

RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO: UNA VITA INTRAPPOLATA NEI TRAUMI DEL PASSATO

Elisa Danese

Parte I – INTRODUZIONE

Rifugiati: sopravvissuti alla violenza organizzata

La parola “rifugiato” ha un preciso significato nella legislazione internazionale: in seguito ai grandi flussi di esuli accolti dall’Europa, a partire dal secondo dopoguerra il tema dei rifugiati diventa una questione da affrontare a livello internazionale. Nella *Convenzione di Ginevra* del 28 luglio 1951 - la *Convenzione delle Nazioni Unite relativa allo Status dei Rifugiati*¹ - per la prima volta viene data una definizione generale di “rifugiato” e dei diritti che ne conseguono. In quel contesto, viene rafforzato il ruolo dell’ACNUR - Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR), finalizzato alla protezione dei rifugiati. L’Articolo 1 della Convenzione di Ginevra definisce il rifugiato e i requisiti necessari per ottenerne il riconoscimento in seguito alla richiesta di asilo:

“Rifugiato è colui che avendo un fondato timore di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o di opinioni politiche, si trova fuori del paese di cui è cittadino e non può o, a causa di tale timore, non vuole avvalersi della protezione di tale paese”.

Violenza organizzata

La violenza continua a regnare in molte parti del mondo, e il pericolo di guerra e terrore rimane una minaccia continua, attuale e persino in crescita per un grande numero di persone. La violenza appare in varie forme: una dimensione maggiore per qualificare i diversi tipi di violenza è il *grado di organizzazione*. Esempi di tipi *non organizzati* di violenza includono violenza domestica, abuso sessuale, aggressione e altri crimini violenti contro gli individui; la *violenza organizzata* include guerre, conflitti armati, persecuzione politica, e

¹ La Convenzione di Ginevra è stata ratificata in Italia con la legge 24 luglio 1954, n. 722.

quindi tortura, massacri, combattimenti, bombardamenti e qualsiasi altra violazione sistematica dei diritti umani.

Una definizione di violenza organizzata è la seguente:

Organized violence is violence that is directly and actually applied with a systematic strategy by members of a group with at least a minimum of centrally guided structure (police units, rebel organizations, terror organizations, paramilitary, and military formations). It is applied with a certain continuity against individuals and groups with a different political attitude, nationality as well as racial, cultural or ethnical background. It is characterized by the violation of central human rights or other basic rights of people. (Derriennic, 1972; Galtung, 1969)

La violenza organizzata ha conseguenze traumatiche sulla salute mentale. Solitamente vengono distinte tre forme di violenza organizzata: guerra, tortura e terrorismo. In questa sede vengono prese in considerazione soprattutto le prime due forme, anche se l'ultima, il terrorismo, ultimamente ha ottenuto molta attenzione.

Gli effetti psicologici di conflitti, disastri, guerre, oppressione e violenza di ogni tipo sono una malattia universale che raramente risparmia anche le menti più resistenti: negli ultimi anni, diversi studi epidemiologici attraverso diversi contesti e culture hanno documentato alti livelli di esposizione al trauma nelle popolazioni sfollate, con la prova che l'esposizione al trauma è predittiva di disturbi mentali a lungo termine in questi gruppi (Silove, Steel, Watters, 2000).

Tortura

La tortura è stata spesso chiamata il "flagello dell'umanità": utilizzata per secoli come mezzo di persecuzione e punizione, è tuttora presente in molti paesi del mondo.

Esistono molte definizioni di tortura, la più notevole è quella proposta dalla Convenzione delle Nazioni Unite contro la Tortura – *UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (UN, 1984):

For the purposes of this Convention, the term "torture" means any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed, or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. It does not include pain or suffering arising only from, inherent in or incidental to lawful sanctions.

Questa definizione si riferisce alla tortura che viene commessa da rappresentanti del governo o da persone che agiscono con approvazioni ufficiali. Altre organizzazioni hanno ampliato questa definizione per renderla applicabile ad altri gruppi organizzati come gli eserciti ribelli (Amnesty International, 2003): queste sottolineano che l'immagine tradizionale dei prigionieri politici torturati in una camera da interrogatorio non si adatta a tutte le osservazioni delle organizzazioni per i diritti umani che documentano sempre di più la tortura nei campi profughi, in luoghi pubblici e nelle case della gente.

La ricerca conferma che la tortura ha effetti psicologici a lungo termine: sembra inoltre che questi effetti a lungo termine siano *indipendenti* da quelli connessi alla migrazione forzata, allo status di rifugiato e ad altri eventi traumatici associati.

Rifugiati e richiedenti asilo: a rischio di disturbi mentali

A causa dell'esposizione ad eventi estremamente stressanti e traumatici, i richiedenti asilo e i rifugiati sono considerati da decenni, in ambito psicologico e psichiatrico, a rischio di sviluppare disturbi mentali: molti studi, svolti in diverse parti del mondo, a partire dalla Seconda Guerra Mondiale, hanno confermato come rifugiati e richiedenti asilo presentassero una prevalenza elevata di disturbi mentali (Eitinger, 1959; Krupinski & Burrows, 1986; Mollica et al., 1987; Kinzie et al., 1990, Lavik et al., 1995-1996; Weine et al., 1995), costituendo quindi una popolazione ad alto rischio.

