



Formazione Progetto I CARE

Il giornata

Sergio Zorzetto

- Processo di istituzionalizzazione della gestione dei flussi migratori (migrazione: da fatto economico a fatto umanitario)
- Tipologia (non esaustiva) di migranti nell'ambito del sistema di accoglienza:
 - Persone che fuggono da persecuzioni politiche, etniche, religiose, di orientamento sessuale... essendo vittime di violenze intenzionali e torture
 - Persone che fuggono da situazioni di guerra acuta o protratta
 - Persone che fuggono da contesti nazionali o regionali post-bellici ma comunque caratterizzati da violenza generalizzata di vario tipo (conflitti fra fazioni politiche, terrorismo pervasivo, violenza criminale diffusa), dal collasso dei sistemi statali e dal cronico imbarbarimento del legame sociale
 - Persone che fuggono da regimi politici o da sistemi sociali autoritari e oppressivi, perché insopportabili e limitanti le possibilità di espressione di sé (dal punto di vista religioso, politico, artistico, sessuale, ecc.), benché non abbiano subito personalmente persecuzioni

- Persone che sono cacciate dalle loro terre di origine dal collasso ambientale acuto o cronico (dai terremoti alle siccità), vedendo scomparire, senza possibilità di redenzione o solo a lungo termine, le tradizionali strategie sociali ed economiche di sopravvivenza e di esistenza
- Persone espulse dai propri sistemi familiari e sociali per posizioni o atti giustamente o ingiustamente connotati da infamia o stigmatizzanti, ovvero vissuti con colpa e vergogna. Queste persone possono intraprendere la via migratoria come modalità per “cambiare vita” o per l'impossibilità soggettiva od oggettiva di portare avanti quella precedente
- Persone, famiglie o gruppi che rifiutano di sottostare ai sistemi più o meno violenti di distribuzione del potere e della ricchezza vigenti nei loro paesi di provenienza (es. conflitto sociale fra generazioni la cui modalità di strutturazione in molti paesi prende le forme di atteggiamenti diversi se non opposti rispetto alla religione)

- Persone, famiglie o gruppi che trovano nella migrazione una strategia di redistribuzione della ricchezza e del lavoro globali, provando a migliorare la propria situazione sociale ed economica e quella di familiari e parenti rimasti in patria
- Persone che sono progressivamente spinte più lontano dai luoghi di origine non trovando mai – fino alle nostre coste – delle condizioni soggettive o oggettive che permettano l'insediamento a lungo termine
- Persone il cui movimento è determinato dalla somma di alcune o di molte delle suddette ragioni, presenti con diverso grado di intensità

Ci occuperemo delle situazioni di
vulnerabilità dovute a

violenza intenzionale

Violenza politica

Il termine si riferisce ad una “violenza collettiva programmata, ovvero intenzionale e pianificata, ad andamento episodico (terrorismo) o sistematico (regimi totalitari), il cui obiettivo è la soppressione del “diverso” e del “dissenziante”, per mezzo di specifiche tecniche (tortura, stupro di massa, massacro, deportazione) ad alto impatto traumatogeno individuale e collettivo.

Si tratta di azioni volte a stabilire un ordine interno e ad eliminare quanto non può esservi ricondotto (oppositori e avversari politici, confessioni religiose altre, minoranze etniche e culturali, etc..), oppure a sovvertire un ordine esistente mediante operazioni di destabilizzazione (attentati, sequestri mirati, etc..).

Da questo punto di vista, la violenza verso l'altro rappresenta, anche e contemporaneamente, un'azione di disciplinamento autoritario del "noi", con l'obiettivo di ridurre la molteplicità e complessità interna. L'eliminazione delle identità irriducibili può arrivare, inoltre, alla distruzione fisica degli individui che incarnano queste identità".

In particolare: la TORTURA

Art. 1 della Convenzione ONU contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti del 10 dicembre 1984:

“...il termine ‘tortura’ designa qualsiasi atto con il quale sono inflitti a una persona dolore o sofferenze acute, fisiche o psichiche, segnatamente al fine di ottenere da questa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che ella o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o esercitare pressioni su di lei o di intimidire o esercitare pressioni su una terza persona, o per qualunque altro motivo basato su una qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o tali sofferenze siano inflitti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisca a titolo ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore e alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate”.

Elementi specifici di questa definizione:

- 1) Esiste un'azione intenzionale volta ad infliggere dolore o sofferenza grave, di tipo fisico o mentale;
- 2) La tortura è volta a raggiungere determinati scopi
- 3) Coinvolgimento diretto o indiretto dell'apparato statale, sia pure nella forma più blanda dell'acquiescenza;
- 4) Esclusione dei dolori e delle sofferenze dovuti a sanzioni legittime.

Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale:
“... per «tortura» s’intende l’infliggere
intenzionalmente gravi dolori o sofferenze, fisiche
o mentali, ad una persona di cui si abbia la
custodia o il controllo; in tale termine non
rientrano i dolori o le sofferenze derivanti
esclusivamente da sanzioni legittime, che siano
inscindibilmente connessi a tali sanzioni o dalle
stesse incidentalmente occasionati”.

In questo caso, la tortura:

- 1) si configura come reato improprio (non esclusivamente come reato proprio del pubblico ufficiale o di chi agisce a titolo ufficiale)
- 2) non è subordinata alla condizione di detenzione, ma è sufficiente che la persona si trovi sotto la custodia o il controllo di un altro soggetto.

OLTRE LE DEFINIZIONI GIURIDICHE:

Nel mondo contemporaneo la tortura è usata come **arma politica** volta a “distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona” (Viñar, 1989). **L'obiettivo del torturatore** è quindi sempre quello di colpire “singoli individui affinché sia impedito ad un intero gruppo, comunque caratterizzato, di esprimere le sue specifiche modalità di esistenza, di coltivare i suoi saperi, le sue credenze ed i suoi valori; affinché sia privato di quelle funzioni che ne permettono la riproduzione sociale e culturale”.

