item	
1) Traumi generici	1	Lesioni gravi
	6	Trovarsi vicino alla morte
	11	Incidenti
	12	Pericoli naturali
2) Traumi intenzionali	2	Abuso fisico
	3	Stupro o abuso sessuale
	4	Tortura
	5	Lavaggio del cervello
	7	Essere prigioniero
	8	Essere rapito
3) Guerre/conflitti	9	Isolamento forzato
	10	Situazione di conflitto armato
	17	Omicidio di persone estranee
	18	Costretto a fare del male ad altre persone
	19	Testimone di violenza nei confronti di altre persone
4) Traumi subiti dai familiari e preoccupazioni per i familiari	20	Distruzione di proprietà personali
	13	Omicidio di familiari o amici
	14	Morte violenta di familiari o amici
	15	Separazione forzata da persone della famiglia
	16	Perdita o separazione da persone della famiglia
5) Condizioni legate alla povertà	48	Preoccupazione per la famiglia rimasta a casa
	49	Impossibilità di tornare a casa in caso di emergenza
	21	Insufficienza di cibo e acqua
	23	Non avere una casa
	24	Non avere un riparo
	25	Povertà
6) Difficoltà di adattamento culturale/sociale	34	Sovraffollamento del luogo di alloggio
	57	Ricevere multe sull'autobus perché non si hanno i soldi per il biglietto
	22	Non riuscire a procurarsi il cibo che piace
	40	Difficoltà linguistiche
	41	Difficoltà di adattarsi ed affrontare altre culture
	42	Solitudine e noia
7) Scarso accesso all'assistenza	50	Preoccupazione di perdere la propria cultura
	51	Preoccupazione di perdere la propria identità
	26	Poca assistenza da parte del governo
	27	Poca assistenza da parte degli istituti di Carità (es. Caritas, Croce rossa, San Vincenzo de Paoli)
	28	Non riuscire ad accedere a servizi di informazione (orientamento)
	32	Essere malato e non avere accesso alle cure mediche
33	Non riuscire ad accedere alle cure dentistiche	

(segue)

Fattore	Item	
8) Problemi per le pratiche legali	29	Essere interrogati dalla polizia riguardo la propria storia migratoria
	30	Ritardi nel rilascio del permesso di soggiorno
	31	Conflitti con i funzionari dell'ufficio immigrazione
	53	Paura di essere rimandato a casa
	55	Lentezza della commissione nel rispondere alla domanda d'asilo
	56	Impossibilità per i richiedenti asilo di viaggiare liberamente
9) Problemi di/sul lavoro	35	Assenza di permesso di lavoro
	36	Non essere in grado di trovare lavoro
	37	Disoccupazione
	38	Cattive condizioni di lavoro
10) Discriminazione	39	Discriminazione etnica
	43	Sentirsi una minoranza
	44	Sentirsi privato di qualcosa
	45	Sentirsi non considerato
	46	Sentire di subire ingiustizie
11) Migration blues	47	Sentire di non meritare questa vita da rifugiato (migrante)
	52	Sentire di non poter controllare gli avvenimenti della sua vita
	54	Sentire di non sapere dove sarà domani
	59	Preoccupazione di morire ed essere sepolti lontano dal proprio paese

**Tabella 3** - Performance al Test-Retest dei Fattori Concettuali del LiMEs

Fattore	Correl. Di Pearson
1) Traumi generici	0,71
2) Traumi intenzionali	0,84
3) Guerre/conflitti	0,83
4) Traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari	0,74
5) Condizioni legate alla povertà	0,77
6) Difficoltà di adattamento culturale/sociale	0,74
7) Scarso accesso all'assistenza	0,67
8) Problemi per le pratiche legali	0,83
9) Problemi di/sul lavoro	0,60
10) Discriminazione	0,41
11) Migration blues	0,80

e nella risposta da parte degli stessi pazienti in tempi diversi. Un solo fattore (il fattore 10: discriminazione) ha mostrato una performance critica, essendo risultato comunque significativamente correlato al test-retest, ma con un indice di correlazione non molto alto (0,41), per cui necessita di essere rivalutato in studi futuri.

Su questi fattori concettuali è stata infine effettuata un'analisi fattoriale (vedi metodi statistici). Ne risulta una struttura a due fattori (Tabella 4), di cui uno corrisponde agli eventi propriamente traumatogeni, e il secondo alle classiche difficoltà vitali legate alla condizione di migrante, che come visto in precedenza (cfr. capitoli 3 e 9) agiscono molto frequentemente da eventi ri-traumatizzanti. Questa struttura fattoriale corrisponde appieno a quanto atteso sulla base dell'analisi della letteratura, dove gravi eventi potenzialmente traumatici e difficoltà di vita post-migratorie potenzialmente ri-traumatizzanti vengono distinti in questionari differenti.

**Tabella 4** - Analisi fattoriale

**Fattore 1: Esperienze Traumatiche**

3) Guerre/conflitti	0,803
2) Traumi intenzionali	0,717
1) Traumi generici	0,700
4) Traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari	0,691

**Fattore 2: Difficoltà vitali**

7) Scarso accesso all'assistenza	0,797
5) Condizioni legate alla povertà	0,779
9) Problemi di/sul lavoro	0,779
8) Problemi per le pratiche legali	0,742
10) Discriminazione	0,700
11) Migration blues	0,684
6) Difficoltà di adattamento culturale/sociale	0,626

## Conclusioni

Il LiMEs appare uno strumento di agevole somministrazione che consente di poter valutare se la persona è stata esposta nel corso della sua storia migratoria ad eventi potenzialmente traumatici e a difficoltà vitali potenzialmente ri-traumatizzanti. Diversamente dagli strumenti già presenti in letteratura, il LiMEs consente di differenziare la fase migratoria (pre-migratoria, durante il viaggio, post-migratoria) nella quale è occorso l'evento in questione. I dati della validazione indicano che lo strumento coglie effettivamente una serie di eventi che occorrono con alta frequenza nei migranti, e che andrebbero conosciuti e considerati per una corretta gestione del percorso post-migratorio. Per questi motivi, il LiMEs appare come uno strumento utile in vari contesti, dall'accoglienza al supporto sociale a quello legale. In ambito sanitario, poi, lo strumento appare partico-

larmente utile perché consente di evidenziare quegli eventi potenzialmente traumatici che potrebbero aver condotto all'emergenza di una sofferenza psicopatologica che è importante cogliere e curare precocemente. Come noto, infatti, spesso i pazienti non sentono di poter parlare di queste problematiche, e in questo modo le ferite psichiche subite rimangono invisibili, operano tutto il loro potenziale patogeno rendendo difficile un buon percorso di integrazione nel paese ospite.