Negli ultimi decenni, gli studi epidemiologici attraverso diverse culture e contesti hanno documentato alti livelli di esposizione al trauma nelle popolazioni profughe, con l'evidenza ora divenuta solida che l'esposizione al trauma è un predittore dei problemi di salute mentale a lungo termine in questi gruppi (Chung, 1993; Cheung, 1994; Mollica et al., 1998, 1999; Silove, 1999).

Trauma ed eventi traumatici

Ciò che viene definito "trauma" nel linguaggio comune non corrisponde esattamente alla definizione fornita dalla psicologia clinica e dalla psichiatria. Trauma non si riferisce solo ad un fallimento nelle strategie di "*coping*" di fronte agli eventi difficili della vita, ma ha il significato di una "*ferita nell'anima*" come risultato di un'esperienza terrificante e sconvolgente (Elbert, Schauer, 2002).

Il concetto di trauma inteso come "*ferita dell'anima*", comprende tre elementi specifici:

1. il fatto che la persona abbia *vissuto o assistito ad un evento traumatico* che ha implicato morte, minaccia di morte o minaccia all'integrità fisica;
2. una *reazione soggettiva* di paura intensa, orrore, disperazione;
3. una *reazione d'allarme*.

Spesso c'è il rischio che alcuni *eventi stressanti* vengano scambiati per eventi traumatici, anche se non lo sono: quindi il *trauma psicologico* comprende l'esperienza e l'impatto psicologico di eventi che sono minacciosi per la vita o che includono un pericolo di ferite così grave che la persona è terrorizzata, si sente indifesa e sperimenta una risposta d'allarme psicofisiologica durante e subito dopo l'esperienza. Quando l'evento traumatico è tale che la reazione d'allarme va oltre la sua normale funzione "omeostatica", si ha una rottura nell'anima che può persistere come una malattia paralizzante con un suo nucleo concettualizzato come Disturbo Post-Traumatico da Stress (Elbert & Schauer, 2002).

Le reazioni agli eventi traumatici variano notevolmente, oscillando tra relativamente moderate, quando creano solo un lieve disturbo alla vita della persona, a gravi e debilitanti. L'elemento critico che rende un evento traumatico è la valutazione soggettiva da parte delle vittime di quanto minacciate e indifese si siano sentite: così, anche se la realtà dell'evento è al centro del Disturbo Post-Traumatico da Stress, il *significato* che le vittime danno a questo evento è tanto fondamentale quanto il trauma in sé (Van der Kolk, 1996).

Il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD)

Il Disturbo Post-traumatico da Stress (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), come viene definito dal DSM-IV, è la diagnosi di disturbo post-traumatico più nota e più studiata. Si può definirlo come il *prototipo* dei disturbi post-traumatici e, come tale, riassume al suo interno molti concetti importanti relativi alla fenomenologia post-traumatica. Il PTSD, però, è solo uno dei possibili disturbi che possono emergere in seguito ad un evento traumatico (Briere, 1997; McFarlane, 1999; Van der Kolk, 2002).

In modo sintetico, il PTSD è caratterizzato dalla compresenza, per almeno un mese, di sintomi riconducibili a tre grandi categorie:

1. ***intrusione***;
2. ***evitamento*** e/o diminuzione della reattività generale;
3. ***iperattivazione*** o aumentato *arousal*.

All'interno del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, IV Edizione, troviamo il PTSD sotto l'Asse I, all'interno dei Disturbi d'Ansia (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR 2000, trad. it. Masson 2001).

Il quadro clinico del PTSD consiste nel rivivere di continuo nel presente i traumi subiti nel passato: le memorie tornano sotto forma di flashback durante il giorno o di incubi nella notte e sembrano talmente reali da far credere che il trauma stia accadendo nuovamente, qui ed ora. La persona traumatizzata non riesce a vivere e inserirsi nel presente perché continua ad essere intrappolata nel passato.

Epidemiologia del Disturbo Post-Traumatico da Stress in rifugiati e richiedenti asilo

Le evidenze rilevanti provenienti dalla ricerca epidemiologica sulla salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo sono in genere sparse e spesso utilizzano diversi metodi di campionamento e di valutazione. La ricerca recente sulla presenza di disturbi mentali in rifugiati e richiedenti asilo conferma l'alta incidenza di sintomi post-traumatici in queste popolazioni (de Jong et al., 2001; Mollica et al., 1993; Hollifield et al., 2002). Il Disturbo Post-traumatico da Stress (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), come viene definito dal DSM-IV, è la diagnosi di disturbo post-traumatico più nota e più studiata. Il PTSD, però, è solo uno dei possibili disturbi che possono emergere in seguito ad un evento traumatico.

Da molti studi emerge inoltre che il PTSD risulta associato ad altri disturbi: la ricerca epidemiologica conferma la presenza in parallelo di depressione, abuso di alcol e sostanze, sintomi fisici, disturbi d'ansia e pensieri o comportamenti suicidali.

Parte II – INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Indagine epidemiologica sulla salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati presenti in Italia: conseguenze di esperienze traumatiche legate alla violenza organizzata e alla tortura

METODI

Obiettivo e setting

L'obiettivo dello studio è di valutare la salute mentale e fisica di un campione di rifugiati, richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria presenti nel Nord Italia, indagando in particolare problemi psichici legati allo Stress Post Traumatico, come conseguenza delle violenze subite nei paesi d'origine o nella fuga. Vengono indagate nello specifico la presenza di PTSD e di disturbi associati, quali depressione, sintomi fisici, abuso di sostanze e tendenze suicidali.