→ **Attacco a specifiche ruoli sociali** (più che a specifiche persone):

- Figure terapeutiche
- Leader politici
- Donne in quanto elemento centrale della riproduzione sociale

I metodi di tortura:

a) Significati e obiettivi della tortura:

- 1) Variabilità storica (Confessione, estorsione di informazioni, arma geopolitica).
- 2) “Universalità” dei metodi di tortura (la figura del torturatore)

b) Classificazione dei metodi di tortura:

- 1) Metodi “naturali”: non necessitano di strumenti particolari per infliggere dolore e sofferenza:
 - *deprivazioni e sovrastimolazioni.*
Conseguenze: disorientamento spazio temporale, danni agli organi “bersaglio”: vista, udito, ecc.)

- posizioni “scomode” (la banana, la rana, ecc.). Conseguenze: dolori intensi, danni ai legamenti ed al midollo spinale. Nessun segno esterno evidente.
- Calci e pugni (il Telefono)

2) Metodi strumentali: utilizzo di strumenti comuni o tecnologici:

- Falaka (o falanga), ecc. (fratture alle ossa dei piedi)
- Tecniche di sospensione (molto dolorose e con conseguenze sul sistema muscolo-scheletrico a lungo termine): palo dell’arara, l’aeroplano,
- Inserimento di oggetti estranei nel corpo (es. sassi o vetri nella pianta dei piedi)

- tecniche di immersione (in diversi tipi di “liquidi”) fino al limite dell’asfissia
- utilizzo di pinze (per unghie e denti)
- utilizzo di elettrodi, armi incapacitanti, sedia elettrica (la sedia del dragone), cintura elettrificata, ecc. (I metodi “elettrici” provocano dolori acuti, perdita del controllo e lesioni muscolari, convulsioni, nausea, perdita di coscienza, minzione o defecazione involontaria, alterazioni durature della rigidità muscolare, impotenza sessuale, ecc.).

3) Metodi psicologici: ogni metodo presenta aspetti di tortura di tipo psicologico (es. le parole del torturatore), ma alcuni metodi sono specificatamente volti a produrre della sofferenza mentale:

- Insulti e minacce (verso detenuto, familiari, amici...)
- Condizioni di detenzione precarie e “impossibili” (sovraffollamento, isolamento, igiene, ecc.)
- Assistere alle (o anche solo ascoltare le) torture di altri detenuti
- Scelte impossibili
- False esecuzioni (del detenuto, familiari, amici...)

Tali metodi sono volti a umiliare la persona, stroncarne la resistenza, farle desiderare la morte, ecc.

3) **Metodi scientifici:** comportano l'utilizzo di medici, psicologi, infermieri, ecc.:

- Somministrazione di farmaci e droghe o di altri "presidi sanitari" (es. elettrochoc)
- Amputazioni e mutilazioni "chirurgiche"

4) **Tortura sessuale:** umiliazione estrema, disturbi psicologici a lungo e lunghissimo termine. Vittime: uomini, donne e bambini; singole o in massa:

- Stupri,
- Tortura degli organi genitali
- Violazioni tabù
- Uso di oggetti

Un particolare **segreto** che circonda le torture sessuali (per motivi psicologici, sociali, religiosi e culturali).

Conseguenze fisiche: dolori nella zona genitale (interni o esterni), problemi urinari e nella defecazione, disturbi del ciclo mestruale, malattie sessualmente trasmesse, gravidanza (e aborto).

Disturbi psicologici legati alla sessualità (e non solo): distruzione dell'immagine di sé (es. per le donne paura o sentimento che la loro funzione riproduttiva sia stata "corrotta" e distrutta, impotenza). Difficoltà ad instaurare legami affettivi.

Le torture sessuali possono provocare emozioni e sensazioni contraddittorie in funzione del rapporto di sottomissione con il torturatore: aggressione e desiderio possono mescolarsi e produrre profonda colpa, vergogna, umiliazione; nell'uomo possono comparire reazioni fisiche tipiche del piacere sessuale (erezione) che provoca una profonda confusione (anche rispetto all'identità ed all'orientamento sessuale).

Conseguenze sociali: rifiuto da parte di mariti e familiari, ecc.

Sequela della tortura

Tonnellier e Jatteau (1983) distinguono in funzione della dimensione temporale:

-Conseguenze immediate della tortura: disturbi della coscienza (dall'obnubilamento al coma, con fenomeni di dissociazione che permettono di evadere dalla situazione di tortura), stati di depersonalizzazione e sentimenti di estraneità che si installano nelle prime fasi del processo, alternanza di ansia, impotenza e depressione con stati di collera e furia cieca

-Sequela fisica successiva alla fine della situazione di sottomissione al torturatore: lesioni della pelle, anomalie della colonna lombare, fratture, traumatismi cranici e dentari, problemi alle articolazioni, disfunzioni ormonali e sessuali, lussazioni, perforazioni ed amputazioni, bruciature. In genere, la natura delle patologie dipende dal metodo di tortura, ma il tempo può provocare una difficoltà di ricostruzione di quanto successo per scomparsa di segni obiettivabili.

-Sequela psicologiche e psichiatriche: PTSD, ansia, depressione e “disturbi psicosomatici”: cefalopatie e somatizzazioni, disturbi mestruali, disfunzioni sessuali, nausea e vomito.

Turner e Gortist-Unsworth 1993) distinguono:

-Reazioni dirette alla tortura: reazioni post-traumatiche, depressione legata alle risposte post-traumatiche ed alle perdite multiple patite, disturbi e menomazioni fisiche, disturbi psicosomatici, ecc.

