



Corso

Progetto ICARE. Formazione gruppo di progetto

La presa in carico dei soggetti vulnerabili in ambito materno-infantile

PROGRAMMA TERZA GIORNATA

- 9.00 Il trauma nei soggetti vulnerabili e il trauma vicario: segni e sintomi
- 13.00 *Pausa pranzo*
- 14.00 La presa in carico di soggetti vulnerabili e la certificazione
- 17.00 Test di apprendimento e chiusura del corso

Pontedera, 18 ottobre 2019
MICHELA DA PRATO



Corso

Progetto ICARE. Formazione gruppo di progetto

La presa in carico dei soggetti vulnerabili in ambito materno-infantile

PRESENTAZIONE

Il progetto ICARE si propone di definire un percorso integrato multidisciplinare di assistenza territoriale ai RTPI omogeneo sul territorio nazionale e che allo stesso tempo rispecchi le specificità locali, in coerenza con le linee guida ministeriali e del sistema adottato.

L'obiettivo generale consiste nel realizzare, sul territorio nazionale, percorsi integrati interdipartimentali e multidisciplinari, che siano sia specificamente dedicati che culturalmente orientati al fine di: migliorare l'accesso alle cure per i richiedenti e titolari di protezione internazionale nei servizi sanitari territoriali, ottimizzando la fase di accoglienza, garantire risposte appropriate, efficaci e adeguate ai bisogni di salute dei singoli titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in situazione di vulnerabilità sanitaria. Una particolare attenzione sarà rivolta ai percorsi dedicati alle donne e ai minori accompagnati e non.

Il percorso formativo è volto a fornire al personale che sarà espressamente impegnato nelle attività di progetto strumenti per poter attuare una più tempestiva ed efficace identificazione dei bisogni di salute della popolazione target, con un migliore approccio terapeutico e *compliance* ed una maggiore interazione e integrazione tra i servizi socio-sanitari del territorio e le realtà che si occupano dell'accoglienza.

OBIETTIVO

Incrementare le conoscenze e competenze dei professionisti che operano nell'ambito socio-sanitario nella relazione con la "diversità". Favorire lo sviluppo di strategie di comunicazione tra i servizi sanitari e le strutture di accoglienza dei migranti, sostenendo il pieno ed efficace coinvolgimento di operatori del privato sociale e MLC nell'adeguata assistenza dei soggetti vulnerabili al fine di facilitare l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria di soggetti vulnerabili.

**Su quali nuclei fondamentali
possiamo orientare l'attenzione?**

Su quali nuclei fondamentali possiamo orientare l'attenzione?

- Assegnare un posto centrale alla lingua e alla cultura di origine
- Mediazione linguistico-culturale (ispirazione rivolta alla costruzione di dispositivi di mediazione etnoclinica)
- Mediazione di sistema
- Coinvolgere i Servizi pubblici/istituzioni/ ecc. in una riflessione sulle pratiche e sulle possibili trasformazioni di setting/quadri per gli interventi
- Costruzione di percorsi complessi ed integrati di presa in carico multiprofessionale, multidisciplinare, multi-linguistico/culturale
- Il trauma

INTERVENTI

**Cultura, lingua, luogo, gruppo, ethos,
pedagogie, famiglie, corpo**

In questa prospettiva di lavoro è fondamentale poter pensare alle identità come

costruzioni situate in continuo divenire...

storie situate, visioni culturalmente determinate anche sul ciclo di vita, elementi influenti dal punto di vista geopolitico, storie di vita delle famiglie e delle comunità locali, derive socio-economiche planetarie

... e natura relazionale dell'esistenza

Si postula che:

- Viviamo in un mondo di relazioni
- Siamo nelle relazioni
- Siamo 'relazione'
- Non può esistere individuo nel vuoto

... suggerisce la necessità di un lavoro sulle relazioni in ambito clinico e di un lavoro sulle appartenenze a mondi relazionali, sociali, culturali differenziati, molteplici, competitivi

- Intendiamo con George Devereux (padre fondatore dell'etnopsichiatria) la **cultura come un sistema operativo**,

che trasforma, lavora, fabbrica, costruisce gli individui
→ **La forza dell'*ethos***

- **L'umanità è prima di tutto inscritta in un luogo** (che è anche il contesto, il gruppo di affiliazione, il punto di partenza delle azioni artigianali che i gruppi umani utilizzano per costruire i membri della comunità).
- **Nessun umano esiste in completo isolamento da un gruppo** e l'idea è che si esista sempre e comunque rispetto ad un contesto e ad un 'ambiente' di riferimento (uomo-e-ambiente; Sé/Doppio ecc.)