Sul territorio italiano sono scarsi i dati scientifici sulla salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo: la presente indagine epidemiologica può essere considerata come un passo importante e per stabilire i problemi psicologici presenti in rifugiati e richiedenti asilo che sono stati esposti ad eventi traumatici e le esigenze terapeutiche che dovranno essere affrontate in futuro.

L'indagine è condotta dalla fondazione Onlus *vivo International*² e dall'*Università di Konstanz* (Department of Clinical Psychology and Behavioural Neuroscience, University of Konstanz, Germany)³, e rientra nei progetti finanziati dal FER – *Fondo Europeo per i Rifugiati* (project “Multicentre NETwork capacity building”).

All'inizio dell'anno 2006 sono stati presi contatti con la rete di Servizi per Stranieri nel territorio di Udine, in particolare con le istituzioni, associazioni e centri che lavorano in rete con e per i rifugiati e richiedenti asilo: è stata presentata l'indagine epidemiologica, le finalità e le procedure, chiedendo la possibilità di svolgerla nel territorio di Udine e provincia. Con il consenso della rete dei Servizi, sono stati coinvolti nell'indagine:

- Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali, Educative e Culturali – Centro Servizi per Stranieri.
- Associazione Centro di Accoglienza Ernesto Balducci Onlus.
- CIR – Consiglio Italiano Rifugiati Onlus.

² *vivo International Onlus* – www.vivo.org

³ Psychotrauma Research and Outpatient Clinic for Refugees - <http://www.clinical-psychology.uni-konstanz.de/?cont=general&subcont=refugees&lang=en>

- Associazione Nuovi Cittadini Onlus - Progetto EFRAIM e Codroi/Po_lis del “Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati”.
- Caritas Diocesana di Udine.

Partecipanti

Attraverso la rete dei Servizi coinvolti, sono stati individuati 40 partecipanti. Ogni partecipante è stato individuato e contattato attraverso la rete dei Servizi.

I criteri di inclusione per il campione erano:

- status di rifugiato, richiedente asilo o titolare di protezione umanitaria;
- età compresa tra i 18 e i 50 anni;
- periodo di permanenza in Italia dal 1996;
- persone residenti o presenti nel territorio del Comune di Udine e provincia.

Tabella 2 Caratteristiche socio-demografiche del campione

Variabile	<i>n</i> = 40	
Età in anni <i>M (DS)</i>	30.42 (6.14)	
Sesso: <i>n (%)</i>		
Maschile	32	(80%)
Femminile	8	(20%)
Stato civile: <i>n (%)</i>		
Celibe/nubile	21	(53%)
Divorziato/a	0	(0%)
Vedovo/a	0	(0%)
Sposato/a	19	(48%)
Non sposato ma compagno stabile	0	(0%)
Anni di educazione <i>M (DS)</i>	11.85 (3.83)	
Occupazione: <i>n (%)</i>		
Nessuna	24	(60%)
Varie	16	(40%)
Status di immigrazione: <i>n (%)</i>		
Richiedente asilo	12	(30%)
Protezione umanitaria	10	(25%)
Rifugiato	17	(43%)
Turista	0	(0%)
Illegale	0	(0%)
Cittadino italiano	0	(0%)
Altro	1	(3%)
Separato dalla famiglia: <i>n (%)</i>		
Volontariamente	2	(5%)
Obbligato/a	38	(95%)
Mesi dalla fuga <i>M (DS)</i>	42.8 (46.16)	
Parenti uccisi: <i>n (%)</i>		
Sì	12	(30%)
No	28	(70%)

I partecipanti all'indagine provengono da diversi Paesi, la grande maggioranza dal Camerun (38%), a seguire Togo (13%), Sudan-Darfur (10%), Bosnia (8%), Liberia e Costa d'Avorio (5%) e altri come Etiopia, Sierra Leone, Guinea, Congo-Repubblica Democratica, Turchia e Irak.

Procedure

L'indagine è stata condotta nel territorio del Comune di Udine, tra marzo e ottobre 2006.

Ogni partecipante è stato intervistato individualmente: l'intervista ha avuto durata di due ore senza interprete, e di circa tre ore con l'interprete. I traduttori che hanno partecipato all'indagine sono stati istruiti sui contenuti dell'intervista e sulle procedure prima di ogni colloquio.

L'inizio di ciascuna intervista prevedeva i seguenti elementi:

1. Presentazione e introduzione: informazioni sull'indagine, sullo scopo dell'intervista e sulle procedure.
2. Consenso informato: il partecipante che decide di prendere parte all'indagine firma il modulo del consenso informato, del quale resta una copia a ciascun intervistato e una copia all'intervistatore.
3. Segreto professionale: tutti i contenuti trattati e le informazioni rivelate dal partecipante vengono trattate con assoluta discrezione e in nessun caso rivelate a terzi senza il consenso dell'intervistato. Intervistatore e interprete, quando presente, firmano il modulo per il segreto di fronte al partecipante.

