

L'impatto di bisogni nuovi su Servizi obsoleti. Verso un modello organizzativo «user centered»

I Servizi di Salute Mentale e la sfida della multiculturalità nel lavoro con le persone in movimento
Antonella Mastrocola



An abstract graphic on the left side of the slide. It features a light gray grid with various colored squares (black, blue, purple, red, green, pink, yellow) scattered across it. Some squares are solid, while others are outlined. The squares are arranged in a way that suggests a network or a data visualization. The overall style is modern and minimalist.

Agenda

- Considerazioni di contesto
- I Servizi di Salute Mentale oggi: multiculturalità e variabilità dei quadri clinici correlati a vulnerabilità sociali e relazionali
- Il ruolo della cultura nella manifestazione psicopatologica
- Inquadramento diagnostico
- I determinanti sociali di salute: l'importanza di certezze giuridiche, casa, lavoro, famiglia
- Strumenti
- La nostra esperienza

Il contesto entro cui lavorano oggi i Servizi di Salute Mentale

- Da tempo i sistemi di salute mentale sono sollecitati dalla crescente complessità delle società umane e il loro funzionamento routinario è fortemente disturbato
- A contribuire a questa complessità è la presenza nei nostri territori e quindi nei nostri Servizi di persone provenienti da altri Paesi e culture, in fuga da guerre, persecuzioni o disastri ambientali, presenza che non è più un fenomeno emergenziale, ma strutturale

- Nella storia dell'umanità lo stile di vita stanziale è da considerarsi l'eccezione piuttosto che la regola dato che la specie *homo sapiens sapiens* è stata nel corso dei circa 130.000 anni della sua storia soprattutto nomade



- Le migrazioni, forzate o meno, sono sempre e comunque traumatiche. Esse producono una discontinuità strutturale profonda nella psicologia individuale e collettiva delle società attraversate dalle migrazioni. Queste lacerazioni interessano chi parte, resta o nasce all'interno di questi contesti. Il sapere clinico deve rintracciare il nucleo traumatico nei singoli casi e rivalutarne l'azione psicopatogena sulle società adottive e d'origine.
- Il trauma va puntualmente dimostrato e trattato, ispirando politiche di salute mentale finalizzate a prevenirlo e ripararlo. Lo sradicamento geografico viene complicato dagli atti violenti più diversi inflitti attraverso maltrattamenti crudeli e degradanti subiti nelle varie fasi del percorso migratorio, ma anche negli ambienti istituzionali (prigioni, ospedali, tribunali, scuole).
- Il trapianto di migranti nel territorio di accoglienza quindi riguarda una popolazione a rischio (vulnerabile) e meritevole di cure
- Il potenziamento dell'attitudine all'accoglienza psicologica rappresenta il primo dovere delle società ospitanti che intendono sanare la ferita storica soggiacente il salto migratorio

- Nel corso degli ultimi anni abbiamo osservato un cambiamento sia di tipo socio-demografico sia legato al percorso migratorio dei nuovi arrivati
- Si è passati da una migrazione ordinaria di tipo economico ad un'altra essenzialmente di profughi che presentano percorsi migratori prolungati e spesso estremamente duri
- Se consideriamo la Salute Mentale abbiamo osservato nell'ambito della popolazione dei migranti forzati un maggior tasso di ricoveri ospedalieri rispetto alla popolazione migrante in generale e rispetto al passato



Eventi potenzialmente traumatici

- Eventi che la persona subisce direttamente o di cui è testimone o di cui viene a conoscenza se riguarda persone della sua stretta cerchia, caratterizzati da morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale (American Psychiatric Association, 2013)
- Questa definizione copre un ampio spettro di eventi
 - Catastrofi naturali
 - Incidenti
 - Episodi avvenuti in guerra
 - Aggressioni
 - Violenza pubblica o privata
- La migrazione può essere un'esperienza ritraumatizzante