Nonostante una buona performance alla validazione, il LiMEs ha comunque alcune limitazioni che andrebbero tenute presenti per evitare una somministrazione non corretta. Innanzitutto, il questionario non serve a fare una diagnosi, ma semplicemente indica l'occorrenza di alcuni eventi che le ricerche hanno dimostrato incrementare significativamente il rischio di avere sintomi psicopatologici. In particolare va sottolineato che alcuni eventi post-migratori sono così frequenti tra i migranti da non avere una specificità per PTSD o altri quadri psicopatologici correlati (ovvero, sebbene chi ha un PTSD è molto probabile abbia vissuto una determinata problematica, molti di coloro che l'hanno esperita non hanno sviluppato un PTSD). Una seconda limitazione di rilievo riguarda la sempre possibile non comprensione/equivocazione delle domande: dalla Tabella 1 si può infatti evincere che circa un 2% di pazienti riporta in una data fase della migrazione eventi che a rigore non dovrebbero essere occorsi perché propri e specifici di un'altra fase. Ciò implica che se a fini di ricerca ciò è accettabile e gestibile, a fini clinici o assistenziali occorre sempre rivalutare le risposte con il paziente per accertarsi che intendesse ciò che gli veniva chiesto. Una terza problematica da considerare riguarda la possibilità che i pazienti non abbiano prestato sufficiente attenzione alle istruzioni iniziali che chiedevano di segnalare solo gli eventi gravi e stressanti, includendo anche eventi meno gravi. La conseguenza di ciò sarebbe una sovrastima di molti di questi eventi, che successive ricerche dovranno valutare tramite un confronto con strumenti analoghi che in più diano la possibilità di graduare la gravità dell'evento occorso.

In conclusione, il LiMEs è uno strumento che può essere molto pratico e utile in contesti migratori, ai fini di ottenere in modo semplice una serie di informazioni sugli eventi vitali occorsi. Ciò per una migliore programmazione/gestione delle problematiche connesse, grazie alla possibilità di individuare precocemente le persone potenzialmente più a rischio di incontrare difficoltà nel proprio percorso di inserimento. Può inoltre essere un valido strumento di ricerca per superare le limitazioni degli strumenti analoghi già disponibili, permettendo una analisi temporalmente più fine dei fattori potenzialmente psicotraumato-geni in ambito migratorio. Infine, una possibile applicazione di simili attività di ricerca è anche quella di identificare le più appropriate misure di protezione e prevenzione primaria, secondaria e terziaria per i richiedenti asilo (cfr. Cap.10): se infatti non è possibile fare molto per evitare le esperienze traumatiche nei paesi di origine, identificare specifici fattori di rischio durante il percorso migratorio potrebbe già permettere la progettazione di iniziative per limitarne i danni, sia tramite accordi con i paesi di partenza (in molti casi, per l'Italia, quelli nord-africani), sia con iniziative che riducano il rischio di naufragi e ritardati interventi di soccorso durante la fase terminale del viaggio. Infine rimane di primaria importanza, come del resto più volte ripetuto nei capitoli precedenti, l'identificazione dei fattori di rischio psicopatologico post-migratori, per i quali la responsabilità del paese di accoglienza è totale, e nei cui confronti è possibile intervenire con efficacia.

---

# APPENDICE



## La somministrazione del LiMEs

Dal processo di validazione, il LiMEs è risultato essere una checklist di semplice impiego e di buona affidabilità, utile per valutare l'occorrenza di eventi potenzialmente traumatici o stressanti in popolazioni di migranti, con in più la possibilità di impiego ripetuto (vista la discreta performance al test-retest).

Ai fini pratici si raccomanda sempre di considerare le scale autocompilate (com'è appunto il LiMEs) come un'utile indicazione, la quale però necessita di essere verificata con domande dirette e circostanziate al fine di eliminare possibili fonti di errori. Ciò in particolare quando l'utilizzo non è solo a fini di ricerca, ma piuttosto per fini con ricadute pratiche dirette nella vita dei soggetti intervistati (valutazioni in sede sanitaria, medico-legale, etc.).

La modalità di somministrazione standard del LiMEs è nella forma completa, a 59 item, con quattro colonne. Ciò affinché l'esaminando possa evidenziare se l'evento non è mai avvenuto (o non è stato né grave né stressante), o se sia avvenuto prima di emigrare, durante il viaggio o dopo l'arrivo nel paese ospite (essendo stato creato e validato in Italia, il questionario riporta la dizione "in Italia"; per utilizzi in altri paesi questa frase deve essere opportunamente emendata).

Segnando in sede anamnestica le date di partenza dal proprio paese e di arrivo in Italia, sarà possibile fornire anche un'indicazione temporale quantitativa di massima di quando l'evento indagato sia occorso.

Ancorché non vengano proposte esplicitamente, dai risultati della validazione risultano ammissibili altre modalità alternative di somministrazione:

- Questionario a due colonne (anziché a quattro), al fine di indagare solo una determinata fase dell'esperienza migratoria. La prima colonna dovrà riportare la dizione "mai", la seconda quella relativa al periodo che si intende indagare.

- Solo eventi traumatici (Fattore 1 della validazione): item dall'1 al 20, cui vanno aggiunti gli item 48 e 49.

- Solo difficoltà vitali (Fattore 2 della validazione): item dal 21 al 47 e dal 50 al 59.

- Solo gli item delle sottoscale che interessa studiare specificamente, scegliendo tra gli 11 fattori concettuali elaborati in sede di validazione: 1) Traumi generici; 2) Traumi intenzionali; 3) Guerre/conflitti; 4) Traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari; 5) Condizioni legate alla povertà; 6) Difficoltà di adattamento culturale/sociale; 7) Scarso accesso all'assistenza; 8) Problemi per le pratiche legali; 9) Problemi di/sul lavoro; 10) Discriminazione; 11) Migration blues. Per l'elenco dei singoli item corrispondenti a ognuna di queste sottoscale si veda la Tabella 2.