Alla fine è stata fatta una breve sessione di psicoeducazione sui problemi o sintomi riscontrati, soprattutto in seguito a diagnosi di PTSD o depressione. In tal caso il partecipante veniva invitato a rivolgersi ai servizi presenti nel territorio, se non già seguito dagli stessi.

Strumenti

L'intervista clinico-diagnostica è stata condotta in maniera strutturata con l'utilizzo dei seguenti strumenti standardizzati:

- Scheda socio-demografica
- Informazioni cliniche (uso di farmaci, abuso di sostanze, malattie psichiche)

- Storia della persecuzione e della fuga, arrivo in Italia e richiesta di Asilo
- Sezione C della **C.I.D.I. – Composite International Diagnostic Interview** su sintomi fisici e neurologici
(OMS, (1997), *Composite International Diagnostic Interview – Versione Ridotta 2.1, Edizione Italiana a cura di G. Tacchini e J. Sironi, da <http://www3.who.int/cidi/downloadCIDI.htm>*)
- **vivo Checklist of Organized Violence** - questionario/lista dettagliata di eventi stressanti legati all'arresto, alla tortura e alla guerra
(*Vivo Checklist of Organized Violence, Unpublished Manuscript, University of Konstanz, Germany*)
- **PDS – Posttraumatic Stress Diagnostic Scale** – questionario standardizzato per la diagnosi di PTSD secondo il DSM-IV
(Foa. E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual. United States of America: National Computer Systems, Inc.*)
- Estratto del **M.I.N.I. – Mini-International Neuropsychiatric Interview** per le diagnosi di Depressione e di Ideazione Suicidaria
(Sheedan D. V., Lecubrier Y., (1998), *Mini International Neuropsychiatric Interview - Versione Italiana 5.0, Traduzione italiana a cura di Conti L., Rossi A., Donda P., Università degli Studi di Pisa, in Conti, L., (1999), Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria, Società Editrice Europea, Firenze*)
- Alcune domande sulla terapia per valutare se l'intervistato è/è stato in trattamento psicoterapeutico o se sarebbe interessato per il futuro.

Analisi statistiche

Le analisi statistiche vengono fatte con *JMP IN – Versione 5.1⁴* e *Statistica -Versione 6.1⁵*.

RISULTATI PRINCIPALI

Caratteristiche cliniche

La sezione C della CIDI ha evidenziato la presenza di sintomi di somatizzazione nel campione esaminato: gli intervistati lamentano da uno ad un massimo di 18 sintomi al momento dell'intervista. Solo il 15% del totale non riporta nessun sintomo di somatizzazione.

I più frequenti sintomi di somatizzazione riscontrati sono mal di testa (77,5%), vista appannata (32,5%), debolezza (30%), difficoltà a mantenere l'equilibrio e cecità per alcuni secondi (25%).

Esperienze di tortura e di guerra

Il 77.5% del campione ha subito almeno un tipo di tortura. Il 65% è stato arrestato o imprigionato, per motivi politici, religiosi o culturali. In media queste persone hanno

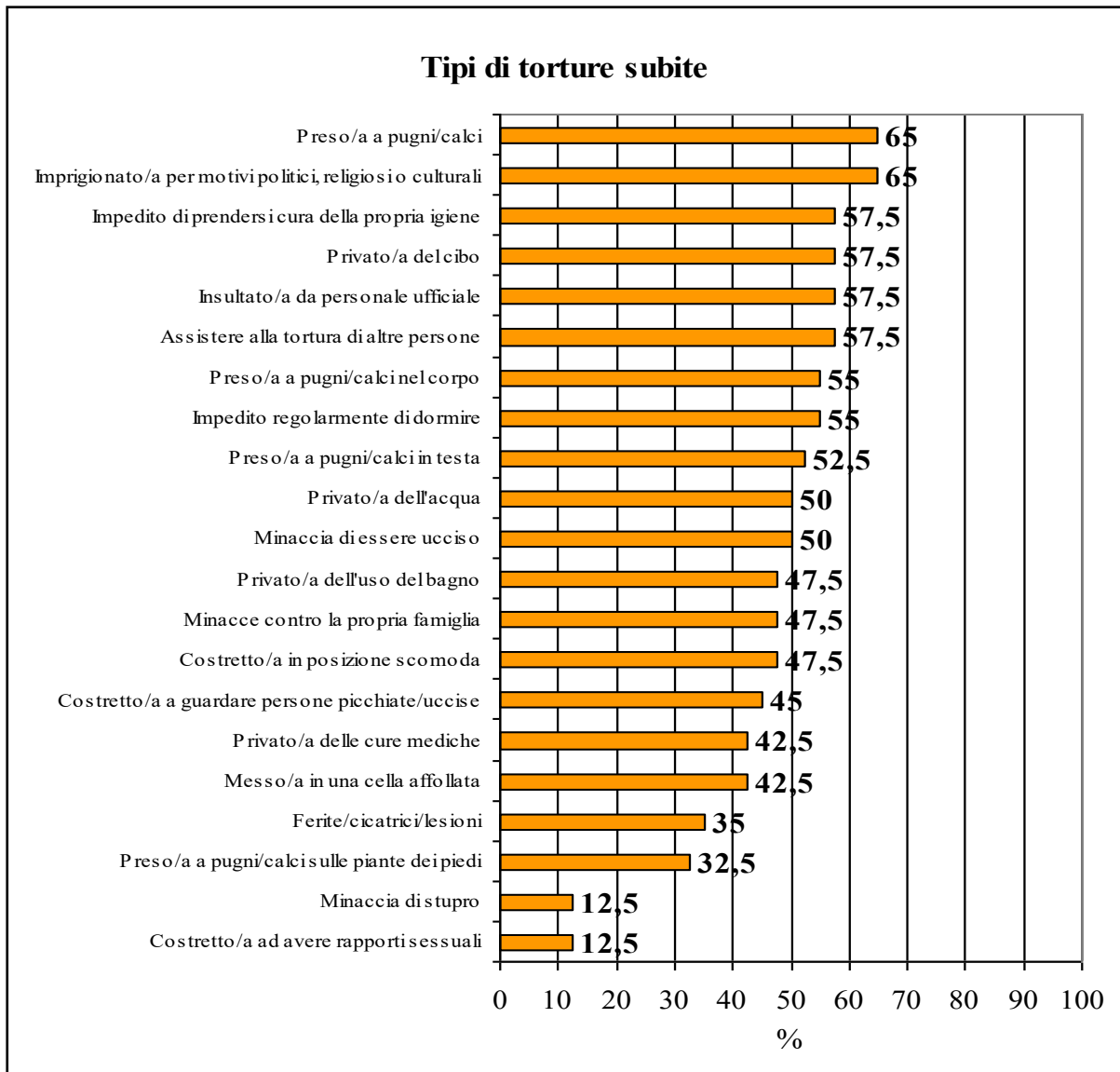
⁴ Statistical Discovery, from SAS, Campus Drive, Building S., Cary, NC, 27513, SAS Institute, USA.