-Reazioni indirette alla tortura: conseguenze della tortura sull'ambiente della vittima (trasmissione del trauma ai familiari – soprattutto figli).

Altre tipologie di Violenza intenzionale a impatto individuale e collettivo

Violenza di genere

Occorre prestare attenzione alla presenza di persecuzioni basate sul genere, tra cui la tratta, il matrimonio forzato, la violenza domestica, la sterilizzazione forzata, le mutilazioni genitali femminili, la minaccia di delitti “d’onore”, la violenza sessuale e lo stupro.

Questa attenzione è importante dal punto di vista sanitario, ma anche per i risvolti sul piano giuridico sostanziabili tramite certificazione:

a) può essere riconosciuta una protezione internazionale nel caso di fondato timore di subire, in caso di rimpatrio, atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale o di atti specificamente diretti contro un genere sessuale;

b) in funzione della situazione nel Paese d'origine, sulla base della caratteristica comune dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere può essere identificato un "particolare gruppo sociale" che in quanto tale è oggetto di atti di persecuzione e pertanto tutelato dal diritto internazionale.

Le persecuzioni direttamente legate al genere derivano da squilibri di potere e di ruolo tra le persone di sesso/genere diverso, da rapporti di subordinazione che fanno sì che la violenza venga perpetuata e tollerata: all'interno della famiglia e/o del contesto sociale e istituzionale allargato.

Pertanto nella valutazione delle singole situazioni e storie personali è importante far emergere vulnerabilità legate a:

- Violenza domestica
- Violenza sessuale
- Tratta
- MGF
- Omo/transfobia

È importante anche comprendere se questa vulnerabilità definisce la persona come ascritta a un «particolare gruppo sociale» perseguitato o se deriva direttamente o indirettamente da una simile ascrizione.

Effetti a cascata dei traumi intenzionali:

- Salute fisica e psichica della vittima
- Disfunzionamenti e rottura dei legami familiari attuali
- Trasmissione transgenerazionale del trauma
- Trasmissione orizzontale del trauma (trauma vicario)
- Conflittualità sociale e benessere della collettività

La comprensione degli effetti individuali e collettivi della violenza intenzionale, così come l'intervento di cura verso di essi, richiede uno sforzo conoscitivo rivolto all'analisi delle specifiche tecniche adoperate, così come dei contesti nel cui ambito vengono messe in atto (Sironi, 2010).

Forme della sofferenza

Sintomi e disturbi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)

SINTOMI INTRUSIVI (ricorrenti e associati, anche in modo subliminale, all'evento traumatico)

- Incubi notturni
- Flash Back
- Pensieri Intrusivi e Memorie Automatiche
- Sentirsi paralizzati dalla paura e/o aver voglia di scappare
- Crisi d'ansia o di panico

SINTOMI di EVITAMENTO e ALTERAZIONI NEGATIVE di PENSIERI e EMOZIONI

- Ottundimento/distacco emotivo
- Disturbi dell'attenzione
- Riluttanza/impossibilità a parlare e rievocare le esperienze traumatiche
- Incapacità/difficoltà nel sentire gioia o provare amore
- Tendenza all'isolamento
- Perdita di fiducia in sé e nel mondo

ALTERAZIONI MARCATE dell'AROUSAL e della REATTIVITA'

- Comportamenti impulsivi e/o autolesivi
- Irritabilità, scoppi di rabbia e collera
- Senso di persistente tensione, minaccia, irrequietezza, pericolo
- Ipervigilanza e "Startle response"
- Insonnia severa

DISTURBI FREQUENTEMENTE ASSOCIATI AL PTSD

- DISTURBI PSICOSOMATICI:** Cefalea, Sindrome da dolore cronico, Disturbi Gastrointestinali, Disturbi dell'Alimentazione, Disturbi dell'Apparato Genitale e della sfera sessuale
- DISTURBI DEPRESSIVI:** Pianto, Astenia profonda/Faticabilità, Tristezza vitale/Anedonia, Sensi di colpa e autosvalutazione, Disperazione, Ideazioni suicidarie
- DISTURBO da ABUSO DI SOSTANZE:** Dipendenza da alcolici, sostanze psicotrope, farmaci

Sintomi e disturbi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso Complex-PTSD (PTSD con Dissociazione secondo DSM 5)

1) SINTOMI DEL PTSD

2) DISTURBI DELL'IDENTITA' E DELLA COSCIENZA

A) DEPERSONALIZZAZIONE

- Sentirsi distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo
- Numbing - senso di intorpidimento emotivo
- Freezing – più o meno completo blocco delle attività motorie e/o emozionali (da pochi secondi ad alcuni minuti)
- Avere la percezione che il proprio corpo o una parte di esso sia distorto, ingrandito o rimpicciolito

B) DEREALIZZAZIONE

- Sentirsi estraniato dal proprio ambiente
- Percepire il mondo e gli eventi come irreali
- Non riconoscere luoghi e/o volti con cui si ha familiarità (simile al “jamais vu”)

C) AMNESIA DISSOCIATIVA E FUGA DISSOCIATIVA

- Incapacità di ricordare importanti e specifici eventi della propria storia personale (“buchi neri” o “tempo perduto”)
- Allontanamento inaspettato dai propri luoghi di residenza o lavoro, associato a stato amnesico, con durata variabile tra poche ore e alcuni giorni

D) DISTURBI DELLA MEMORIA

- Alterazioni della memoria esplicita, in particolare della componente “autobiografica”, riguardante le tracce mnesiche di tipo emotivo, affettivo e personale dell’esperienza traumatica

E) ASSORBIMENTO IMMAGINATIVO:

Frequente e profondo stato di assorbimento nei propri pensieri o fantasie, tale da non accorgersi di ciò che accade intorno

F) FENOMENI DISPERCETTIVI: Alterazioni transitorie delle percezioni uditive, visive, olfattive (più rare), con caratteristiche egodistoniche, sia sotto forma di distorsioni delle percezioni reali (visione a tunnel, bidimensionale, variazioni del volume dei suoni, ecc.), sia sotto forma di fenomeni pseudo-allucinatori

G) DISSOCIAZIONE SOMATICA/DISTURBI DA CONVERSIONE

- Sindrome da dolore cronico
- Anestesia/Ipoestesia dolorifica transitoria
- Debolezza/paralisi motoria transitoria
- Attacchi pseudo-epilettici

3) DISREGOLAZIONE EMOTIVA E DEGLI IMPULSI

- Sensazione/paura di perdere il controllo delle proprie azioni
- Incapacità di tollerare affetti negativi
- Incapacità a auto-contenersi o auto-consolarsi
- Deficit nel controllo degli impulsi (alimentari, emotivi/aggressivi, sessuali, ecc.)

4) DISTURBI DELL'ATTENZIONE E DELLA CONCENTRAZIONE

- Perdita della capacità di prestare attenzione e di concentrarsi sul qui e ora, nel leggere un libro, seguire un discorso, ecc.
- Tendere a fare tutto in automatico, come in assenza di sé

5) CAMBIAMENTI NELLA PERCEZIONE DI SÉ

- Sentire di essere diventata una persona completamente diversa
- Confusione dell'identità: perplessità e profonda conflittualità su chi si è

6) CAMBIAMENTI NEL COMPORTAMENTO E NELLE RELAZIONI CON GLI ALTRI

- Alterazioni dell'Identità: variazioni, anche sostanziali nei comportamenti, nelle abitudini, nei giudizi, nel tono della voce, nella calligrafia, ecc.
- Vulnerabilità alla re-vittimizzazione e allo sfruttamento

7) CAMBIAMENTI NEI SIGNIFICATI E NEL SENSO DI SÉ E DELLE COSE

- Percepire il mondo come pericoloso e se stessi come irrimediabilmente danneggiati e responsabili del trauma
- Senso di colpa, disperazione, vergogna, indegnità, ideazioni suicidarie
- Comportamenti autodistruttivi: autolesionismo, promiscuità sessuale, comportamenti rischiosi o dannosi,
- Abbandono di precedenti valori e credenze religiose, politiche, morali, ecc.

PTSD nei bambini

a)Traumi singoli:

- Evitamento
- Ripetizione (es. rimessa in atto nel gioco del trauma)
- Ipervigilanza
- Disturbi del sonno, paura del buio, incubi
- Problemi di separazione (persino negli adolescenti): difficoltà a stare lontani dai genitori, irritabilità e rabbia con i pari e la famiglia
- Difficoltà di memoria e concentrazione
- Sensazione di futuro ridotto
- Sentimenti di colpa (pensiero egocentrico)
- Comportamenti regressivi rispetto alla fase di sviluppo e di dipendenza
- Disturbi della condotta/oppositivo

PTSD nei bambini

a) Traumi cronici o multipli:

- Ottundimento psichico
- Autoipnosi
- Dissociazione
- Cambiamento della visione della vita e del futuro e del giudizio sull'affidabilità delle persone
- Tendenza a “vedere cose”, a ripetere il trauma attraverso il gioco o altre forme di rappresentazione fisiologica o comportamentale dell'esperienza traumatica
- Mutacismo

F. Sironi: classificazione delle manifestazioni della tortura

Effrazione:

- soprassalti, grida, tremiti, paure incontrollate
- cefalee, insorgenza di disturbi cutanei (prurito, eczemi, ecc.)
- insicurezza, senso di estraneità, isolamento, sofferenza legata alla sensazione di essere diversi dagli altri
- disturbi della memoria e della concentrazione.
- autoaccusa e senso di colpa per il fatto di avere un'identità propria
- paura che il proprio pensiero possa essere letto, paura di essere trasparenti e influenzati

Influenza del torturatore:

- tristezza, apragmatismo, apatia, astenia, clinofilia (tendenza a passare la giornata a letto in uno stato di sonnolenza).
- aggressività non controllata, sensazione di non essere più padroni di se stessi
- incapacità di pensare
- disturbi del sonno e incubi (di notte) e reviviscenze traumatiche (di giorno)
- ipertensione arteriosa, dolori diffusi e mutevoli, vertigini, nausea, cadute, raucedine
- cambiamento di personalità

Accesso a conoscenze nascoste (ma in modo « selvaggio » a causa di violazioni di tabù, dell'utilizzo profano di rituali iniziatici o terapeutici, o di altre tecniche traumatiche):

- ricerca sistematica dell'intenzione dell'interlocutore
- sogni premonitori
- coincidenze inquietanti nella vita di tutti i giorni
- percezione a distanza degli eventi.
- scoperta di nuovi talenti
- attrazione per tutto ciò che è misterioso e apparentemente inspiegabile

Modello della sofferenza culturalmente caratterizzata descritto da T. Nathan

L'evento traumatico produce l'incontro con esseri culturali la cui azione rende conto della sintomatologia osservata

Esempi:

1) Violazione di tabù
(vignetta clinica)

2) Messa in forma culturale dello spavento

→ emozione intensa che agisce nell'istante ed all'istante;

→ l'effetto è immediato e si produce a livello psichico (sensazione di perdita di «qualcosa» o al contrario di invasione da parte di «qualcosa») e fisico (trasalimento, sussulti, tachicardia, dolori al petto o allo stomaco, ecc.) e lascia delle tracce durevoli culturalmente conformi e che si ritrovano nell'etimologia delle parole usate per indicarla:

Oltre allo spavento, è importante considerare la presenza e gli effetti di altri tipi di emozioni:

- il **TERRORE**
- la **PAURA**

TERRORE:

→ l'effetto ricercato di stati totalitari (terrorismo di stato) o di gruppi (terrorismo tout court)

→ emozione che s'impadronisce di tutto l'organismo umano e che – appunto – «getta a terra», prostra, la persona. La persona è annichilita, incapace di pensare e di agire.

