

Geografia delle vulnerabilità: identificazione e supporto ai sopravvissuti a tortura sul territorio e nel sistema di accoglienza

Chiara Peri

c.peri@iprs.it

Referral e presa in carico di vittime di tortura e sopravvissuti a violenze estreme

«I richiedenti e titolari di protezione vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate **all'individuazione precoce** di queste persone.

L'individuazione rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinicodiagnostica, che indirizzi verso **un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale**.

Le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici complessi (depersonalizzazione, de realizzazione, assorbimento immaginativo, disturbi mnesici e cognitivi, etc.) differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono **multiformi e insidiose** e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, specialmente per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza. In questi casi il rischio di misconoscimento o di una diagnosi errata risulta molto elevato.

I disturbi possono rimanere **misconosciuti e latenti anche per lunghi periodi di tempo**. Non è raro che un disturbo post-traumatico complesso non diagnosticato sia la causa dei **ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso d'integrazione/autonomia**».

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. (17A02804) [\(GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017\)](#)

Referral e presa in carico di vittime di tortura e sopravvissuti a violenze estreme



<https://www.interno.gov.it/it/stampa-e-comunicazione/pubblicazioni/vademecum-rilevazione-referral-e-presa-carico-persone-portatrici-vulnerabilita-arrivo-sul-territorio-ed-inserite-nel-sistema-protezione-e-accoglienza>

Le attività finalizzate a favorire l'individuazione precoce dovrebbero iniziare, compatibilmente con i diversi contesti di arrivo, il prima possibile, con un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante **anche con il coinvolgimento degli operatori non sanitari.**

Ogni persona individuata come probabile vittima di tortura o violenza estrema, sarà segnalata e indirizzata, per un'accurata valutazione clinico-diagnostica e per una eventuale presa in carico, ai servizi del SSN con competenze specialistiche, o ad altre strutture, da esso riconosciute, con esperienza nel campo delle patologie posttraumatiche nei RTP, **al fine di evitare un deterioramento psichico e/o la cronicizzazione dei quadri clinici** (psicologici e somatici) e di **adattare le condizioni di accoglienza e le procedure di asilo ai loro bisogni specifici.**

DECRETO 3 aprile 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. (17A02804) ([GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017](#))

Referral e presa in carico di vittime di tortura e sopravvissuti a violenze estreme

Cosa prevedono le linee guida?

Ai sensi dell'art. 17 del D. LGS. 142/2015, nel predisporre le misure d'accoglienza si deve tenere conto delle specifiche situazioni dei richiedenti vulnerabili tra i quali sono inclusi: “i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali”.

Fondamentale la possibilità di intervento in tempi **adeguatamente brevi** e la predisposizione di **strutture di prima accoglienza dotate di personale formato, anche in materia di educazione ai diritti umani, in grado di individuare eventuali segnali di vissuti traumatici.**

Referral e presa in carico di vittime di tortura e sopravvissuti a violenze estreme

I servizi predisposti devono garantire una **valutazione iniziale e delle verifiche periodiche delle esigenze particolari d'accoglienza**. In tal senso appare opportuno che lo **schema di capitolato** dei Centri di prima accoglienza e le linee guida SPRAR includano modalità specifiche di individuazione delle vittime di tortura e violenza grave in linea con le presenti linee guida.

Tali procedure rappresentano una vera e propria ***conditio sine qua*** non per garantire, al maggior numero possibile di richiedenti sopravvissuti a tortura e altre violenze estreme, la restituzione delle condizioni psico-fisiche indispensabili per affrontare, al pari degli altri richiedenti, il difficile percorso verso l'integrazione e l'autonomia. Il programma per l'individuazione precoce è fondamentale per promuovere un **processo di accoglienza dei richiedenti asilo in accordo con la legislazione nazionale sull'asilo**.

Programma per l'individuazione precoce

Primo livello

Le attività previste in questo livello tendono tutte a **supportare e favorire una prima rilevazione del maggior numero di richiedenti** in cui sia ipotizzabile una storia segnata da traumi e violenze estreme e/o una sofferenza psichica o fisica conseguente ad essi.