Le idee che (gli adulti) hanno della natura e della psicologia del bambino determinano i comportamenti nei suoi confronti e, così facendo, ne influenzano lo sviluppo.

L'immagine che la società ha dell'infanzia, quindi, influenzano il pensiero psicologico generale dei membri della società, con effetti sulle modalità di sviluppo e di cura del bambino stesso. **La nostra concezione culturale dell'infanzia influenza il modo di essere e di agire nei confronti del bambino, e quali dispositivi saranno attivati per costruirlo come identità e persona.**

Georges Devereux

M. Da Prato - ICARE 2019

- L'insegnare, compreso come atto intenzionale rivolto dai genitori e dal loro gruppo (familiare e allargato) nei confronti di un nuovo nato,
 - agisce sul piano complessivo della sua personalità in costruzione e lavora su quella che Devereux definì **'personalità etnica'**.

L'azione di un insegnamento, di una procedura educativa, di un modo di allevare i figli agirebbe non tanto in quanto veicolo di contenuti, possibilità e vincoli in senso stretto, ma in quanto veicolo di uno specifico ***ethos culturale***.

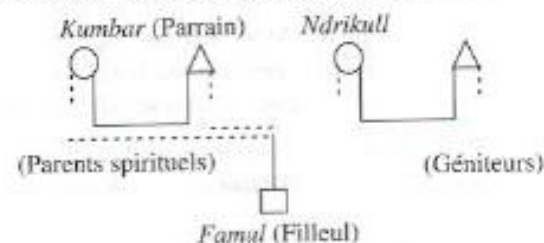
Le famiglie, per esempio, non sono le stesse ovunque.

La forza del sistema sociale e di parentela in Albania

Nel passaggio da uno status all'altro, il padrino è l'intermediario tra il vecchio stato e il nuovo, come un collegamento che lega lo sviluppo ininterrotto della socializzazione delle generazioni successive. La relazione spirituale è per via ereditaria trasmissibile tra due famiglie. Come hanno evidenziato molti autori, ovunque presso le popolazioni del sud-est Europa, questa è cambiata solo se non è più considerata in grado di garantire il ritmo della successione delle generazioni, per esempio quando i bambini si ammalavano, morivano giovani o più in generale non sopravvivevano.

La continuità del 'parrainage' doveva ad ogni costo garantire la continuità della casa e del lignaggio, espressa dalla successione ritmica delle generazioni delle quali il mediatore spirituale e sociale era già diventato il padrino stesso.

surtout parmi les chrétiens, dans toutes les cérémonies festives célébrant la naissance et les autres moments du cycle de la vie.



Le schéma d'alliance de la parenté spirituelle.

Au passage d'un statut à l'autre, le parrain apparaît comme l'intermédiaire entre l'ancien état et le nouveau, comme un chaînon liant le développement ininterrompu de la socialisation des générations successives. La parenté spirituelle est de façon héréditaire transmissible entre deux familles. Comme l'ont remarqué plusieurs auteurs, partout chez les populations sud-est européennes, on ne la changeait que si elle n'était plus considérée en état de garantir le rythme de la succession des générations, c'est-à-dire, quand les enfants tombaient malades, mouraient jeunes et ne survivaient pas. La continuité du parrainage devait à tout prix garantir la continuité de la maison et de la lignée, exprimée dans la succession rythmique des générations dont le médiateur spirituel et social était déjà devenu le parrain en personne (Doja 1991: 111-112):

Dëgjo kumbarë dhe ti,
se je kumbaria i ri ;
të rrojñë djemtë dhe ti.
O kumbar, o xhevahir,
dora jote qoftë hair!

Écoute bien, parrain, toi aussi,
tu es le nouveau parrain ;
vivent les enfants et toi aussi.
Parrain, ami estimé,
ta main, elle porte bonheur!

La coupe des cheveux comme la circoncision sont pourtant effectuées non seulement par le parrain mais dans certains cas, surtout dans les

Fabbricazione di identità, fabbricazione di corpi.

Quando parliamo di migranti, e di figli di migranti, parliamo di identità e di **CORPI**.

Possiamo, quindi, porci ulteriormente il quesito di come i diversi luoghi di origine **costruiscano** e **fabbrichino** individui, identità e corpi, a partire da sistemi valoriali, simbolici e di oggetti precisi.

Es: rituali di iniziazione, circoncisione, attribuzione del nome, animazione, ecc.