Segnali che indicano l'installazione di un sistema di terrore:

- Perdita dell'intimità, della privacy
- Perdita degli «attaccamenti», delle appartenenze culturali, politiche, sociali, ideologiche...

→ l'effetto emotivo è pianificato in modo da penetrare nel tessuto sociale e di attivarsi a partire da segnali anche infinitesimali.

→ divenire un «chiunque», cioè nessuno (se si vuole un homo sacer). Vi sono continue pressioni che esplicitamente o implicitamente interdicono la singolarità personale, spingendo all'omologazione (Nathan: quiconquisition, chiunqueizzazione).

→ Casi storici (Germania nazista; Cambogia dei khmer rossi 1975-1979; Blocco sovietico; Cile di Pinochet; Corea del Nord; Guinea Conakry di Moussa Dadis Camara 2009).

→ Traslazione spaziale e temporale del terrore: le migrazioni provocano una traslocazione nello spazio degli effetti traumatici con una latenza temporale: ad es. noi vediamo oggi i sopravvissuti dello Stade de Conakry

→ Sia rispetto al terrorismo di stato che a quello sovversivo occorre approfondire l'analisi del terrore in quanto invasione emotiva che rende impossibile tutti i sentimenti, che invade la persona e i gruppi con sensazioni devastatrici.

→ Terrore = indicatore di un potere che vuole affermarsi o mantenersi. La tortura è uno degli strumenti di instaurazione del terrore in un certo contesto politico, ma ovviamente non l'unico (es. stupri di massa...).

PAURA:

- più vicina ad un sentimento che non ad un'emozione
- si iscrive nella durata (a differenza dallo spavento)
- non annichilisce le capacità del soggetto (a differenza del terrore), ma tiene la coscienza tesa verso l'imminenza di un pericolo. La paura è essenzialmente la conclusione di un ragionamento, è una sorta di pensiero compattato fino a costituirsi come un segnale

Terrore, spavento e paura implicano l'esistenza di un agente che le suscita (una persona, un evento, un incontro, un gruppo umano, uno stato, ecc.).

Dal punto di vista dell'intervento, si rende necessario analizzare l'interazione fra la persona ed il suo mondo, cioè con gli agenti di violenze politiche in esso presenti.

Secondo T. Nathan, la presa in carico delle persone vittime di strategie terroriste comporta:

- la loro presa in considerazione non in quanto individui, con la loro singolarità, ma in quanto appartenenti ad un certo gruppo culturale, sociale, politico in funzione di una determinata strategia di potere
- l'identificazione puntuale dell'aggressore, dell'agente che ha instaurato il terrore e delle sue intenzioni
- l'analisi precisa delle strategie e delle tattiche messe in campo da tale agente
- l'identificazione degli esseri culturali che attraverso il trauma (cioè la «apertura» della persona, la frattura del suo funzionamento psicocorporeo prodotta dall'aggressione) sono «penetrati» nella persona prendendone possesso

- di rispondere a tale presenza secondo modi culturalmente conformi (attivando le risorse di quel mondo)
- di promuovere un processo di riconnessione o di riattivazione degli attaccamenti sociali e culturali della persona al suo mondo

Parallelamente a tutto, ciò non può mancare una presa in carico medica e sociale

Problematiche:

Nathan fa queste proposte, intervenendo in Guinea Conakry, anche se esse sono in linea con quanto già sviluppato a Parigi.

Tuttavia:

- l'esilio può comportare una difficoltà di «lavorazione» degli attaccamenti sociali e culturali della persona per la lontananza e nel caso in cui nel nuovo contesto i migranti provenienti dalla stessa area culturale non abbiano ancora raggiunto una massa sociale significativa (e cioè non abbiano ricostituito reti sociali e relazionali stabili)

- nel contesto adottivo o dal contesto adottivo, può risultare più difficile riattivare le risorse terapeutiche dei mondi di provenienza (ma: spedizione di erbe dai paesi) oppure la persona isolata può presentare forti ambiguità al riguardo

Occorre d'altra parte osservare che internet permette inedite forme di riconnessione ai propri mondi (es. chat di vittime di torture eritree)

La sofferenza legata alla tratta di esseri umani a
fini di sfruttamento sessuale:
**il caso della macchina astratta a matrice
stregonesca**

La tratta come macchina astratta a matrice stregonesca

Il concetto di *macchina astratta* è proposto da Deleuze e Guattari per indicare la rete delle specifiche relazioni estrinseche che tengono insieme una serie di elementi umani e non umani, materiali e immateriali.

La macchina astratta “*servitù nigeriana*” tiene insieme:

- le *assoggettate* (nella loro interezza psicosomatica e nelle specifiche parti corporee – sessuali) e le loro *famiglie*;

- le *madam*;

- gli *altari* delle *divinità* su cui viene pronunciato il *giuramento* e i *native doctors che amministrano il rituale*;

- le *parti del corpo* delle vittime appositamente conservate;

- le *azioni tecnicamente efficienti* (stregoneria);

- il *denaro* e le *persone* attraverso cui esso circola (finanziatori, intermediari, genitori, mariti, fidanzati, clienti);

- i *luoghi* di reclutamento, transito ed esercizio della prostituzione (dalle metropoli e dai villaggi nigeriani fino ai quartieri ed alle strade delle città europee);

- i *modi di fare* e le *pratiche* che vi si dispiegano, oscillando ambigualmente fra *emancipazione* e *assoggettamento*.