Di seguito vengono presentate le traduzioni del LiMEs che sono state oggetto della presente validazione.

Area sanitaria Caritas di Roma: Progetto Ferite invisibili  
**LiMEs: Versione Italiana**

**NUMERO DI CARTELLA:** \_\_\_\_\_

Il seguente questionario ha lo scopo di conoscere meglio i suoi problemi, al fine di poter migliorare il nostro servizio e diffondere informazioni corrette sulla reale situazione di vita delle persone migranti.

È importante che lei cerchi di compilare tutto il questionario.

I dati personali da lei forniti saranno protetti dal segreto medico secondo la legge sulla privacy.

La ringraziamo molto per il suo aiuto.

Questa è una lista di esperienze che potrebbero esserle capitate.

Se le sono capitate, e se sono state per lei gravi o stressanti, indichi con una "X" se sono avvenute:

– prima della partenza dal suo paese

– durante il viaggio

– in Italia

Se invece non le sono mai capitate o se non sono state gravi o stressanti, metta una "X" su *mai*.

Nel caso le siano capitate in più di una situazione (ad es. prima della partenza del suo paese e durante il viaggio) può mettere una "X" in più caselle.

N° EVENTI TRAUMATICI	Mai	Prima della partenza dal suo paese	Durante il viaggio	In Italia
1 Lesioni gravi				
2 Abuso fisico				
3 Stupro o abuso sessuale				
4 Tortura				
5 Lavaggio del cervello				
6 Trovarsi vicino alla morte				
7 Essere prigioniero				
8 Essere rapito				
9 Isolamento forzato				
10 Situazione di conflitto armato				
11 Incidenti				
12 Pericoli naturali				
13 Omicidio di familiari o amici				
14 Morte violenta di familiari o amici				
15 Separazione forzata da persone della famiglia				
16 Perdita o separazione da persone della famiglia				
17 Omicidio di persone estranee				
18 Costretto a fare del male ad altre persone				
19 Testimone di violenza nei confronti di altre persone				
20 Distruzione di proprietà personali				
21 Insufficienza di cibo e acqua				
22 Non riuscire a procurarsi il cibo che piace				
23 Non avere una casa propria				
24 Non avere un riparo				
25 Povertà				

*Quando le ferite sono invisibili*

N° EVENTI TRAUMATICI	Mai	Prima della partenza dal suo paese	Durante il viaggio	In Italia
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				

Area sanitaria Caritas di Roma: Progetto Ferite invisibili  
**LiMEs: Versione Inglese**

**SHEET'S NUMBER** \_\_\_\_\_

The aim of the present questionnaire is to gain better knowledge of your problems, in order to improve our service and to disseminate correct information about the real-life situation of migrants.

It is important that you try to complete all the questionnaire.

The personal information you provide will be protected by medical confidentiality under the Privacy Act.

Thank you very much for your cooperation.

The following is a list of events that could have occurred to you.

If you have experienced any of them, and if they have been severe or distressful, please put an "X" indicating whether it has occurred:

–Before leaving your country

–During the journey

–In Italy

If none of these events has never happened to you, or if it was not severe or distressful, then put an "X" in the box "not at all".

If an event has occurred in more than one place (e.g., before leaving your country and during the journey), then put an "X" more than one box.

N° Traumatic event	Not at all	Before leaving your country	During the journey	In Italy
1 Serious injuries				
2 Physical abuse				
3 Rape or sexual abuse				
4 Torture				
5 Brain washing				
6 Being close to death				
7 Imprisonment / detention				
8 Lost or kidnapped				
9 Forced isolation from others				
10 Combat situation				
11 Accidents				
12 Natural hazards				
13 Murder of family or friend				
14 Unnatural death of family or friend				
15 Forced separation from family members				
16 Loss or separation from family members				
17 Murder of stranger (s)				
18 Forced to harm others				
19 Witnessed violence to others				
20 Destruction of personal properties				
21 Lack of food and water				
22 Poor access to the foods you like				

N° Traumatic event	Not at all	Before leaving your country	During the journey	In Italy
23 Lack of proper house				
24 Lack of shelter				
25 Poverty				
26 Little government help with welfare				
27 Little help with welfare from Charities (e.g. Caritas, Red Cross, St Vincent de Paul, etc)				
28 Poor access to counseling services				
29 Interviews by immigration				
30 Delays in processing your application				
31 Conflict with immigration officials				
32 Ill health without access to medical care				
33 Poor access to dentistry care				
34 Overcrowding at the place of stay				
35 No permission to work				
36 Not being able to find work				
37 Unemployment				
38 Bad job conditions				
39 Ethnic discrimination				
40 Difficulties related to language differences				
41 Difficulties related to adjustment and coping with culture				
42 Loneliness and Boredom				
43 Feelings of being minority				
44 Feelings of being deprived				
45 Feeling of being neglected				
46 Feeling that injustice is being done to you				
47 Feeling that you don't deserve this life as a migrant				
48 Worries about family back at home				
49 Unable to return home in Emergency				
50 Concerned with the loss of your unique culture				
51 Concerned with loss of ethnic identity				
52 Feeling that you cannot control the events in your life				
53 Fears of being sent home				
54 Feeling that you do not know where you will end up tomorrow				
55 Commission took/takes a long time to consider your asylum request				
56 Asylum seekers are not allowed to travel freely				
57 To be fined for fare-dodging on buses for not having money to pay the ticket				
58 Qualifications obtained in native country are not recognized				
59 Fear of dying and being buried away from home/native country				

**LiMEs: Versione Francese****NUMÉRO DE DOSSIER \_\_\_\_\_**

Le but de ce questionnaire est de nous donner une meilleure connaissance de vos problèmes, pour améliorer notre service et diffuser des informations correctes sur la situation réelle des migrants.

Il est important que vous tentiez de remplir le questionnaire en entier.

Les renseignements personnels que vous fournirez seront protégés par le secret médical selon la loi sur la protection de renseignements personnels.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

La liste suivante présente une série d'évènements auxquels vous avez pu être exposé.

Si c'est le cas et s'ils ont été graves ou stressants, mettez un "X" indiquant s'ils se sont produits:

– Avant de quitter votre pays d'origine

– Pendant le voyage

– En Italie

S'ils ne se sont pas produits ou s'ils n'ont pas été graves ou stressants, mettez un "X" dans la case "pas du tout".