Corpo come dimensione fondante l'identità (Sayad) e l'appartenenza ad un gruppo umano (TN)

- il corpo come modo d'essere in un gruppo
 - il corpo come prodotto di una pedagogia implicita; corpo allevato
 - il gruppo incorporato, gruppo fatto corpo
- "il corpo è abitato da tutto il gruppo che si porta dentro"

Gruppo, individuo, corpo

- Il gruppo fa diventare un individuo un uomo o una donna: rituali di passaggio (circoncisione, bucatura delle orecchie) → educazione religiosa, pedagogie, puericultura

Il corpo è sempre sottoposto a una molteplicità di pratiche che sono imparentate con la
SCRITTURA

- Le scarificazioni rituali, i tatuaggi, la circoncisione, i buchi nelle orecchie, il ruolo del magico e la stregoneria ecc. **inscrivono** l'individuo in un codice sociale e collettivo

Varie immagini (infagottamento, circoncisione, scrittura sul corpo come affiliazione a gruppi, parlare una lingua e essere affiliati a gruppi)

INTERVENTI

Mediazione e percorsi integrati

La proposta è di:

- Iniziare a lavorare i motivi alla base della necessità di **convocare la 'cultura'** nel contesto del lavoro clinico/sanitario/ecc...
- Cercare di capire come far diventare gli elementi tratti da questa indagine come **elementi tecnici** di interesse clinico.

Mediazione etnoclinica come perno intorno a cui far ruotare il riconoscimento delle affiliazioni che innervano l'organizzazione generale e specifica di ogni gruppo umano.

Nel lavoro con individui, famiglie e popolazioni migranti la funzione di mediazione si misura con l'alterità culturale situando la **lingua** al centro di ogni possibile discorso trasformativo.

Harrag, Di clinica in lingue. Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, 2007; dal 'Manifesto..'

La mediazione etnoclinica in ambito sanitario permette la definizione di una diagnosi e di un trattamento che contempli il sapere del paziente, e lo com-prenda come legittima visione e lettura della malattia e del percorso di cura.

La presenza del mediatore in un dato contesto dà un ruolo preciso alla Traduzione → evitando che l'operatore si rifugi nel *suo* mondo e nell'adattamento lineare di alcune parole-chiave:

Il mediatore (che appartiene allo stesso mondo del paziente) fa apparire i mondi sui quali le parole non si incontrano e questo apre un lavoro di indagine e ricerca.

Interrompe la comunicazione e fa parlare della lingua e, per suo tramite, permette l'accesso ai rispettivi sistemi di riferimento (teorie e modelli, visione del mondo).

Si colloca al di fuori di una traduzione comunemente intesa, perché non ricerca equivalenti linguistici, ma sposta la ricerca nel mondo dell'origine e nei sistemi di oggetti da esso fabbricati.

'MEDIATORI' IN UN 'SISTEMA DI MEDIAZIONE'

SI TRATTA DI UNA FUNZIONE ALTAMENTE COMPLESSA...
quando la si usi in modo alternativo all'interpretariato

→ La funzione di mediazione non riguarda solo la figura del mediatore ma investe tutto il sistema clinico e/o dei servizi

→ Bisogna essere in grado di lavorare ad un setting di mediazione complesso e saper usare questa possibilità

CONSEGUENZE: necessità di una formazione ed esperienza sul campo rivolta alla condivisione di una metodologia di lavoro partendo da questa prospettiva

IL TRAUMA

**Suggerzioni e terreno per la
clinica psi**

*Varie immagini (trauma nei paesi di origine e di
transito, trauma come blocco e inattività nel
presente dell'accoglienza, caso clinico)*

**DISTURBO POST TRAUMATICO
DA STRESS**

DSM-5 - quattro cluster di sintomi:

a) *sintomi intrusivi*

ricordi ricorrenti, sogni ricorrenti, flashback (in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando), sofferenza psichica o reazioni fisiologiche collegate a fattori che simboleggiano o assomigliano all'evento

b) *sintomi di evitamento (e tentativi di evitamento)*

di situazioni che evocano il trauma: ricordi spiacevoli o pensieri/sentimenti associati all'evento traumatico; evitamento di fattori esterni che suscitano ricordi spiacevoli (persone, luoghi, attività, oggetti ecc)

c) *alterazioni negative di pensieri ed emozioni*

amnesie, convinzioni o aspettative negative (su se stesso, gli altri o il mondo), persecutorietà, colpevolizzazione; persistente stato emotivo negativo: rabbia, vergogna, colpa, distacco, anedonia; sintomi di numbness cognitivo:

d) *alterazioni dell'arousal – marcata reattività*

irritabilità, scatti di rabbia, ipervigilanza, risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà ritmo sonno-veglia, marcate reazioni fisiologiche

DISTURBO DA STRESS ACUTO

Criteria parzialmente sovrapponibili a quelli del PTSD.