Bisogna provare ad immaginare una situazione per la quale quanto appare dal lato delle assoggettate – comportamenti, attitudini, scelte, sintomi – sta in relazione con tutti gli elementi componenti della macchina astratta invocata. Una relazione che può essere pensata in termini di ***influenzamento reciproco*** fra elementi, le cui risultanti tuttavia derivano dai **rapporti di forza** esistenti fra quegli stessi elementi.

Questa macchina è astratta perché consiste di relazioni fra gli elementi assemblati.

Conflitti macchinici

La fuoriuscita dalla rete della *servitù sessuale mercificata* può essere concettualizzata come il passaggio carico di conflitti e ambivalenze da una macchina ad un'altra. Il conflitto si manifesta direttamente nelle mosse e nelle contromosse dell'una e dell'altra:

-da un lato, la produzione normativa degli Stati per individuare il problema e configurarlo come reato, l'attività investigativa per individuare le reti criminali operanti, i progetti di fuoriuscita delle vittime dalla tratta;

- dall'altro, le manovre di sviamento e occultamento del fenomeno, così come di *adeguamento* ai mutamenti legislativi in materia di ingresso per ottenere un permesso di soggiorno.

Dal lato delle assoggettate il conflitto fra macchine pone un problema di **fedeltà**. La “vittima” di tratta può esprimere una molteplicità di posizioni rispetto all’una e all’altra macchina, tutte potenzialmente intrise di ambivalenze e contraddizioni.

La macchina della servitù sessuale con metodi stregoneschi racchiude in sé la potenzialità di rendere folle l’altro

→ come la tortura o il “lavaggio del cervello”

→ come certi genitori psicotizzanti che instaurano relazioni simbiotiche claustrofiliche (madri schizofrenogene: il termine occulta la loro potenza seduttiva e gratificante. Un simile occultamento si riscontra anche nel termine di “tratta a fini di sfruttamento sessuale”).

Nella tratta c’è paura, asservimento, sfruttamento. Ma anche arricchimento, acquisizione di status e potere.

Il fenomeno non è solo nigeriano, ma intrinsecamente *transnazionale* perché capace di assimilare ed asservire persone di diversa appartenenza nazionale.

Il *cuore di tenebra* del macchinario è da rinvenire nel **meccanismo di cattura della persona**, di mantenimento della sua fedeltà oltre che, eventualmente, nella modalità di punizione per la mancata restituzione del debito che si configura come tradimento del *patto* sacralizzato di fronte agli altari di potenze terribili (**juju**).

Figure prototipiche

a) Concubina

b) *Abrakree*

Sono stati messi in evidenza similitudini e i parallelismi fra l'iniziazione della donna pubblica, quella delle sacerdotesse degli altari e i riti matrimoniali akan. Similitudini e parallelismi rituali che instauravano una complessa articolazione sociale fra:

- una sessualità *diffusa* ma *coartata* (*abrakree*),
- una sessualità *promiscua* ed *imposta all'uomo* (alle sacerdotesse akan era interdetto il matrimonio ma non gli atti sessuali; i celibi non si sottraevano alle loro profferte per paura di ritorsioni magiche):
- una sessualità *monogama* e *controllata* nell'ambito familiare.

Detto in altri termini, la moglie era sposata al marito, la sacerdotessa alla divinità e l'*abrakree* agli scapoli della comunità.

c) Zawara

Monfouga-Broustra (26, 27, 28) descrive la “*donna libera*”-*Zawara* (eufemismo per *karuwa*: prostituta, donna-bordello) del contesto hausa a nord di Sokoto, ma in territorio nigerino.

Nella cittadina di Birnin Koni, il termine *zawara* è adoperato (a partire dagli anni '50 del Novecento) per indicare donne che assumono la doppia funzione di adepta del culto *bori* e di *karuwa*.

In questo caso, le logiche locali piegano il significato di un termine introdotto inizialmente dal governo nigerino con l'intenzione di designare ufficialmente la donna emancipata, aperta al progresso e liberata dalle antiche superstizioni. La figura della *zawara* mette così in forma un conflitto fra i poli contrapposti di tradizione e modernità.

→ Passaggio dalla donna-bori rurale alla *zawara* cittadina.

•Mbaraaneuse

La filiera delle donne libere e quella delle prospettive analitiche si incrociano nella descrizione etnografica della pratica del *mbaraan* a Dakar (21, 22). La *mbaraaneuse* si presenta come una giovane senegalese in “movimento”, contrapposta al modello femminile “tradizionale” che enfatizza la domesticità, il pudore, il ritegno ed il contegno. Si tratta di una *trickster* che abita la città senegalese contemporanea, interpretabile come esempio di riciclaggio della strategia tradizionalmente adottata dalle divorziate per condurre la propria vita e sopravvivere (Thiouh, in 22), ma che comunque cerca sempre di rimarcare la propria differenza di natura e di stile dalle prostitute (*caga*).

Juju-Italia

Già alla fine del Novecento, in Italia, si incontravano negli SPDC ragazze nigeriane, provenienti quasi sempre da Benin city, ma anche ghanesi. I quadri clinici erano caratterizzati da stati confusionali con allucinazioni terrifiche e deliri; agitazione psicomotoria e parossismi violenti; insonnia.

Le crisi si risolvevano spesso in una progressiva perdita di coscienza fino a eclissarsi, talvolta, in stati simil-comatosi da cui riemergevano con un senso penoso di spossatezza fisica e psichica, oltre che di dolore somatico e mentale, profondo e inesprimibile.