Traumi estremi

- L'esposizione di violenza subita che ha spinto la persona ad una migrazione forzata è spesso di tipo intenzionale
- Qualcuno ha perpetrato atti brutali volti a infliggere dolore e/o morte per scopi definiti, verso qualcun altro, in modo volontario e consapevole
- Violenze interpersonali praticate volontariamente da una persona o da un gruppo in una situazione di privazione della libertà



Trattamenti inumani e degradanti

- Violenze intenzionali che minano profondamente la dignità della persona (riduzione in schiavitù e tratta)
- Eventi spesso occorsi prima della partenza (push factor) o durante il passaggio nei Paesi di transito
 - Violenza dei trafficanti
 - Sequestri
 - Detenzioni
 - Stupri

- E' come se in questa popolazione vi fosse una maggiore vulnerabilità
- Eventi concomitanti
 - Disgregazione dello stato Libico
 - Caos socio-politico che ha portato ad un aumento delle partenze anche di persone che non avevano preventivato di venire in Europa
 - Aumento delle gravi esperienze traumatiche in quel paese quali
 - Incarcerazioni
 - Percosse
 - Lavoro forzato
 - Malnutrizione e disidratazione
 - Abusi e violenze fisiche e sessuali
 - Torture





- Secondo la Convenzione contro la Tortura delle Nazioni Unite (1984), e come riportato nella traduzione italiana del Protocollo di Istanbul che in origine risale al 1999, per tortura si intende “qualunque atto che per mezzo di gravi dolori o sofferenze, o fisiche o mentali, sia intenzionalmente inflitto ad una persona”

Immigrazioni, numeri alla mano: ecco le cifre che riguardano i migranti approdati



25.670

- Sono le persone migranti arrivate sulle coste italiane dal 1 gennaio al 30 giugno 2024. Si tratta dei numeri relativi esclusivamente alla rotta del Mediterraneo, e non agli arrivi della cosiddetta “rotta balcanica”, su cui le autorità non rilasciano dati. Gli ingressi del primo semestre di quest’anno sono in numero sensibilmente inferiore rispetto allo stesso periodo del 2023, ma siamo di fronte a cifre simili al 2021 e 2022

1.056

- Sono le persone migranti morte o disperse da gennaio a maggio 2024, secondo Missing Migrants Project, un progetto di monitoraggio dell’organizzazione internazionale per le migrazioni dell’Onu. Si tratta di cifre al ribasso, perché nei dati vengono registrati i naufragi tracciati, ma non tutti. Dal 2014 sono quasi 30mila i migranti morti o dispersi nella rotta del Mediterraneo centrale, una delle più pericolose al mondo.

A photograph showing a group of people, likely migrants, at night. They are gathered around a makeshift shelter or tent. In the foreground, there is a dense barrier of barbed wire. The scene is dimly lit, with some lights visible in the background.

Torture contro migranti e rifugiati: confermate migliaia di testimonianze e le nostre denunce

il Comitato europeo per la prevenzione della tortura (Cpt) del Consiglio d'Europa ha dichiarato che le autorità europee hanno fatto ricorso a pratiche qualificate come tortura nei confronti di migranti e rifugiati che tentavano di attraversare le frontiere.

- Nel rapporto si parla di un diffuso ricorso alla violenza, alle intimidazioni e alla detenzione per lunghi periodi di tempo e si identifica un “chiaro schema di maltrattamenti fisici” durante le operazioni di respingimento, insieme al costante diniego delle garanzie basilari e del diritto d'accesso all'asilo.
- “Questo sconvolgente rapporto si aggiunge al sempre più grande cumulo di prove di gravi e sistematiche violazioni dei diritti umani perpetrate dalle autorità europee alle loro frontiere”, ha dichiarato Eva Geddie, direttrice dell'Ufficio europeo di Amnesty International.

- **Il rapporto** del Cpt identifica una tendenza generale alle frontiere europee, senza fare cenno a specifici stati. **Cita casi in cui agenti di polizia, guardie di frontiera e altri funzionari hanno preso persone a manganellate**, hanno esploso colpi di pistola sopra le loro teste, le hanno spinte – spesso ammanettate – nei fiumi, le hanno costrette a camminare a piedi nudi e in mutande e, in alcuni casi, ad attraversare le frontiere completamente nude e le hanno minacciate o aggredite con cani privi di museruola.