In questa fase il riconoscimento si baserà su quanto spontaneamente emerso e su quanto rilevato attraverso un'osservazione e/o un ascolto partecipato e strutturato.

Tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nelle attività del Centro di Accoglienza, dovrebbero collaborare, tenendo conto delle diverse mansioni e competenze, in queste attività. In particolare si ritiene che, dopo una breve formazione specifica, gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli assistenti legali, i mediatori culturali ed eventualmente altri operatori, possano essere messi in grado di cogliere e riconoscere alcuni semplici indizi e segnali (comportamentali, relazionali, di comunicazione verbale e non-verbale, ecc.) osservabili durante lo svolgimento del loro lavoro con i richiedenti e in vari modi riconducibili a vissuti traumatici.

Le persone per le quali sulla base delle attività suddette, si arrivi a supporre la presenza di pregresse esperienze traumatiche estreme, saranno **invitate a un colloquio con il personale medico-psicologico** della struttura ospitante .

Programma per l'individuazione precoce

Secondo livello

Il medico e lo psicologo della struttura ospitante o di riferimento del Centro di accoglienza, attraverso alcuni colloqui ed eventualmente con il **supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce** (questionario, intervista semi-strutturata, etc), valuteranno il **grado di vulnerabilità e la probabilità** che il soggetto abbia vissuto esperienze di tortura o altre forme di violenza estrema, oltre a indicare l'eventuale **urgenza per il successivo invio presso Servizi specialistici** (3° Livello).

L'utilizzo di uno strumento specifico per l'individuazione precoce dei sopravvissuti a tortura e traumi estremi dovrà essere limitato al personale medico e psicologico del Centro di accoglienza e preceduto da un breve training finalizzato al suo corretto uso: **non deve richiedere specifiche competenze nelle patologie post-traumatiche; non sostituisce, bensì supporta, il colloquio clinico; non deve essere considerato come un test diagnostico**; non può essere utilizzato al fine della determinazione dello status legale di una persona; non può essere utilizzato per limitare i diritti nella fase successiva del procedimento legale. Qualsiasi strumento specifico di supporto alla individuazione, dovrà comunque presentare i requisiti idonei alle finalità richieste, avere ottenuto adeguate verifiche clinico-metodologiche e deve essere validato statisticamente e standardizzato in ambito clinico-scientifico.

Programma per l'individuazione precoce

Terzo livello

I RTP, individuati sulla base delle procedure di cui sopra, saranno tempestivamente inviati, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d'accoglienza, presso **strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche**, del SSN o da esso riconosciute, per la conferma diagnostica e la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva.

Tali strutture sanitarie avvieranno percorsi multidisciplinari integrati nell'ambito dei servizi disponibili del SSN che può avvalersi di Associazioni e altre Istituzioni operanti sul territorio, individuate sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, di attenzione agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere, di multidisciplinarietà e di collaborazione con servizi dedicati ai RTP.

Riassumendo...

1° livello

Gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli assistenti legali, i mediatori culturali ed eventualmente altri operatori colgono e riconoscono «indizi e segnali» attraverso «**un'osservazione e/o un ascolto partecipato e strutturato**».

2° livello

Il **medico e lo psicologo della struttura ospitante** o di **riferimento del Centro di accoglienza**, attraverso alcuni colloqui ed eventualmente con il supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce valutano il **grado di vulnerabilità** e l'eventuale **urgenza** per il successivo invio presso Servizi specialistici

3° livello

Invio, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d'accoglienza, presso **strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche, del SSN o da esso riconosciute**, per la **conferma diagnostica** e la **presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva**.

Lo STAR-MH

Lo **STAR-MH** (Screening Tool for Asylum-seeker and Refugee Mental Health) è uno strumento di **screening della salute mentale**

- di soggetti **adulti** (≥ 18 anni) richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale
- somministrabile da operatori non specializzati in salute mentale (case manager, assistenti sociali, operatori sociali, operatori legali, volontari...)
- con l'obiettivo di identificare probabili casi di **disturbo post-traumatico da stress (PTSD)** e **disturbo depressivo maggiore**.