Caratteristica comune di queste donne era l'esercizio prostitutivo esercitato nell'ambito di un "sistema di tratta" descrivibile come macchina astratta.

L'assoggettamento definitivo è preceduto da una *servitù volontaria* iniziale con la quale le ragazze si mettono a disposizione della loro "signora", la quale promette un lavoro e un'esistenza migliori dopo che il mestiere e la vita di strada abbiano prodotto tangibili frutti monetari.

•Ritualità finalizzata

- setting
- giuramento
- azione traumatica del contesto e delle azioni tecniche (es. induzione di modificazioni dello stato di coscienza o dello stato sensorio-percettivo tramite ingestione di sostanze psicoattive o di alimenti disgustosi → rendere tangibile la presenza di entità invisibili in quanto potenze benevole capaci però di tramutarsi in forze malevoli).
- prelievo di fluidi o elementi corporei.

Nei territori compresi tra la *Costa degli schiavi* e la *Costa d'oro*, ovvero entro i limiti terrestri di entità geopolitiche che condividono un preciso retaggio culturale, politico e ideologico, la funzione sociale della prostituzione, professionale o temporanea, è da sempre posta direttamente sotto la **sovranità morale di esseri spirituali**.

Le testimonianze storiografiche confermano che la prostituzione femminile è spesso finalizzata ad accumulare la **dote matrimoniale**, grazie alla quale la donna riesce a contrarre un successivo matrimonio regolamentare non soggetto a squalifica morale.

Le ascendenze spirituali del fenomeno prostitutivo permettono di rinviarlo alla cosiddetta **prostituzione sacra** (ierodulia), dove la pratica erotica rappresenta una modalità di accumulo della ricchezza per promuovere il riconoscimento sociale del tempio o della divinità a cui la prostituta consacra la sua capacità di catturare le energie erotiche e seminali maschili.

Traffici umani, chiese e politica

Occorre pensare alla connessione fra la macchina della servitù prostitutiva e Le Chiese/divinità con la loro necessità di accumulo di ricchezza/potere.

La prostituzione giovanile – esercitata in patria e, soprattutto, all'estero – diventa lo strumento efficace, più rapido e inesauribile, con cui realizzare un primo deposito di **ricchezza materiale che permetta il riconoscimento del culto e del suo *leader***.

E poi alla connessione delle chiese con la **politica**: le chiese sincretistiche, ibridate, contaminate dalle tradizioni spirituali più eterogenee si impegnano direttamente o indirettamente in acrobatiche scalate parlamentari, funzionando spesso da trasmettitori o da cacciatori del consenso di questa o quella fazione politica, spesso coincidente con una *lobby* affaristica.

Ritualismo patologico

Buona parte dei disturbi può essere spiegata e curata come conseguenza di **attacchi psicotraumatici al benessere mentale delle donne vittimizzate** nel corso della loro esperienza di vita, intesa a offrire piaceri sessualizzati in cambio di denaro, potere e promozione sociale. Il processo psicotraumatico manifesta un'intensità grave ed è difficilmente trattabile. Superata la fase acuta, in assenza di un lavoro di sostegno psicoterapeutico e psicosociale, insistito e culturalmente orientato, la forma psicopatologica iniziale tende a cronicizzarsi e a ripresentarsi in modo acuto, rendendo necessari ricoveri ripetuti e ravvicinati.

→ Cattura di giovani prostitute già sofferenti di disturbi mentali nei paesi d'origine e ancora prima di essere avviate all'esercizio della professione.

Macchine astratte a matrice stregonesca

Il “sistema tratta” ha la capacità di rendere folle la sua vittima tramite un meccanismo di influenzamento traumatico di origine esterna (obiettivabile sul piano sociale e fondato sul piano culturale)

→ confronto con la macchina influenzante (Tausk).

Decreto del 3 aprile 2017 per l'adozione delle

«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»

Art. 1

Adozione delle linee guida

2. Le regioni e province autonome con propri provvedimenti danno completa attuazione a quanto previsto nelle Linee guida di cui al comma 1, ferma restando la loro autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, ponendo in atto le dovute misure di valutazione e monitoraggio della sua implementazione.

Art. 2

Attuazione e monitoraggio delle linee guida

1. Il Ministero della salute provvede annualmente a richiedere alle regioni e province autonome un rapporto sullo stato di attuazione delle presenti linee guida al fine di predisporre un rapporto nazionale.

Art. 3

Risorse

1. All'attuazione del presente decreto si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica

Le Linee Guida sottolineano l'importanza dell'intervento sociale e sanitario per specifici sottogruppi che mostrano una particolare vulnerabilità dovuta o connessa al fatto di:

- aver subito tortura
- aver sperimentato contesti di guerra o caratterizzati da alta instabilità sociale e/o istituzionale
- aver subito violenza di genere
- essere stati catturati in un sistema di tratta
- aver subito discriminazioni sociali legati a specifici stigmi (malattia, povertà, status sociale, ecc.)
- subire violenza domestica
- essere minorenni (accompagnati e non)

→ Problema dell'emersione della vulnerabilità

→ Necessità del lavoro intersettoriale e interistituzionale (sistema dell'accoglienza, sistema sociale, sistema sanitario)

Indicazioni che provengono dalle Linee guida:

- Individuare modalità organizzative ed operative di collaborazione fra Servizi socio-sanitari pubblici e Sistema di accoglienza
- Sviluppare modalità di individuazione precoce, emersione e riabilitazione delle vittime di tortura, stupro ed altre violenze estreme (→ viene proposta una strategia a 3 livelli)
- Ai servizi sociosanitari pubblici è affidata la regia dei programmi di assistenza e riabilitazione delle vittime di tortura, auspicando nello stesso tempo l'interazione stretta tra l'ambito più propriamente "sociale" e quello più propriamente "sanitario" e un approccio multidisciplinare