Si un évènement est arrivé en plusieurs situations (p.ex., avant de quitter votre pays et pendant le voyage), mettez un "X" dans plusieurs cases.

<b>N° Évènement traumatisant</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Avant de quitter votre pays</b>	<b>Pendant le voyage</b>	<b>En Italie</b>
1 Blessures graves				
2 Abus physique/ corporels				
3 Viol ou abus sexuel				
4 Torture				
5 Lavage du cerveau				
6 Être proche de la mort				
7 Emprisonnement / détention				
8 Dispersé ou enlevé				
9 En isolation forcé				
10 Situation de combat / guerre				
11 Accidents				
12 Catastrophes naturelles				
13 Assassinat de membre de famille ou amis				
14 Décès non-naturel de membre de famille ou ami				
15 Séparation forcé de membre de la famille				
16 Perte ou séparation de membre de la famille				
17 Assassinat de personnes inconnues				
18 Faire du mal à quelqu'un				
19 Témoin de violences contre autrui				
20 Destruction de biens personnels				
21 Manque des aliments et d'eau				
22 Peu d'accès aux aliments désirés				

N° Évènement traumatisant	Pas du tout	Avant de quitter votre pays	Pendant le voyage	En Italie
23 Manque d'habitation propre				
24 Manque d'abri				
25 Pauvreté				
26 Peu d'aide sociale du gouvernement				
27 Peu d'aide sociale de la part d'organisations caritatives (p.ex. Caritas, Croix Rouge, St Vincent de Paul, etc.)				
28 Mauvais accès au service de consultation				
29 Interviews avec agents d'immigrations				
30 Délais dans les procédures de requête				
31 Conflits avec officiers d'immigration				
32 Être malade et ne pas avoir accès aux soins médicaux				
33 Mauvais accès aux soins dentaires				
34 Surpeuplement au lieu de séjour				
35 Sans permis de travail				
36 Inapte/ impossible de trouver du travail				
37 Au chômage				
38 Mauvais conditions de travail				
39 Discrimination ethnique / raciale				
40 Difficultés liées à la différence de langue				
41 Difficultés de s'adapter et gérer autre culture				
42 Solitude et ennui				
43 Se sentir minoritaire				
44 Se sentir défavorisé				
45 Se sentir délaissé				
46 Se sentir injustement traité				
47 Sentiment de ne pas mériter cette vie de migrant				
48 Soucis pour la famille au pays d'origine				
49 Impossibilité de rentrer au pays d'origine (à la maison) en cas d'urgence				
50 Soucis de perte de culture propre				
51 Soucis de perte d'identité ethnique				
52 Sentiments d'impuissance de contrôler les évènements de votre vie				
53 Peur d'être rapatrié				
54 Sentiment de ne pas savoir où on va se trouver le lendemain				
55 Commission prend beaucoup de temps pour évaluer la demande d'asile				
56 Demandeurs d'asile n'ont pas le droit de voyager librement				
57 Recevoir une amende faute de billet de bus ou manque d'argent pour un billet				
58 Qualifications de pays d'origine ne sont pas reconnues				
59 Peur de mourir et d'être enterré loin du pays d'origine				

**LiMEs: Versione Spagnola****NÚMERO DE FICHA** \_\_\_\_\_

El objetivo de este cuestionario es conocer mejor sus problemas con el fin de darle un mejor servicio y difundir informaciones correctas sobre la situación de la vida real de los migrantes.

Es muy importante que usted intente llenar el cuestionario por completo. La información personal que nos proporcione será protegida por el secreto médico en virtud de la Ley de Protección de Datos. Muchas gracias por su colaboración.

La que sigue es una lista lista de acontecimientos que le han podido ocurrir. Si usted los vivió, y los experimentó como graves o estresantes, ponga un "X" para indicar si ocurrió:

- *Antes de salir de su país*
- *A lo largo del viaje*
- *En Italia*

Si el evento nunca le ha pasado, o si no lo experimentó como grave o estresante, ponga un "X" en la casilla "Nunca".

Si un evento le ocurrió en más de una situación (p. Ej: Antes de salir de su país y A lo largo del viaje) es posible poner un "X" en más de una casilla.

<b>N</b>	<b>Evento traumático</b>	<b>Nunca</b>	<b>Antes de salir de su país</b>	<b>A lo largo del viaje</b>	<b>En Italia</b>
1	Lesiones graves				
2	Abuso físico				
3	Violación o abuso físico				
4	Tortura				
5	Lavado de cerebro				
6	Estar cerca de la muerte				
7	Encarcelamiento				
8	Ser desaparecido o secuestrado				
9	Aislamiento forzado				
10	Condiciones de conflicto armado				
11	Accidentes				
12	Catástrofes naturales				
13	Asesinato de familiares o amigos				
14	Muerte violenta de familiares o amigos				
15	Separación forzada de miembros de la familia				
16	Pérdida o separación de miembros de la familia				
17	Asesinato de desconocidos				
18	Forzado a hacerle daño a otros				
19	Testigo de violencia a otros				
20	Destrucción de pertenencias personales				
21	Falta de alimentos y de agua				
22	Escaso acceso a los alimentos que le gustan				