⁵ StatSoft Italia srl (2002). STATISTICA (sistema software di analisi dei dati), versione 6. www.statsoft.it

trascorso in prigione 147.7 giorni (ES=40.65), in un range che va da 5 a 970 giorni massimo.

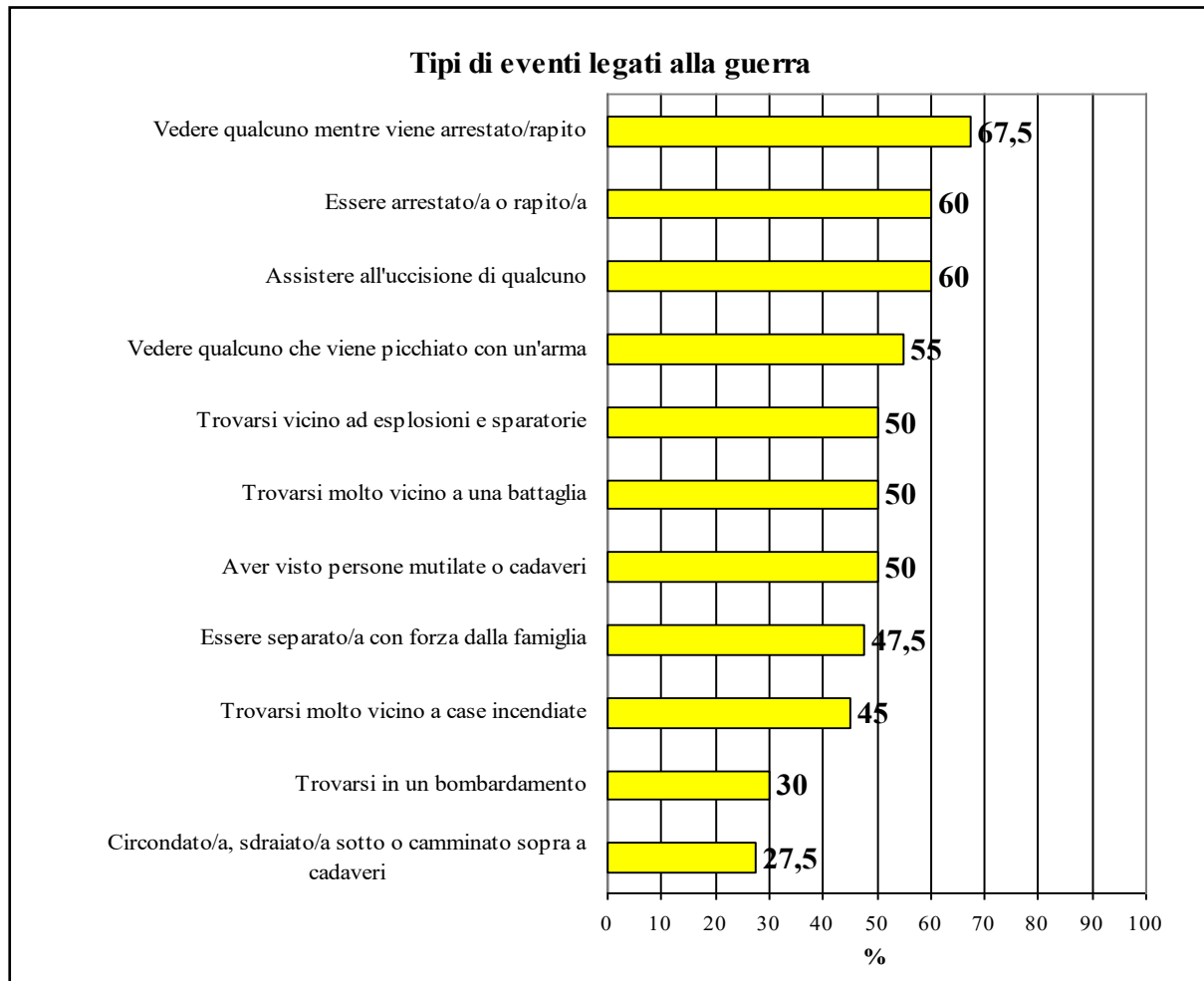
Il numero di eventi di tortura subiti dagli intervistati è in media 13.85 (ES=1.68) in un intervallo da 0 a 31. La tabella 3 riassume l'incidenza dei tipi di tortura più frequenti.