- Nell'ambito del percorso multidisciplinare vengono individuati i seguenti obiettivi:

- valutare le situazioni vulnerabili che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni e predisporre proposte di percorsi specifici di presa in carico socio-sanitaria ed assistenziale;
- sostenere la persona vittima di tortura attraverso una risposta multidisciplinare ed integrata di tipo clinico, assistenziale, relazionale e di integrazione sociale mirata a favorire percorsi di autonomia;
- garantire alla persona vittima di tortura accesso alla rete dei servizi (emersione e diagnosi, cura e riabilitazione) in funzione delle specifiche esigenze;
- ampliare la rete di referenze sul territorio e utilizzare strumenti idonei per affrontare le situazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria in modo efficace accessibile, sostenibile ed in tempi adeguati;
- supportare il quotidiano lavoro degli operatori del territorio, offrendo opportunità di formazione, aggiornamento, supervisione, consulenza specifiche;
- esaminare le richieste di certificazione degli esiti fisici e psichici delle violenze subite dai RTP.

- A livello locale è necessaria una funzione di coordinamento di tutti gli attori coinvolti nelle attività socio-sanitarie e giuridiche, rivolte ai richiedenti asilo e rifugiati vittime di tortura.

Nell'ambito di tale funzione di coordinamento è auspicabile:

- predisporre interventi di prevenzione con particolare attenzione alle tematiche della salute degli operatori, che lavorano con i RTP, a rischio di traumatizzazione vicaria;
- promuovere programmi di formazione, inclusa la formazione sulla violenza di genere, rivolti al personale sanitario e sociale della azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi di accoglienza e protezione dei RTP e ai mediatori linguistico - culturali;
- monitorare l'attuazione dei percorsi multidisciplinari elaborando un rapporto qualiquantitativo annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi da trasmettere alla Regione o Provincia autonoma che lo invierà il report regionale al Ministero della salute ai fini della redazione di un rapporto nazionale sull'attuazione delle presenti linee guida.

PROCESSO DI CERTIFICAZIONE

Cosa è?

La certificazione medica può essere definita come la:

“testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell’individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa” (Barni M.: "Diritti - Doveri Responsabilità del medico dalla bioetica al biodiritto", Ed. Giuffrè , Milano, 1999).

Perché redigere la certificazione?

La certificazione medico-legale: valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare il riconoscimento della protezione internazionale o umanitaria.

Principale funzione della certificazione: valutare la congruenza tra la sintomatologia medica e psicologica ed altri riscontri medici e le narrazioni rese dal richiedente la protezione internazionale in merito alle torture, maltrattamenti o traumi subiti.

Altre funzioni della certificazione:

- 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.

Come struttura il processo di certificazione?

Al fine di ridurre il rischio di ritraumatizzazione indotto dagli accertamenti

→ Preparazione della persona al percorso di accertamento: spiegare i vari passi e i relativi scopi

→ Setting:

- luoghi adeguati che garantiscano la riservatezza

- MLC

→ Inserimento della certificazione nel più ampio percorso terapeutico-assistenziale complessivo a valenza multidisciplinare (questo vale in particolare per la certificazione delle torture come indicato dal Protocollo di Istanbul):

- Collaborazione fra servizi e con il sistema di accoglienza

Come redigere la certificazione?

Il medico che redige la certificazione deve essere imparziale:

- deve riportare con precisione e senza omissioni tutti gli elementi rilevati nel corso della visita e tutta la documentazione esaminata;
- non deve esprimere alcuna opinione sul merito della richiesta di protezione, alla veridicità della narrazione;
- deve limitarsi a valutare se i sintomi fisici o psichici riscontrati sono congruenti, e in che misura, con la descrizione degli eventi fornita dal richiedente rispetto ai traumi subiti;
- può dare indicazioni, quando possibile, sull'epoca in cui si sono verificati i traumi e inoltre sulla eventuale permanenza in condizioni degradanti e prive di assistenza medica.
- è preferibile ridurre al minimo il gergo tecnico

Quali sono i tempi della certificazione?

- Convocazione in audizione e «arrivo» del richiedente asilo al clinico
- Richiesta di posticipo dell'audizione
- Richiesta di posticipo della decisione finale

A chi dare la certificazione?

In linea di principio i certificati devono essere consegnati al richiedente che li sottoporrà all'attenzione dell'organo accertante. Quando la necessità di accelerare, o altri motivi, determinino un'esigenza di comunicazione diretta tra il medico certificatore e l'organismo accertante, o quando essa per qualsiasi ragione avvenga per via telematica, il certificato medico deve includere il consenso scritto del richiedente.

Chi può certificare?

Il processo di certificazione deve avvenire preferibilmente in strutture del Servizio sanitario nazionale che devono essere identificate dalle ASL/Regioni come idonee per svolgere tale attività in conformità con quanto previsto nel presente documento.

La ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi ed operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati, anche in materia di educazione dei diritti umani.

La certificazione può essere rilasciata anche da centri/organizzazioni no profit, individuati dalla Asl/Regione sulla base di requisiti stabiliti, che per esperienza, competenza, assenza di conflitto di interessi e di ogni altra forma di condizionamento, possano garantire la correttezza e la completezza del percorso di certificazione.

Cosa deve contenere la certificazione?

La certificazione finale, attestante gli esiti di tortura, deve tener conto degli elementi di seguito indicati:

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 o 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 posttraumatica;
- 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.

Conclusioni

- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica e indicazioni delle cautele da adottare (in particolare durante l'audizione in Commissione)
- 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):

- a) **non compatibile**: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto
- b) **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
- c) **altamente compatibili**: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili
- d) **tipico**: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause
- e) **specifico**: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto.