<b>N</b> <b>Evento traumático</b>	<b>Nunca</b>	<b>Antes de salir de su país</b>	<b>A lo largo del viaje</b>	<b>En Italia</b>
23 Falta de una casa propia				
24 Falta de amparo				
25 Pobreza				
26 Poca asistencia social por parte del gobierno				
27 Poca asistencia social por parte de las instituciones de caridad (p. ej: Caritas, Cruz roja, San Vicente, etc.)				
28 Escaso acceso a los servicios de orientación				
29 Entrevista en las oficina de migración				
30 Tardanza en la evaluación del expediente migratorio				
31 Conflicto con los oficiales de migración				
32 Estar enfermo y no tener acceso a la atención médica				
33 Escaso acceso a la atención odontológica				
34 Superpoblación en el lugar de alojamiento				
35 Falta del permiso de trabajo				
36 No poder encontrar trabajo				
37 Desempleo				
38 Malas condiciones de trabajo				
39 Discriminación étnica				
40 Dificultades lingüísticas				
41 Dificultad en adaptarse y enfrentarse a otras culturas				
42 Soledad y aburrimiento				
43 Sentir de ser minoría				
44 Sentir de ser privado de algo				
45 Sentir de no ser considerado				
46 Sentir que se le hace una injusticia				
47 Sentir de no merecer esta vida de migrante				
48 Preocupación por la familia dejada en patria				
49 Imposibilidad de volver a casa en caso de emergencia				
50 Preocupación de perder su propia cultura				
51 Preocupación de perder la identidad étnica				
52 Sentir de no poder controlar los eventos de su propia vida				
53 Miedo a la repatriación				
54 Sentir de no saber dónde estará mañana				
55 Lentitud de la comisión en analizar la demanda de asilo				
56 Imposibilidad para los solicitantes de asilo de viajar libremente				
57 Recibir multas en el autobus por no tener con qué pagar el boleto				
58 Imposibilidad de ver reconocidos los títulos de estudio conseguidos en el país de origen				
59 Preocupación con morir y ser sepultados lejos del país de origen				

## LiMEs: Versione Chinese

病历卡号 \_\_\_\_\_

本问卷的目的，一方面要更好地了解您的问题，以便改善我们的服务，另一方面要推广与移民的实际生活情况有关的可靠消息。

很重要，请您尽量填写全部问卷。

您所提供的个人资料将根据“隐私法”受到医生保密的保护。

非常感谢您的帮助。

## LiMEs: Versione Chinese

下表里列出可能发生的各种情况。

如果您经历过其中任何一种，若情形严重或苦难的，请在相应方框划个“X”表明下列情况是在什么场合下发生的：

-离开本国之前

-在路途中

-在意大利

如果这些事情当中未在您身上发生的，或者所发生情况既不严重又不苦难，请在“没有”方框划个“X”。

如果某一事情不止是在一个地方发生的(比如：同一个事情既在离开本国前又在路途中发生)，请在相应的方框分别划个“X”。

N. 创伤性事件	没有	离开本国之前	在路途中	在意大利
1 重伤				
2 身体虐待				
3 强奸和性虐待				
4 酷刑				
5 洗脑				
6 接近死亡				
7 监禁				
8 迷途或被劫持				
9 与别人强制隔离				
10 战斗状况				
11 意外事件				
12 自然灾害				
13 朋友或家人被谋杀				
14 家人或朋友的反常死亡				
15 被强迫离开家人				
16 失去或离开家人				
17 杀害外人				
18 被迫去危害别人				
19 目睹对他人的暴力行为				
20 毁损本人的财产				

N. 创伤性事件	没有	离开本国之前	在路途中	在意大利
21 缺乏食物和水				
22 不能得到您想要的食物				
23 没有适合的房子				
24 缺乏住处				
25 贫困				
26 政府福利帮助不大				
27 慈善机构（诸如明爱会、红十字会、 —— 圣德保会等）福利帮助不大				
28 咨询性服务难以得到				
29 对移民的审问				
30 对于您的申请延误受理				
31 与移民管理人员的冲突				
32 有病得不到治疗				
33 牙科看病难				
34 所住的地方人太多				
35 没有工作许可				
36 找不到工作				
37 失业				
38 工作环境条件不好				
39 种族歧视				
40 语言上的障碍				
41 与文化融合有关的困难				
42 感到孤独与无聊				
43 感到被排斥				
44 被剥夺的感觉				
45 觉得被人冷淡				
46 感到受屈				
47 认为自己不应受移民生活那样一种感觉				
48 担心家乡家人的情况				
49 在紧急危险情况下无法回家				
50 挂念失去了您唯一的文化				
51 挂念失去了您的民族认同性				
52 感觉到您无法控制您生活中发生的事情				
53 害怕被遣送回家				
54 不知道自己的明天如何				
55 委员会需要很长时间来考核您的避难申请				
56 寻求庇护者不允许自由旅行				
57 因为没钱买票在车上逃票而被罚款				
58 在您本国取得的文凭资格不被承认				
59 怕远离本国家乡死亡而被埋葬于外地				



---

# BIBLIOGRAFIA

- Affronti M. (2013) Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa. , 7 ottobre 2013.
- Allen J.R., Bennet S., Kearns L. (2004) Psychological mindedness: A neglected developmental line in permission to think. *Transactional Analysis Journal*, 34: 3-9.
- Allen J.R. (2006) Oklahoma City ten years later. *Transactional Analysis Journal*, 36: 120-133.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010) The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of Traumatic Stress*, 23: 615-622.
- Aragona M., Colosimo F. (2000) Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia: dati epidemiologici e psicopatologia clinica. *Psichiatria e Territorio*, 17: 1-6.
- Aragona M., Monteduro M.D., Colosimo F., Maisano B., Geraci S. (2008) Effect of gender and marital status on somatization symptoms of immigrants from various ethnic groups attending a primary care service. *German Journal of Psychiatry*, 11: 64-72.
- Aragona 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. (2012a) Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9: 67-74.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013) Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49: 169-175.
- Aragona M., Rovetta E., Pucci D., Spoto J., Villa A.M. (2012b) Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17: 477-91.
- Aragona M., Tarsitani L., Colosimo F., Martinelli B., Raad H., Maisano B., Geraci S. (2005) Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35: 241-248.
- Aragona M. (2009) *Il mito dei fatti. Una introduzione alla filosofia della psicopatologia*. Crossing Dialogues, Roma.
- Bartholomew K., Horowitz L. (1991) Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7: 147-178.