- **Queste prassi brutali e illegali**, spesso eseguite nel contesto di ritorni illegali o di respingimenti, **sono usate dalle autorità per impedire alle persone in cerca di protezione di raggiungere i loro confini**. Le conclusioni del Cpt circa la loro natura sistemica sono corroborate dalle ricerche svolte da Amnesty International lungo le frontiere europee, tra cui quelle recenti in Spagna, Croazia, Polonia, Lituania e Lettonia.



“Jamal,” a 21-year-old refugee present during the deadly shooting in February 2021 in the Abu Salim DCIM centre, described the aftermath to Amnesty International:

- “There was blood of the [dead and injured] people on the walls and the floor ... [but] it was as if nothing ever happened. They beat you and leave, and no one asks. **Death in Libya, it’s normal: no one will look for you, and no one will find you.**”



‘NO ONE WILL LOOK FOR YOU’

- Si afferma spesso che eventi traumatici estremi, come la tortura e la violenza intenzionale, portino a una drammatica frammentazione delle funzioni psichiche di coloro che le subiscono. Allo stesso modo, il percorso di cura può essere visto, in metafora e nei fatti, come un processo di ricomposizione dei frammenti della mente e del corpo dei sopravvissuti, un po' come l'antica arte giapponese del kintsugi, capace di rendere preziose le fratture.

FRAMMENTI

Migrazioni, trauma e salute mentale: una risposta possibile



Roma, 26 giugno – Oggi, Giornata Internazionale per le Vittime di Tortura, **Medici per i Diritti Umani (Medu)** pubblica il webreport **Frammenti**. Si afferma spesso che eventi traumatici estremi, come la tortura e la violenza intenzionale, portino a una

Rischio di sviluppare un Disturbo Psichiatrico

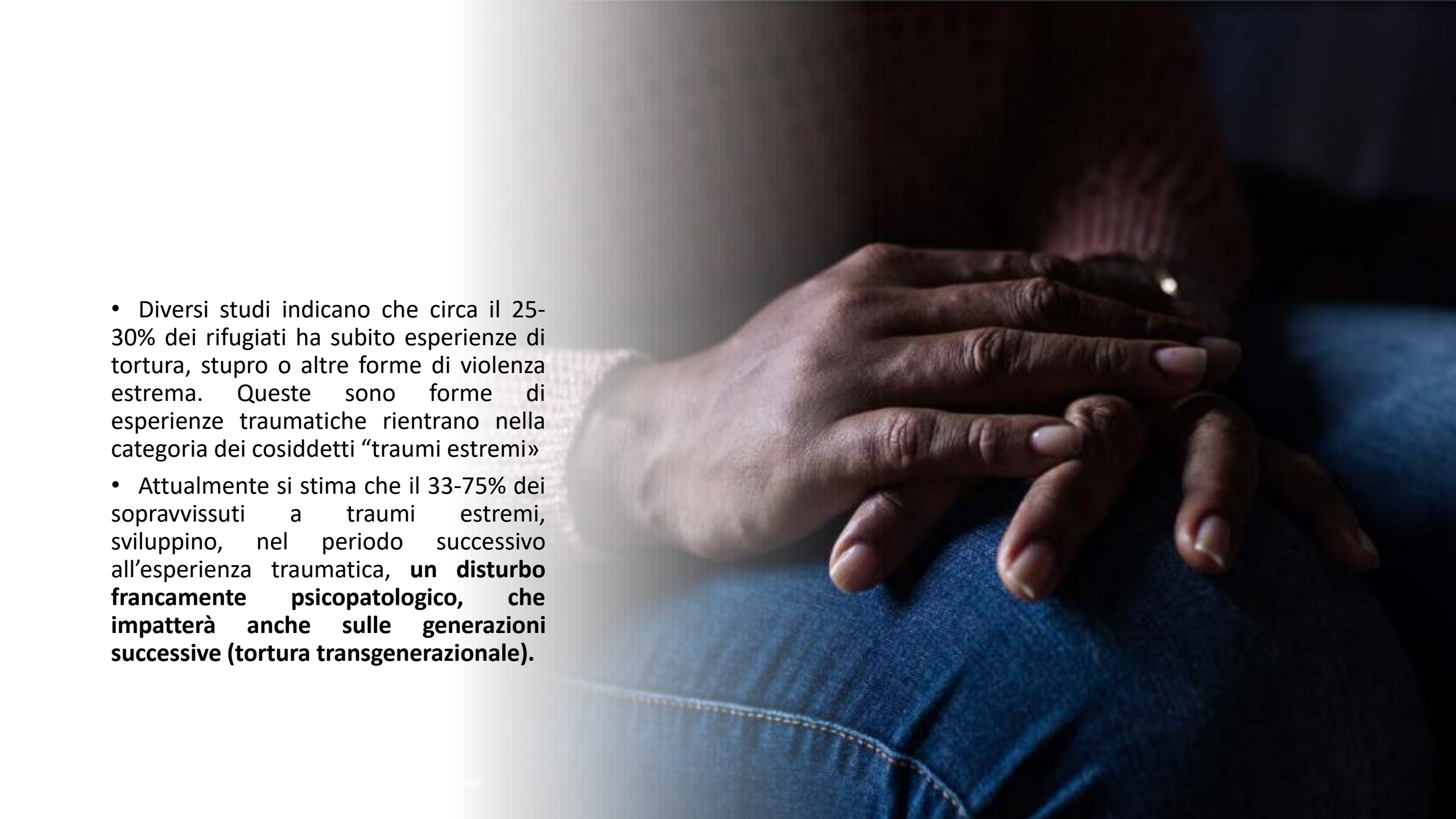
- Circa il 25-30 % dei rifugiati hanno subito un'esperienza di tortura, sequestro o altre esperienze traumatiche
- Circa il 33-75% delle persone sopravvissute ad un trauma sviluppa un disturbo psichiatrico