- 1) **minore importanza delle alterazioni negative di pensieri ed emozioni ma rimane la persistente incapacità di provare emozioni positive**
- 2) **maggiore enfasi su una componente dissociativa (amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione)**
- 3) **non deve durare più di un mese dopo l'evento.**

Successivamente diventa un PTSD.

DISTURBO DI ADATTAMENTO

“Sintomi emozionali o comportamentali che si sviluppano in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili”

REAZIONE DISADATTIVA DI BREVE DURATA

- **reazione spropositata**
- **compromissione funzionamento sociale o lavorativo**
- **acuto o cronico (più o meno di 6 mesi)**
- **in base ai sintomi predominanti abbiamo DA con umore depresso, con ansia, misto, con alterazione della condotta, alterazione mista emotività e condotta**

| | |
|-----------------------------------|--|
| <p>EVENTI TRAUMATICI</p> | <p>“Ciò che non è traumatico per qualcuno può esserlo per altri” NATURA SOGGETTIVA DELLA TRAUMATOGENESI</p> <p><u>LA COSTELLAZIONE SINTOMATOLOGICA PUÒ VARIARE MOLTO DA INDIVIDUO AD INDIVIDUO</u></p> <p>... E A SECONDA DEL <u>MONDO CULTURALE DI PROVENIENZA</u></p> |
| <p>DARE UN RUOLO ALLA CULTURA</p> | <p>nel determinare differenze di vissuto ed espressione del disagio psicologico e fisico</p> <p>pone dei punti interrogativi ci ‘obbliga’ ad osservare l’altro con uno sguardo in grado di far emergere le complessità e orientare in modo personalizzato gli interventi</p> |
| <p>GLI OPERATORI</p> | <p><u>Dovrebbero prestare particolare attenzione a:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sintomi incomprensibili o nuovi (mai visti) 2. valutare, quindi, in modo approfondito le comunicazioni che l’ospite dà su di se (es. con quali parole esprime i suoi dolori, l’uso di metafore insolite o connotazioni non ordinarie dello stato di salute fisica o mentale). 3. modi di fare giudicabili ad un primo impatto come strani o incongruenti 4. non appiattare queste ‘deviazioni’ piegandole ad una interpretazione universalistica di ciò che è osservato 5. porsi dal punto di vista dell’altro → chiedere, non accontentarsi di spiegazioni lineari, lasciare spazio |
| | |

MA QUALE TRAUMA?



Rispetto alla 'violenza collettiva'

- I soggetti da considerare sono essenzialmente 3
 1. Vittima
 2. Torturatore/colui che perseguita ecc.
 3. **Il sistema della tortura e della persecuzione:** sistema tecnico, efficace, che persegue obiettivi con strumenti e metodi altamente trasformanti (sostanzialmente simile in tutte le parti del mondo, anche se cambiano gli 'oggetti' a partire dai quali tale sistema si organizza)

- Da un punto di vista etnopsichiatrico, il lavoro fondamentale è rivolto a rintracciare gli effetti del sistema complesso della tortura sulla vittima (non visione intrapsichica)

... come sistema di lavorazione e trasformazione dell'umano, a partire dagli oggetti di attaccamento (rif. Latour), dalle appartenenze, dalla manipolazione dei tabù culturali ecc.

Ulteriore esempio dell'impostazione etnopsichiatrica, **costantemente interessata a lavorare i dispositivi** (da quelli clinici, tradizionali, medici ecc. a quelli – ad esempio – della tortura)

Ciclo di vita del trauma

- Sviluppo
- Costruzione
- Fasi e transizioni
- Cambiamento

Il trauma è uno stato legato all'idea di trasformazione (Sironi); trauma non è una struttura ma uno stato **passeggero** (*transitorio* – ‘che passa’ - ma anche *in transito* – ‘passeggero a bordo di un mezzo’)

Ciclo... trasformazione...

Da umano a disumanizzato, a riumanizzato

Da animato, a inanimato, a rianimato

Da soggetto a cosa, a di nuovo soggetto

La tortura è una tecnica di metamorfosi
umana.

Fondamentale pensare in termini di
PROCESSO e di **METAMORFOSI**.

- Tale sistema, prima di trasformare la 'vittima', deve aver trasformato il 'carnefice'...

... attraverso addestramenti specifici, specializzati, sapienti...

- Nel trauma intenzionale torturatore e vittima sono legati insieme, sono stati sottoposti ad un processo di trasformazione e, quindi, condividono la trasmissione traumatica

Il torturatore è qualcuno che è stato addestrato ed ha ricevuto una formazione strategica (sostanzialmente la stessa nelle varie parti del mondo)

La vittima è profondamente in relazione con il sistema torturante, e da questo va 'staccata'

Alla coppia V-T si può aggiungere un **soggetto collettivo** *altro*: ad esempio, l'équipe etnoclinica, che porta fuori dall'esclusività precedente.