Tabella 3 Esperienze di tortura maggiormente riportate



La quasi totalità dei partecipanti (90%) ha subito eventi legati alla guerra (tabella 4):

Tabella 4 Esperienze di guerra maggiormente riportate



PTSD

Dalla somministrazione del PDS-questionario standardizzato per diagnosi di PTSD, hanno soddisfatto i criteri del DSM-IV per la diagnosi del disturbo la metà dei rifugiati e richiedenti asilo intervistati (50%): di questi venti, 14 sono maschi e 6 femmine.

Sintomi di PTSD sono stati riscontrati anche negli intervistati senza la diagnosi del disturbo. Il *numero di sintomi* previsti dal questionario di Foa relativi ai criteri B (intrusione), C (evitamento), D (iperattivazione) e F (menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo ecc.) differisce nei due gruppi di soggetti.

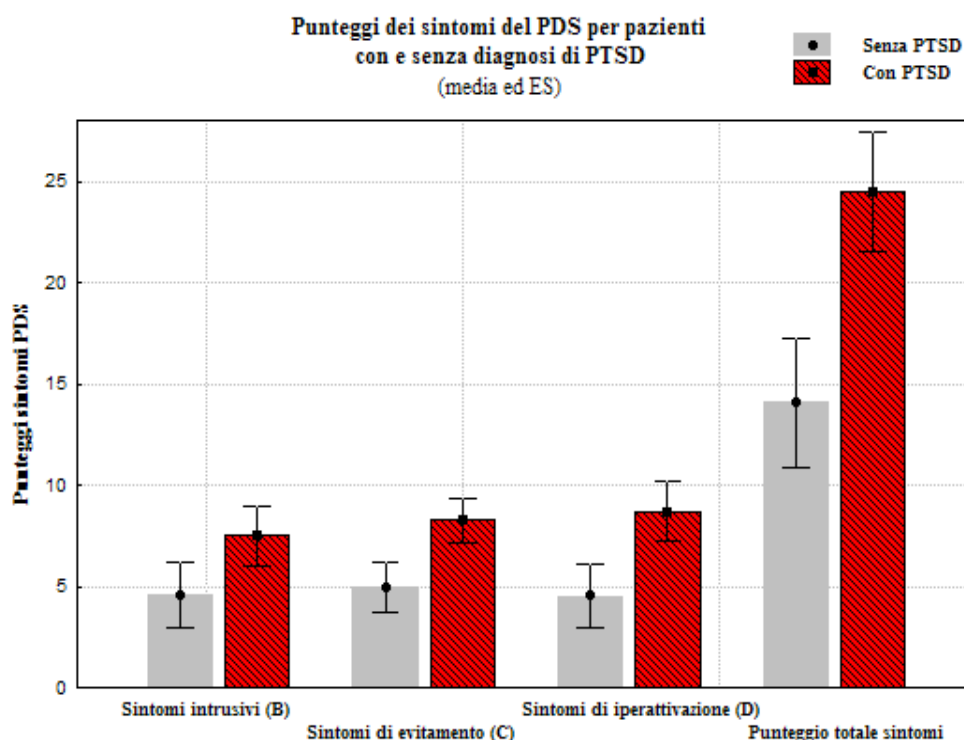
Le analisi statistiche sulla significatività delle differenze nel numero di sintomi riportati dai due gruppi di intervistati hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i soggetti con e senza PTSD nel numero di sintomi di evitamento ($t = -3.81$; $p < .001$), di iperattivazione ($t = -3.14$; $p < .01$) e di diminuito funzionamento sociale e lavorativo ($t = -7.73$; $p < .001$). Non sono invece state riscontrate differenze statisticamente significative

per i sintomi intrusivi. Questo è spiegabile dal fatto che anche persone senza il PTSD ma che hanno subito un trauma (es. un incidente) possono comunque avere sintomi intrusivi, come ricordi o flashback dell'evento traumatico.

Passando ai *punteggi dei sintomi* ottenuti nel PDS, suddivisi nei tre gruppi di intrusioni, evitamento e iperattivazione, si sono confrontati i punteggi tra gli intervistati con e senza Disturbo Postraumatico da Stress. I punteggi massimi dei sintomi per i tre gruppi sono rispettivamente 15 (criterio B), 21 (criterio C) e 15 (criterio D). La tabella 5 mostra i punteggi medi dei tre gruppi di sintomi e del punteggio totale.

Per quanto riguarda il punteggio dei sintomi previsti dal PDS, ci sono differenze statisticamente significative tra i soggetti con e senza PTSD. Sono risultate statisticamente significative le differenze relative al punteggio B ($t = -2.79$; $p < .01$), al punteggio C ($t = -3.96$; $p < .001$), al punteggio D ($t = -3.82$; $p < .001$) e al punteggio sintomi totale ($t = -4.84$; $p < .001$).