- Bean T., Derluyn I., Eurelings-Bontekoe E., Broekaert E., Spinhoven P. (2007) Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195: 288-297.
- Berne E. (1966) *Principi di Terapia di Gruppo*. Astrolabio Ubaldini, Roma.
- Bhugra D. (2003) Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(suppl. 418): 67-72.
- Bhugra D. (2004) Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 243-258.
- Breslau N., Kessler R.C. (2001) The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder. An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 748-766.
- Burnett A., Peel M. (2001a) Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. *British Medical Journal*, 322: 606-609.
- Burnett A., Peel M. (2001b): Asylum seekers and refugees in Britain. What brings asylum seekers to the United Kingdom? *British Medical Journal*, 322: 485-488.
- Caizzi C., Ciambellini S. (2008) An ethnopsychiatric approach to healing trauma in involuntary immigrants and torture victims: a clinical case. *Transactional Analysis Journal*, 38: 273-284.
- Caizzi C. (2012) Embodied trauma: using the subsymbolic mode to access and change script protocol in traumatized adults. *Transactional Analysis Journal*, 42: 165-175.
- Campos L. (2012) Transactional analysts for social responsibility midyear report. *The Script*, 42: 11.
- Campos L. (2013) Update on TA and social responsibility. *The Script*, 43: 8.
- Cardozo B.L., Vergara A., Agani F., Gotway C.A. (2000) Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284: 569-577.
- Carrer S., Meuti V., Catino E., Pucci D., Lafuente M., Colosimo F., Aragona M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2011) Immigrazione, trauma, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale. *Rivista di Psichiatria*, 46: 129-139.
- Cheung P. (1994) Post-traumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 40: 17-26.
- Chung R.C., Kagawa-Singer M. (1993) Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 36: 631-639.
- Colosimo F., Aragona M. (2000) Le sindromi da somatizzazione in un ambulatorio di medicina generale per gli immigrati, in Italia. Confronto tra i principali test e valutazione del Bradford Somatic Inventory. *Psichiatria e Territorio*, 17: 7-12.
- Connelly J., Schweiger M. (2000) The health risks of the UK's new Asylum Act. *British Medical Journal*, 321: 5-6.
- Connor K.M., Butterfield M.I. (2003) Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1: 247-262.
- Cornell W.F. (1988) Life Script Theory: A critical review from a developmental perspective. *Transactional Analysis Journal*, 18: 270-282.
- Crossman P. (1976) Permission and protection. *Transactional Analysis Bulletin*, 5: 152-154.
- De Luca E. (2013) Abbiamo amato. 20 ottobre 2013.
- Devereux G. (1973) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard, Paris.
- Devoto G., Oli G.C. (1990) *Il dizionario della lingua italiana*. Le Monnier, Firenze.
- Eisenman D.P., Gelberg L., Liu H., Shapiro M.F. (2003) Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *Journal of the American Medical Association*, 90: 627-634.
- Erskine R.G. (1993) Inquiry, attunement and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23: 184-190.

- Fazel M., Wheeler J., Danesh J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467): 1309-1314.
- Fogel A. (2004) Remembering infancy: Accessing our earliest experiences. In: Bremner G, Slater A. *Theories of infant development*. Blackwell Publishing, Oxford: 204-230.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgitt A. (1994) The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 231-257.
- Fortress Europe (2014) 28.6.2014.
- Frankl V. (1946/1975) *Uno psicologo nei Lager*. Ares, Milano.
- Frankl V. (1959/1975) *Alla ricerca di un significato della vita*. Mursia, Milano.
- Frigli L., Piazzini A., Mazzetti M. (1993) Caratteristiche socio-demografiche, salute psichica e fattori di rischio psicopatologico dell'immigrazione extra-comunitaria a Roma. *Difesa Sociale*, LXXII: 183-200.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B. (2010) *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma.
- Geraci S. (2007) *Una rete per la salute degli immigrati - La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*. Nuova Anterem, Roma.
- Geraci S. (2014) *Oltre gli sbarchi. Per un Piano nazionale dell'accoglienza*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Goldstein G., Van Kammen V., Shelly C., Miller D.J., Van Kammen D.P. (1987) Survivors of imprisonment in the Pacific theater during World War II. *American Journal of Psychiatry*, 144: 1210-1213.
- Gorst-Unsworth C., Goldenberg E. (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172: 90-94.
- Gureje O., Simon G.E., Ustun T.B., Goldberg D.P. (1997) Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154: 989-995.
- Haykin M.D. (1980) Type casting: The influence of early childhood experience upon the structure of the child ego state. *Transactional Analysis Journal*, 10: 354-364.
- Hazan C., Shaver P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511-524.
- Herman J.L. (1992) *Trauma and recovery*. Basic Books, New York.
- Hilberman E. (1976) *The rape victim*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Hussain D., Bhushan B. (2009) Development and Validation of the Refugee Trauma Experience Inventory. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1: 107-117.
- IOM - International Organization for Migrations (2013) *World Migration Report 2013*. International Organization for Migrations, Geneva.
- Jamil H., Nasser-McMillan S.C., Lambert R.G. (2007) Immigration and attendant psychological sequelae: A comparison of three waves of Iraqi immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77: 199-205.
- Jaspers K. (1947/2000) *The question of German guilt*. Fordham University Press, New York.
- Kaltman S., Green B.L., Mete M., Shara N., Miranda J. (2010) Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants. *Psychological Trauma*, 2: 31-39.
- Kandula N.R., Kersey M., Lurie N. (2004) Assuring the health of immigrants: What the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health*, 25: 357-376.
- Karpman S.B. (1968) Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7: 39-44.
- Keller A.S., Rosenfeld B., Trinh-Shevrin C., Meserve C., Sachs E., Leviss J.A., Singer E., Smith H., Wilkinson J., Kim G., Allden K., Ford D. (2003) Mental health of detained asylum seekers. *Lancet*, 362: 1721-1723.
- Kernberg O. (1967) Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15: 641-685.

- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048-1060.
- Kinzie J.D., Fredrickson R.H., Ben R., Fleck J., Karls W. (1984) PTSD among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 141: 645-650.
- Kinzie J.D. (2006) Immigrants and refugees: The psychiatric perspective. *Transcultural Psychiatry*, 43: 577-591.
- Kirmayer L.J. (1984) Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 21: 159-188.
- Kirmayer L.J. (2001) Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl.13): 22-28.
- Krystal H. (1968) *Massive psychic trauma*. International Universities Press, New York.
- Leff J.P. (1988) *Psychiatry around the globe: a transcultural view*. Second Edition. Gaskell, London.
- Levenson R., Coker N. (1999) *The health of refugees*. King's Fund, London.
- Levi P. (1947) *Se questo è un uomo*. Einaudi, Torino.
- Linee guida FER (2011) *Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali - Linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale - Progetto finanziato dall'Unione Europea e dal Ministero dell'Interno - FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013*. Tipografia Toriazzi, Parma.
- Maciocco G., Marceca M. (2013) *Via il reato di immigrazione illegale*. *Salute Internazionale*, 7 ottobre 2013.
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E. *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, serie 209).
- Martinelli B., Raad H., Colosimo F., Aragona M., Tarsitani L., Bindi L., Maisano B., Geraci S. (2008) *Le somatizzazioni in un ambulatorio di Medicina Generale per immigrati*. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XXVII: 4-10.
- Masse V. (1995) The Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder using Redecision Therapy. *Transactional Analysis Journal*, 25: 356-360.
- Mazzetti M. (1996) *Strappare le radici*. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. L'Harmattan Italia, Torino.
- Mazzetti M. (1997) A transactional analysis approach to adjustment problems of adolescents from immigrant families. *Transactional Analysis Journal*, 27: 220-223.
- Mazzetti M. (1999) *Passio exilii: rifugiati e salute psichica*. Prima parte: il trauma, *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 27-28: 133-157.
- Mazzetti M. (2003) *Il dialogo transculturale*. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Carocci, Roma.
- Mazzetti M. (2004) I fattori di efficacia del gruppo etnopsichiatrico. Considerazioni a margine di una conversazione con Françoise Sironi. In: Ranci D. *Questioni di etnopsichiatria clinica*. Edizioni di Terrenuove, Milano: 117-137.
- Mazzetti M. (2007) Cultural identities in movement in a world in movement: new frontiers for transactional analysis. *EATA Newsletter*, 90: 6-13.
- Mazzetti M. (2008) Trauma and migration. A transactional analytic approach towards refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal*, 38: 285-302.
- Mazzetti M. (2010) Cross-cultural transactional analysis. *The Psychotherapist*, 46: 23-25.
- Mazzetti M. (2011) Cross-cultural transactional analysis. In: Fowlie H, Sills C. *Relational Transactional Analysis. Principles in practice*. Karnac Books, London.
- Moiso C. (1985) Ego states and transference. *Transactional Analysis Journal*, 15: 194-201.
- Mollica R.F., Caspi-Yavin T., Bollini P., Truong T., Tor S., Lavelle J. (1992) The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and

- posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 111-116.
- Mollica R.F., Donelan K., Tor S., Lavelle J., Elias C., Frankel M., Blendon R.J. (1993) The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *Journal of the American Medical Association*, 270: 581-586.
- Mollica R.F., McInnes K., Pham T., Smith-Fawzi M.C., Murphy E., Lin L. (1998b) Dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 186: 543-553.
- Mollica R.F., McInnes K., Pool C., Tor S. (1998a) Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173: 482-488.
- Mollica R.F., McInnes K., Sarajlic N., Lavelle J., Sarajlic I., Massagli M.P. (1999) Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282: 433-439.
- Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D.M., Brooks R. (2006) A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical Journal of Australia*, 185: 357-361.
- Mumford D.B., Bavington J.T., Bhatnagar K.S., Hussain Y., Mirza S., Naraghi M.M. (1991) The Bradford Somatic Inventory: a multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *British Journal of Psychiatry*, 158: 379-386.
- Nathan T. (1986) *La folie des autres*. Gunod, Paris.
- Nathan T. (1993) *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quel sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*. Editions La Pensée Sauvage, Paris.
- Papadopoulos R.K. (2007) Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9: 301-312.
- Pennac D. (1990/1993) *La prosivendola*. Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.
- Rasmussen A., Rosenfeld B., Reeves K., Keller A.S. (2007) The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 195: 137-143.
- Regione Lombardia (2010) *Glossario sulla promozione della salute mentale rete HPH - health promoting hospital and health services - Bollettino Ufficiale - Regione Lombardia n. 39 - Edizione Speciale del settembre 2010, Anno XL, Milano*.
- Ricoeur P. (1976/1986) *L'idéologie et l'utopie: deux expressions de l'imaginaire social*. In: *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II*. Éditions du Seuil, Paris.
- Schaffer R.H. (1996) *Social Development*. Blackwell, Oxford.
- Schweitzer R., Melville F., Steel Z., Lacherez P. (2006) Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40: 179-187.
- Schweitzer R.D., Brough M., Vromans J., Asic-Kobe M. (2011) Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45: 299-307.
- Shapiro F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*. Guilford Press, New York.
- Shapiro F. (2012) *Getting past your past*. Rodale, New York.
- Shoeb M., Weinstein H., Mollica R. (2007) The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a crosscultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53: 447-463.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 170: 351-357.
- Silove D., Steel Z., McGorry P., Mohan P. (1998) Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: 175-181.
- Silove D., Steel Z., Mollica R. (2001) Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development. *Lancet*; 357: 1436-1437.
- Simpson J.A. (1990) Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 971-980.
- Sinnerbrink I., Silove D., Field A., Steel Z., Manicavasagar V. (1997) Compounding of pre-migration trauma and post-migration stress in asylum seekers. *Journal of Psychology*, 131: 463-470.
- Sironi F. (2004) *Etnopsichiatria tra tecnica, cultura e impegno politico*. In: Ranci D. (a cura di) *Questioni di etnopsichiatria clinica*. Edizioni di Terrenuove, Milano: 73-89.
- Sironi F. (1999) *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la Torture*. Odile Jacob, Paris.
- Sironi F. (2007) *Psychopathologie des violences collectives: Essai de psychologie géopolitique clinique*. Odile Jacob, Paris.
- Sironi F. (2010) *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Feltrinelli, Milano.
- Small L. (2002) On being competent even if we don't know everything. *Transactional Analysis Journal*, 32: 209-221.
- Smith E.W.L. (1985) *The body in psychotherapy*. McFarland & Co, Jefferson, NC.
- Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay K.W. (2011) Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Society, Science and Medicine*, 72: 1149-1156.
- Steel Z., Silove D., Phan T., Bauman A. (2002) Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*, 360: 1056-1062.
- Stuthridge J. (2006) Inside out: A transactional analysis model of trauma. *Transactional Analysis Journal*, 36: 270-283.
- Tarsitani L., Aragona M., Martinelli B., Colosimo F., Maisano B., Geraci S. (2005) Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati. In: Geraci S., Maisano B., Mazzetti M. (A cura di) *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*. CSER, Roma.
- Tarsitani L., Raad H., Colosimo F., Bindi L., Martinelli B., Aragona M. (2001) Somatizzazioni negli immigrati: elementi di discussione per la informazione dei medici. *Rapporti ISTISAN*, 42-45.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 455-472.
- Tedeschi R.G., Park C., Calhoun L.G. (Eds) (1998) *Post-traumatic growth: Theory and research in the aftermath of crisis*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Tennant C.C., Goulston K.J., Dent O.F. (1986) The psychological effects of being a prisoner of war: Forty years after release. *American Journal of Psychiatry*, 143:618-622.
- Turner S., Gorst-Unsworth C. (1990) The psychological sequelae of torture: a descriptive model. *British Journal of Psychiatry*, 157: 475-480.
- Turner S.W., Bowie C., Dunn G., Shapo L., Yule W. (2003) Mental health of kosovan albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182: 444-448.
- UNAR - Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (2013) *Immigrazione. Dossier Statistico 2013*. Idos, Roma.
- UNHCR (2013) *Mid-Year Trends 2013*. UNHCR, Geneva.
- Van der Kolk B.A., Ducey C. (1989) The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2: 259-274.