- Identificare l'aggressore → Questo ci permette di pensare alla persona attraverso l'intenzione di un altro
- Lavorare sui sintomi che testimoniano l'azione del torturatore permette di lavorare sugli elementi persecutori che affliggono l'individuo vittima di tortura

Così il paziente può diventare l'esperto del sistema che lo ha trasformato e collabora con il clinico

Alcune variabili critiche

- La FIDUCIA, spesso problematica e conseguenza del maltrattamento ricevuto
 - MLC non sempre accettati: possono essere considerati informatori o suscitare dubbi sulle appartenenze politiche
- Lavorare con persone torturate e sulla psicopatologia delle violenze collettive significa anche interessarsi delle categorie politiche che si intrecciano con le biografie

La riattivazione

.. Che può avvenire in seguito a particolari anniversari o ricorrenze:

Es.

- Cicatrici dolenti

(J. e le ferite di macete alla testa; K. e la cicatrice al volto: l'illusione che la chirurgia plastica possa far passare tutto)

Ma molto diffusi sono i traumi connessi alla cosiddetta 'tortura bianca', ovvero l'insieme delle tecniche traumatiche che non lascia traccia visibile e accertabile sul corpo

*La trasmissione traumatica agisce
per effrazione*

forzatura, scasso, scassinamento

- **apertura**

Violazione

Trasgressione

- **Le parole e oltre le parole**
- **I racconti non detti dei fatti traumatici, ma rivissuti in presenza dell'operatore**

- Lo sguardo, gli occhi, la mente rivede e rivive, e così anche il corpo
- Importante è interrompere questo processo e non permettere che la persona ritorni indietro in balia di ciò che è accaduto (evitare la trance)

*Il Trauma
trasforma la
persona e la
costringe a
**trasmettere a
sua volta***

- ***Burn out*** - definito come “esaurimento della forza o della motivazione fisica o emotiva abitualmente dovuto a stress o frustrazione prolungata, causato da stress lavorativo cronico non adeguatamente gestito.” (Felton, 1998)
- Traumatizzazione vicaria
- *Compassion fatigue*
- Stress traumatico secondario
(*teorie sul controtransfert; neuroni specchio*)

Il trauma vicario è la complessa risposta emotiva, fisica e comportamentale delle persone che lavorano con le vittime di gravi forme di violenza intenzionale (tortura, stupri, trattamenti disumani e degradanti).

I segni e sintomi sono molto simili a quelli dei pazienti assistiti.

Infatti in molti operatori, seppur motivati nella relazione d'aiuto, l'affrontare insieme ai pazienti esperienze particolarmente traumatiche quali la tortura, la violenza, l'aggressione e il sadismo, la vergogna, l'orrore, il dolore, il terrore, l'angoscia può determinare un trauma indiretto o vicario

(Da Società Italiana per lo studio dello stress traumatico–SISST).

Dalle Linee Guida

L'impatto emotivo e il possibile sviluppo di malattie da stress lavoro-correlate dipendono non solo dalla drammatica storia dei RTP* ma anche da fattori individuali e organizzativi.

Fra questi ultimi, possono contribuire allo sviluppo delle malattie da stress lavoro-correlate l'insufficienza e l'inadeguatezza delle risorse e degli strumenti a disposizione, la carenza di *training* e formazione del personale, gli ostacoli burocratico-organizzativi e gestionali. Anche la presenza di barriere che impediscono o ritardano l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici, le difficoltà legate alla procedura d'asilo, i problemi di inserimento socio-lavorativo possono trasformarsi in fattori di rischio per lo sviluppo di malattie da stress lavorativo e da traumatizzazione "da compassione".

*RTP: Richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria

M. Da Prato - ICARE



Ministero della Salute

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

Gli interventi per prevenire il *burn out* e la traumatizzazione vicaria degli operatori destinati ad interventi di assistenza, trattamento e riabilitazione a favore dei RTP sono:

- ✓ Assicurare un contesto lavorativo nel quale siano presenti gruppi di operatori multiprofessionali e interculturali specializzati;
- ✓ Favorire il benessere organizzativo, cioè la capacità di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori coinvolti, rafforzando motivazioni e significati nel proprio lavoro. Creare un clima di lavoro dove gli operatori possano riconoscersi ed essere riconosciuti, poter esprimere le proprie competenze, crescere professionalmente ed avere le giuste gratificazioni.
- ✓ Prevedere la supervisione nelle sue diverse forme (individuale, di gruppo, clinica, gestionale-organizzativa) quale importante strumento preventivo dello stress negli operatori coinvolti; è necessario che prima della supervisione venga fornita al personale coinvolto una specifica formazione per acquisire adeguate tecniche di gestione dello stress emozionale.
- ✓ Promuovere il lavoro di rete con gli altri attori presenti nel territorio (enti, associazioni) per integrare gli interventi clinici con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante, il miglioramento della sua capacità di resilienza, l'assistenza al *resettlement*.
- ✓ Garantire una adeguata formazione ed aggiornamento, al fine di rafforzare la capacità di gestire le condizioni di disagio di fronte al trauma riferito.
- ✓ Attivare il sostegno specialistico ai lavoratori nei momenti difficili o di crisi, laddove le attività di prevenzione dell'impatto emotivo delle storie traumatiche non sono state sufficienti.

Formazione

Tabella 11- Contenuti essenziali da trattare nella formazione

- | | |
|----|---|
| 1 | Instabilità geopolitica e violazione dei diritti umani nei Paesi di origine e di transito |
| 2 | Le dinamiche di migrazione (situazioni di esposizione legate al viaggio) |
| 3 | Diritti e doveri dei RTP |
| 4 | Fattori di resilienza e di vulnerabilità |
| 5 | Principali forme di violenza fisica, psicologica e sessuale |
| 6 | Violenza di genere |
| 7 | Aspetti clinici specifici in ambito traumatologico e psico-traumatologico |
| 8 | Principi di psicoterapia e approccio al paziente |
| 9 | La mediazione culturale nel processo di cura |
| 10 | Informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari |
| 11 | I Progetti di integrazione sociale nel lavoro di rete |
| 12 | Interventi di prevenzione e sostegno per la salute degli operatori |

È POSSIBILE PREVENIRE IL TRAUMA VICARIO?

- Modulare, se necessario, l'esposizione al trauma
- Investire nella corretta formazione e selezione degli operatori
- Supervisione e intervisione, non lasciare soli gli operatori → questioni organizzative
- Prevedere la possibilità di forme di sostegno mirate (gestione stress lavoro correlato)

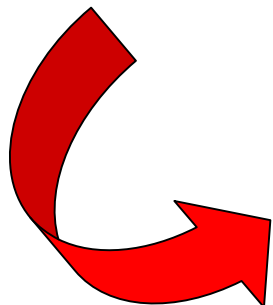
Di conseguenza...

- Maggiori rischi quando:
 - Gli operatori sono poco formati o isolati
 - Le organizzazioni sono poco strutturate e consapevoli
 - Gli strumenti di aiuto sono insufficienti e mal coordinati

SISTEMI NON TRAUMATIZZANTI

- ***Soprattutto evitare di provocare nuove esperienze traumatiche***
 - Il sistema di accoglienza è effettivamente sempre tale? Accogliente, umanizzante...
 - I servizi sanitari o di altro genere possono essere moltiplicatori dei traumi pre-esistenti? In che modo?
 - Complessivamente, sappiamo produrre azioni profondamente riparative?

Spunti sul tema della *Certificazione*



Ministero della Salute

Marzo 2017

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

La certificazione attestante gli esiti di tortura non esaurisce le finalità di comunicazione tra il sistema di presa in carico e gli organismi accertanti.

La certificazione può essere prodotta anche per una o più delle seguenti motivazioni:

- per informare sulle difficoltà “psicologiche” (paura, vergogna), che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi, dando indicazione e spiegazioni sul possibile insorgere d’incongruenze e contraddizioni nella narrazione, dovuti ad esempio a disturbi della memoria o episodi dissociativi, o fornendo delucidazioni sulla possibile riluttanza del richiedente nella descrizione di episodi particolarmente traumatici del proprio vissuto;
- per accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata, che determinano fragilità e/o necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, al fine di dare indicazione sui possibili effetti sulla salute del richiedente di un eventuale rimpatrio, in ragione della concreta possibilità di accesso a cure adeguate, nonché, al fine di dare indicazione circa le conseguenze sulla salute mentale di un rientro coatto nel contesto sociale, ove il richiedente ha subito episodi di tortura o violenza;
- per informare l’organismo accertante sull’impossibilità per il richiedente, in ragione delle sue condizioni di salute fisiche o mentali, di sostenere l’audizione;
- per fornire una valutazione circa l’impatto che la tempistica della procedura può avere sul percorso terapeutico o sul decorso della sintomatologia del richiedente asilo vittima di tortura, dando indicazioni sull’opportunità di anticipare o posticipare l’audizione del richiedente;
- per dare indicazioni sull’opportunità che il richiedente, a causa della particolare condizione di fragilità emotiva o di grave psicopatologia, sia assistito durante l’audizione.