Tabella 5 Punteggio dei sintomi di PTSD



I dati sono stati analizzati secondo i livelli di severità del disturbo previsti dal PDS di Foa, dove il punteggio di *severità di PTSD* oscilla da 0 a 51 e i relativi cut-off sono:

≤ 10 *lieve*

≥ 11 e ≤ 20 *moderato*

≥ 21 e ≤ 35 *moderato-grave*

≥ 36 *grave*

Il punteggio totale di tutti i sintomi di PTSD nei soggetti con diagnosi, ha una media di 24.45 (ES=1.43). Questo valore rientra nel livello di severità *moderato-grave* (da 21 a 35). I venti intervistati diagnosticati con PTSD si distribuiscono nei quattro livelli di severità del disturbo in questo modo:

Severità del PTSD	<i>n</i>	%
≤ 10 <i>lieve</i>	0	0
≥ 11 e ≤ 20 <i>moderato</i>	5	25
≥ 21 e ≤ 35 <i>moderato-grave</i>	15	75
≥ 36 <i>grave</i>	0	0

Depressione Maggiore e Tendenze Suicidali

La somministrazione del MINI – Modulo A ha diagnosticato la metà degli intervistati con Episodio Depressivo Maggiore Attuale (50%), quindi con la presenza di almeno 5 sintomi. Di queste persone, un soggetto ha riportato anche la diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore Ricorrente.

Il Modulo C del MINI fa emergere la presenza di pensieri, desideri e tentativi di suicidio nel 12.5% dei casi, ovvero in cinque intervistati. Un soggetto presenta un rischio attuale di suicidio di livello *moderato*, mentre tutti gli altri di livello *basso*. La media dei punteggi di suicidalità in questi soggetti, pari a 4 (DS=2.12; Min=1 Max=7), rientra nel livello *basso* di rischio di suicidio.

FATTORI ASSOCIATI AL PTSD

Predittori di PTSD

Per stabilire fattori associati al PTSD si è calcolata una regressione lineare sul punteggio di sintomi del disturbo.

<i>n</i> =37	Standard Beta	Err. Std. Di Beta	p
Età	.05	.13	.66
Sesso (femminile)	.61	.14	< .001
Numero di arresti	-.18	.15	.25
Numero eventi di tortura	.53	.14	< .01
Numero eventi di guerra	.48	.14	< .01

Nota. Validità del modello R² aggiust.= .41; F(5,31) = 6.02; p< .001

E' emerso che i fattori maggiormente associati alla severità dei sintomi di PTSD sono sesso femminile e la quantità dei tipi di eventi traumatici di tortura e di guerra, separati, subiti in passato. I numeri di eventi di tortura e di guerra vissuti dagli intervistati sono quindi due predittori importanti di PTSD.

E' stato valutato l'effetto della tortura, presa singolarmente, nei soggetti diagnosticati con e senza PTSD e, in riferimento al numero di eventi di tortura subiti in media, la differenza tra i due gruppi risulta statisticamente significativa. Gli intervistati che presentano il PTSD hanno subito nel passato un numero significativamente superiore di torture rispetto agli altri ($t = -2.24$; $p < .05$): le medie nei due gruppi sono rispettivamente 17.45 (DS=10.43) e 10.25 (DS=9.79).

Livello di somatizzazione

Tra i rifugiati con e senza PTSD c'è una differenza significativa nel numero dei sintomi somatici riportati. I venti intervistati diagnosticati con Disturbo Postraumatico da Stress hanno una media di 6 sintomi di somatizzazione, che differisce in modo significativo dalla media di 1.95 dell'altro gruppo di intervistati ($t = -3.01$; $p < .01$).

Conseguenze del PTSD sul bisogno di terapia

La tabella seguente mostra come il PTSD abbia influenzato il bisogno di terapia manifestato dagli intervistati: la differenza tra soggetti con e senza il disturbo risulta statisticamente significativa.

Tabella 6 Bisogno di terapia in soggetti con e senza diagnosi di PTSD

	Non interessati ad una terapia	Interessati ad una terapia	Totali
Senza PTSD	17	1	18
Con PTSD	5	12	17
Totali	22	13	<i>n</i> =35

Nota. Chi-quadro Pearson=15.83; $p < .001$

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esposizione al trauma si conferma un predittore di problemi di salute mentale a lungo termine in questi gruppi come documentato da molti studi epidemiologici svolti in diversi Paesi (Chung, 1993; Cheung, 1994; Mollica et al., 1998, 1999; Silove, 1999;

Peltzer, 1999; Gäbel et al., 2005; Neuner et al., 2004). Gli intervistati, anche quelli che non hanno sviluppato un PTSD, hanno riportato un'ampia esposizione al trauma poichè hanno subito o assistito ad eventi estremamente stressanti come esperienze di tortura, uccisioni di familiari, stupro, prigionia, violenza fisica e molti altri.