Cos'è lo STAR-MH

Lo STAR-MH è stato progettato per uno **screening rapido ed efficiente**, per accelerare l'invio ai servizi di supporto psico-sociale per migranti forzati.

Messo a punto e validato, nella sua versione originale inglese, vs scale cliniche *gold standard* su un campione di richiedenti asilo e rifugiati dall' équipe di ricercatori del **team di etnopsichiatria di Monash University e Cabrini Institute** ed adattato - nella versione italiana - dall'equipe di etnopsichiatria di **Università Milano Bicocca-ASST Monza**.

Pur **non essendo uno strumento diagnostico**, lo STAR-MH ha una precisione predittiva dell'81% nell'identificare correttamente la presenza o l'assenza di PTSD e/o disturbo depressivo maggiore.

Cos'è lo STAR-MH

L'IPRS fa parte di un gruppo di lavoro che ha tra i suoi obiettivi la promozione dell'utilizzo dello STAR MH e che comprende sia la dott.ssa Deborah Hocking, l'ideatrice australiana, sia gli specialisti che hanno lavorato alla validazione scientifica dello strumento in Italia.

Lo STAR MH è menzionato come strumento di screening nella recente pubblicazione EUAA Mental Health and Well-being of Applicants for International Protection (a p. 28).



La validazione dello strumento

Lo strumento di screening STAR-MH è stato validato in Australia e l'articolo di validazione scientifica dello strumento in Italia è in corso di stampa.

I dati per la validazione italiana sono stati raccolti nelle province di Monza, Mantova e Cremona nell'ambito delle attività di tre progetti finanziati: Progetto Migranti IRCCS San Gerardo Monza; Progetto FAMI Pro.Se.Mi; Progetto FAMI Ca.Re.



Caratteristiche

Lo STAR MH è progettato per:

- **Tutelare operatore e utente** rendendo minima la pressione sul somministratore e massima la probabilità di comprensione da parte dell'utente
- **Massimizzare efficacia ed efficienza** anche quando somministrato in setting linguisticamente differenti e con risorse limitate (con la presenza del mediatore culturale)
- Tempo medio di somministrazione: 6–7 minuti
- **9 item (2 item soglia di screening immediato + scala a 7 item su MDD PTSD)**
- Domande solo SÌ/NO
- Somministrabile con o senza mediatore
- Non è pensato per l'autosomministrazione
- Utilizzabile anche da remoto (es. videochiamata)

Cosa serve per l'utilizzo

STAR-MH **non richiede un training per la somministrazione**, tuttavia devono essere previste **procedure d'urgenza** relative all'eventualità in cui un utente (o paziente) manifesti gravi segni di distress e richieda assistenza immediata.

Nella sperimentazione italiana, è stato previsto un **breve training introduttivo** per gli operatori coinvolti nella somministrazione dei questionari per chiarire alcuni aspetti e per dare elementi di risk management.

I contenuti del training

- Somministrazione dello STAR-MH
- Risk management
- Alfabetizzazione alla salute mentale/elementi di psicoeducazione
- Processo di restituzione

Riferimenti

- Hocking D., Mancuso S.F., Sundram S., (2018), Development and validation of a mental health screening tool for asylum-seekers and refugees: the STAR-MH, BMC Psychiatry, 18:69, <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1660-8>
- Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M., (2022), Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione territoriale di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione, Psichiatria Oggi, Anno XXXV, n.1, p. 60:70; <https://www.psichiatriaoggi.it/rivista/anno-xxxv-n-1-gennaio-giugno-2022>
- EUAA (2024): Mental Health and Well-being of Applicants for International Protection, p. 28; <https://euaa.europa.eu/publications/mental-health-well-being-applicants-part-ii-first-line-officers>
- www.star-mh.org