Struttura e contenuto della certificazione

- ^ **Il contesto**
 - Eventuale ente inviante allegando le motivazioni scritte che hanno accompagnato la richiesta;
 - Sede della visita e qualificazione del certificante;
 - Nome e cognome e ruolo (occasionale, professionale, collaboratore della struttura che certifica, del centro di accoglienza, etc.) delle persone presenti alla visita;
 - Consenso informato firmato dall'interessato previa informazione sulle finalità e modalità della visita e sull'obbligo della riservatezza;
 - Nel caso venga richiesta copia della certificazione dal professionista che prepara il richiedente asilo all'audizione o che assiste il richiedente in giudizio, dovrà esserne fatta esplicita menzione nel modello di consenso informato.
- ^ **Dati anagrafici**
 - Nome, cognome, sesso, data e paese di nascita, estremi del documento di identità, qualora presente, fornito di fotografia, indicazione del domicilio in Italia.
- ^ **Anamnesi familiare**
 - Con particolare attenzione alla presenza di familiarità per gravi malattie mediche-psichiatriche.
- ^ **Anamnesi fisiologica**
 - Con particolare riguardo alla scolarità, alle attività lavorative svolte, alle attività sportive, servizio di leva.
- ^ **Anamnesi patologica remota**
 - Con particolare riguardo alle patologie croniche psicofisiche e agli infortuni sul lavoro, stradali, sportivi, etc.;
 - Allegare copia della documentazione medica esaminata.
- ^ **Anamnesi traumatica**
 - Persecuzioni ed esperienze traumatiche vissute individualmente come vittima o testimone dal paziente;
 - Lutti/persecuzioni significative che hanno coinvolto persone care.
- ^ **Esame obiettivo**
 - Valutazione dello status psicopatologico con particolare riguardo alla descrizione della sintomatologia postraumatica;
 - Esame obiettivo con descrizione analitica degli esiti rilevanti ai fini della certificazione (sede, forma, dimensioni) con indicazione della causa (esiti di ferita da taglio, di ferita lacero contusa, di ustione da liquidi, da strumento surriscaldato, di colpo da arma da fuoco, etc.) e del presumibile tempo trascorso dal trauma.

⌘ **Documentazione da allegare**

- Allegare in copia tutta la documentazione rilevante esibita dal richiedente;
- La certificazione medico legale può essere integrata, se possibile, da adeguata documentazione fotografica degli esiti visibili di tortura o violenza grave. Tale documentazione può essere particolarmente utile nel caso di lesioni recenti con caratteri destinati ad attenuarsi nel tempo.

⌘ **Conclusioni**

- Sarà definito, nei limiti del possibile, il tempo in cui si sono verificati i traumi; è utile a tal quanto descritto nella scheda personale alla prima visita dal medico di medicina generale;
- nel valutare la correlazione tra le violenze denunciate e le lesioni fisiche e/o le alterazioni psicologiche si dovranno utilizzare le seguenti formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul (paragrafo 186):
 - *non compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto*
 - *compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause*
 - *altamente compatibili: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili*
 - *tipico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause*
 - *specifico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto*

Tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo n. 187 del Protocollo di Istanbul, che sottolinea come *“fondamentalmente, è la valutazione globale di tutte le lesioni che è importante nella storia di tortura e non la compatibilità di ogni lesione con un particolare tipo di tortura”*, sulla base della valutazione psichiatrica e l’orientamento psicodiagnostico, dovrà essere espressa una valutazione sul grado di compatibilità tra le violenze, i traumi e le torture riferite, anche in correlazione con eventuali esiti fisici, e lo stato di salute fisica e mentale della persona.

Istanbul (Protocollo di)

Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante; contiene norme e procedure riconosciute a livello internazionale su come riconoscere e documentare sintomi e segni di tortura ai fini di fornirne prova in sede giudiziaria. Esso non ha una funzione normativa, ma costituisce una linea guida per i tecnici, soprattutto sanitari e legali, incaricati di svolgere indagini e raccogliere elementi probatori in relazione a presunti casi di tortura. Dal 1999 è documento ufficiale delle Nazioni Unite ed è stato adottato dall'Unione Europea all'interno delle *"Guidelines to EU Policy towards Third Countries on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment"* elaborate dal Consiglio Affari Esteri nel 2001.

Fonte: Protocollo di Istanbul, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, 9 Agosto 1999

MLC

La mediazione linguistico-culturale offre la possibilità di esplicitare i diversi approcci del medico e del paziente al 'sistema salute' e al concetto di malattia e di cura in modo da poter costruire una solida alleanza terapeutica. Questa si sviluppa attraverso un graduale cammino di conoscenza e fiducia reciproci, alla base del percorso di assistenza, trattamento e riabilitazione.