- VanVelsen C., Gorst-Unsworth C., Turner S.W. (1996) Survivors of torture and organized violence: demography and diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 181-193.
- Victorian Foundation for Survivors of Torture (1998) *Refugee health and general practice*. Melbourne Printing Professionals, Melbourne.
- Walker L. (1979) *The battered woman*. Harper & Row, New York.

---

# GLI AUTORI

**Aprigliano Alessia.** Missionaria secolare scalabriniana. Psicologa, psicoterapeuta, ha operato in ambito migratorio in Germania, Messico, Svizzera e Italia. Ha coordinato lo screening psicologico del Progetto S.P.E.S. (Sostegno Psicologico e Sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tortura e violenza) della Caritas di Roma. Attualmente collabora con il settore Migrazioni di Caritas Agrigento.

**Aragona Massimiliano.** Psichiatra, psicoterapeuta e filosofo. Membro del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma. Insegna Psicologia Generale e Psicopatologia Fenomenologica all'Università "La Sapienza" di Roma. Dirige la rivista "Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences".

**Caizzi Cristina.** Psicologa psicoterapeuta, analista transazionale, didatta straordinario. Psicoterapeuta del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma. Practitioner EMDR. Lavora privatamente a Roma. Docente e supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica SSPC-IFREP di Roma; docente e supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transazionale SSPT-SAPA di Latina; docente presso il Master in Counseling Socio-Educativo Organizzato dall'IFREP (Istituto di Formazione e Ricerca per Educatori e Psicoterapeuti).

**Camillo da Silva Estela Teresa.** Missionaria secolare scalabriniana. Si occupa del coordinamento e della segreteria del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma.

**Ciambellini Simona.** Psicologa, psicoterapeuta e analista transazionale. Psicoterapeuta del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma. Psicoterapeuta EMDR (I livello). Lavora privatamente a Roma.

**Colosimo Francesco.** Psichiatra, psicoterapeuta. Membro del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma. È autore di alcune pubblicazioni sui temi dell'immigrazione.

**Di Giulio Rosanna.** Infermiera. Lavora in un Dipartimento di Salute Mentale di Roma. Volontaria del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma.

**Frabotta Patrizia.** Studentessa di Teorie e Pratiche dell'antropologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Volontaria presso il Poliambulatorio della Caritas di Roma, ha collaborato nello screening psicologico del progetto S.P.E.S. (Sostegno Psicologico e Sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tortura e violenza) della Caritas di Roma. Socio dell'Associazione "Il Giardino delle Rose Blu".

**Geraci Salvatore.** Dal 1986 lavora nell'ambito della tutela della salute degli immigrati. Laureato in medicina, è responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma. Past president

---

della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), attualmente è coordinatore dei Gruppi locali "Immigrazione e salute" (GrIS) e nell'ambito del Coordinamento Nazionale Immigrazione della Caritas Italiana segue la Commissione salute; è membro di vari "tavoli" istituzionali su questo tema e collabora con diverse Università. È il responsabile Caritas del progetto *Ferite invisibili*.

**Giacometto Rosanna.** Psicologa, psicoterapeuta, counselor professionista, è analista transazionale. Insegna a Roma presso la Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana (SSSPC-UPS) e presso il Master in Counselling socio-educativo dell'IFREP (Istituto di Formazione e Ricerca per Educatori e Psicoterapeuti). È membro del progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma.

**Mazzetti Marco.** Psichiatra e psicoterapeuta, è analista transazionale didatta e attuale presidente (2013-2016) dell'Associazione Europea di Analisi Transazionale (EATA). È responsabile del servizio di riabilitazione per vittime di tortura *Ferite invisibili* della Caritas di Roma e direttore didattico della scuola di specializzazione in psicoterapia all'Istituto Torinese di Analisi Transazionale (ITAT). Vive e lavora a Milano.

**Pisani Rosa.** Psicologa. Ha collaborato come volontaria nello screening psicologico del progetto S.P.E.S. (Sostegno Psicologico e Sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tortura e violenza) della Caritas di Roma. Educatrice in progetti di ambito sociale.

**Pucci Daniela.** Medico specialista in Psichiatria e in Igiene e Medicina Preventiva. UOC di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Università di Roma "La Sapienza"; Progetto "Gestione del flusso degli internati in OPG", Regione Lazio.

**Roma Paolo.** Psicologo, specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta Cognitivista, esperto in Psicologia Giuridica. Insegna Psicologia e Psicodiagnosi Clinica presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "La Sapienza".

**Urbinati Sara.** Studentessa in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata. Collaboratrice del progetto "S.P.E.S." (Sostegno Psicologico e Sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tortura e violenza) della Caritas di Roma.

**Zakeri Shirin.** Laureata in cooperazione internazionale e sviluppo presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Ha collaborato nello screening psicologico del progetto S.P.E.S. (Sostegno Psicologico e Sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tortura e violenza) della Caritas di Roma. Mediatrice culturale nel progetto *Ferite invisibili* della Caritas di Roma.

Anche se non hanno scritto materialmente questo libro, vogliamo ricordare i numerosi volontari e operatori, in particolare Montserrat, Sara, Elena, Carmine, Adriana, Flavia, Bianca e Riccardo che in questi anni hanno collaborato al progetto *Ferite invisibili* anche in termini di riflessione, analisi e proposte.





Finito di stampare nel mese di ottobre 2014  
dalla Litosei (Rastignano, BO)