L'indagine conferma l'alta incidenza di sintomi post-traumatici, PTSD in particolare, in rifugiati e richiedenti asilo così come riscontrato nella letteratura (de Jong et al., 2001; Mollica et al., 1993; Hollifield et al., 2002; Gäbel et al., 2005). La diagnosi di PTSD secondo i criteri del DSM-IV soddisfatta nel 50% del campione ribadisce che l'esposizione al trauma ha conseguenze a lungo termine sulla salute mentale dei rifugiati ed è un predittore di problemi di salute mentale in questa popolazione (Chung, 1993; Cheung, 1994; Mollica et al., 1998, 1999; Silove, 1999). Infatti, i tre fattori maggiormente associati al PTSD in questa indagine sono, oltre al *sexo femminile*, la *quantità di eventi legati alla tortura e di eventi legati alla guerra* subiti in passato.

La letteratura riporta gli effetti psicologici a lungo termine della tortura (Basoglu et al., 1994; Mollica, 2004). Nel campione esaminato i soggetti diagnosticati con PTSD hanno subito in passato un numero maggiore di torture rispetto agli altri. La percentuale di vittime di tortura tra gli intervistati è molto alta: 31 persone su 40, pari al 77.5%. La correlazione tra il numero di eventi di tortura subiti e il punteggio dei sintomi di PTSD è positiva ($r = .46$; $p < .05$) e indica che la quantità di tipi di torture subite incide sulla gravità del PTSD. Gli intervistati vittime di torture ripetute, soprattutto quelli che sono stati imprigionati per motivi politici nei propri Paesi o che sono stati catturati dai ribelli, hanno riferito durante le interviste la grande difficoltà di provare le torture subite alle autorità italiane, nel corso della procedura per il diritto di asilo, a causa della mancanza di ferite fisiche durature.

La gravità dei sintomi di PTSD è significativamente associata al numero dei diversi tipi di esperienze traumatiche. La correlazione positiva riscontrata tra il numero totale di eventi di tortura e guerra vissuti e il livello di severità dei sintomi di PTSD ($r = .35$; $p < .05$) dà conferma alla relazione "*dose-effect*" tra l'esposizione al trauma e il PTSD riscontrata dal team di *vivo International* (Neuner et al., 2004). Nel campione esaminato si riscontra il "*building block effect*" per cui l'esposizione al trauma e alla violenza risulta cumulativa e, superato un certo livello di trauma, contribuisce allo sviluppo del PTSD nel tempo (Schauer et al., 2003).

Questi i principali risultati emersi dall'indagine. La presente ricerca sta proseguendo nel Nord Italia grazie ai finanziamenti del *Fondo Europeo per i Rifugiati (ERF – European Refugee Fund)*, all'interno dei progetti "Multi-Centre NETwork capacity building & Multi-Centre NETwork Strengthening", attraverso l'ampliamento della rete di Servizi, Centri e Istituzioni coinvolte nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Veneto.

Considerando il fatto che questi risultati sono emersi da un campione non selezionato di richiedenti asilo e rifugiati, il livello di violenza subita e il livello di disordini mentali sono davvero preoccupanti. Questo dovrebbe essere preso in considerazione all'interno delle politiche sull'Asilo in Italia, con particolare attenzione ai richiedenti asilo traumatizzati: il PTSD, in quanto disturbo clinico grave, può compromettere in modo rilevante la capacità dei rifugiati di inserirsi nel territorio che sta offrendo loro protezione. Dare loro la possibilità di inserirsi in un nuovo Paese significa anche garantire che essi stessi possano funzionare in modo appropriato nei vari ambiti di vita quotidiana (lavoro, scuola, relazioni sociali, ecc.). Il rifugiato traumatizzato, se non supportato nello specifico dal punto di vista della salute mentale, resterà intrappolato nei traumi passati senza riuscire a vivere il suo presente: questo è dannoso e pericoloso per la persona stessa, ma anche per il Paese che ne garantisce il diritto di Asilo.

Dal punto di vista della ricerca si auspica una maggiore attenzione per la condizione particolare di questo gruppo di persone presenti nel nostro Paese, con la programmazione di interventi specifici per loro nell'ambito della Psicotraumatologia, e con un sempre maggiore coinvolgimento dei mediatori culturali che nel rapporto con i rifugiati rivestono un ruolo fondamentale e insostituibile.

La presente indagine si augura di essere un primo importante passo verso una crescente consapevolezza nel territorio italiano dell'esigenza di ricerca in questo campo, per contribuire a migliorare la salute mentale di chi convive ogni giorno con la propria *'ferita dell'anima'*.

Si ringraziano:

- FER (Fondo Europeo per i Rifugiati – European Refugee Fund) che ha finanziato il progetto di ricerca, e continua a farlo tuttora.

- Tutti i Servizi del Comune di Udine e provincia che hanno reso possibile questa indagine, in particolare:

- Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali, Educative e Culturali – Centro Servizi per Stranieri.
- Associazione Centro di Accoglienza Ernesto Balducci Onlus.
- CIR – Consiglio Italiano Rifugiati Onlus.

- Associazione Nuovi Cittadini Onlus - Progetto EFRAIM e Codroi/Po_lis del “Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati”.

- Caritas Diocesana di Udine.

- Università di Costanza - (Department of Clinical Psychology and Behavioural Neuroscience, University of Konstanz, Germany)⁶

- Fondazione Onlus *vivo International*⁷

⁶ Psychotrauma Research and Outpatient Clinic for Refugees - <http://www.clinical-psychology.uni-konstanz.de/?cont=general&subcont=refugees&lang=en>

⁷ *vivo* International Onlus – www.vivo.org