Il mediatore linguistico-culturale è un operatore qualificato e rappresenta il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente.

Il ricorso alla mediazione linguistico culturale con le vittime di tortura in ambito sanitario e più specificamente, nell'ambito della salute mentale, deve tener conto di alcune riflessioni e suggerimenti: la comunicazione inadeguata con le persone che non parlano la nostra lingua – o ne hanno una conoscenza limitata-riduce la possibilità di accesso ai servizi sanitari e incide anche sulla qualità del trattamento²⁴. Infatti quando la comunicazione tra medico e paziente non è adeguata è più facile la probabilità di incorrere in un errore diagnostico e di trattamento

In campo psichiatrico la valutazione di un paziente in una lingua diversa dalla lingua madre può portare a una valutazione incompleta o distorta delle condizioni mentali.

Allegato 1 - Schema di CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE / MEDICA

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

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Luogo di dimora.
- Struttura o professionista inviante
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Descrizione di eventuali patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), rilevate, allegare i referti, se presenti, e ogni altra documentazione medica.
- Indicazione dell'eventuale documentazione psichiatrica/psicologica o di relazione specifica ove presente. ed allegare.
- Indicazione di eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali ed allegare
- Descrizione degli esiti traumatici evidenziati all'esame obiettivo (il riferimento scientifico è il protocollo di Istanbul)
- Conclusioni che prevedano:
 - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie descritte
 - ✓ temporalità degli esiti fisici
 - ✓ segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
 - ✓ riferimento a eventuale certificazione psichiatrica/psicologica o/a referti significativi
 - ✓ rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare.
 - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal Protocollo di Istanbul e riportate in legenda.

Firma e qualifica del certificatore

Luogo e data della certificazione.

Allegato 2 - Schema di CERTIFICAZIONE PSICHIATRICA

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

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Struttura o professionista inviante
- ~~Luogo di dimora~~
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Numero di visite effettuate e relative date
- Patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), allegare la documentazione medica.
- Pregressa documentazione di interesse psichiatrico se presente .
- Anamnesi personale e familiare psichiatrica con particolare attenzione alle fasi pre, durante e post migratorie e ad eventuali esperienze traumatiche personali e familiari.
- Descrivere eventuali trattamenti e/o ricoveri in ambiente specialistico e allegare, ove presenti, referti e documentazione.
- Indicare ed allegare eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali
- Descrizione dei principali sintomi psicopatologici.
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti farmacologici e non
- Decorso e prognosi
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
- Indicazioni delle cautele da adottare (in particolare durante l'audizione in commissione).
- Conclusioni che prevedano:
 - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie sopradescritte
 - ✓ riferimento a eventuale certificazione medico-legale o medica o referti significativi
 - ✓ rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare.
 - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal Protocollo di Istanbul e riportate in legenda.

Firma e qualifica del certificatore

Luogo e data della certificazione.

La struttura e il contenuto della certificazione possono variare in relazione a formali quesiti/richieste da parte della commissione o del magistrato da riportare nella certificazione stessa.

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

Formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul (paragrafo 186):

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

Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza

Allegato 3 - Schema di RELAZIONE PSICOLOGICA

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

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità / permesso di soggiorno /cedolino etc.
- Luogo di dimora
- Status giuridico
- Struttura o professionista inviante
- Numero di visite effettuate e relative date
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Eventuali patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), rilevate.
- Eventuale pregressa documentazione di interesse psicologico psichiatrico.
- Eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, docenti di italiano o di corsi di formazione di difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali.
- Anamnesi personale e familiare psichiatrica con particolare attenzione al rapporto con le fasi pre, durante e post migratori ad eventuali esperienze traumatiche personali e familiari.
- Descrizione dei principali sintomi psicopatologici.
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti in corso
- Decorso e prognosi
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
- Indicazioni delle cautele da adottare (in particolare durante l'audizione in Commissione)
- Conclusioni che prevedano:
 - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie sopradescritte;
 - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati sulla condizione psicologica in termini di compatibilità e incompatibilità.

Firma e qualifica del professionista

Allegato 4 - Schema di RELAZIONE MEDICA

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

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Luogo di dimora
- Struttura e/o ruolo del professionista inviante (medico di medicina generale, specialista)
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), allegare la documentazione medica.
- Eventuali trattamenti e/o ricoveri in ambiente specialistico e allegare, ove presenti, referti e documentazione
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti farmacologici e non
- Decorso e prognosi

Firma e qualifica del medico

Luogo e data