(Linee Guida del Ministero della Salute, Marzo 2017)

Vulnerabilità non come evento determinante

- L'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995)
- Le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni e non coprono mai il 100% delle vittime di violenza intenzionale.
- Anche nel caso della tortura (in sé evento maggiormente determinante per una patologia post-traumatica) il risultato psicologico non è uguale per tutti (Schubert, Punamäki 2016) e le stime di prevalenza di patologie post-traumatiche si aggirano tra il 31% (Steel et al. 2007) e il 45% (Johnson & Thompson 2007) delle vittime di tortura.
- **Fondamentale è l'individuazione precoce ai fini sanitari, che deve essere non solo tempestiva ma anche selettiva, e non può basarsi solo sulle narrazioni delle violenze subite**

- 
- Diversi studi indicano che circa il 25-30% dei rifugiati ha subito esperienze di tortura, stupro o altre forme di violenza estrema. Queste sono forme di esperienze traumatiche rientrano nella categoria dei cosiddetti “traumi estremi»
 - Attualmente si stima che il 33-75% dei sopravvissuti a traumi estremi, sviluppino, nel periodo successivo all’esperienza traumatica, **un disturbo francamente psicopatologico, che impatterà anche sulle generazioni successive (tortura transgenerazionale).**



- i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria non rappresentano un gruppo omogeneo, essendo portatori di differenti esperienze e aspettative di salute e di assistenza
- Le loro problematiche di salute dipendono, oltre che da eventi traumatici, dalla caratterizzazione epidemiologica di malattie presenti nel paese di provenienza e dalla esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio e post migratorio, quest'ultimo modulato dalle complessive capacità di accoglienza e tutela dei paesi di arrivo

- I RTP che giungono nel nostro paese sono spesso caratterizzati dal cosiddetto “effetto migrante esausto”: a causa di traumi multipli subiti, le persone possono presentare un elevato grado di sofferenza fisica e psichica.
- Alcuni problemi di salute, in particolare le malattie parassitarie e nutrizionali, sono determinate dal Paese di provenienza o dalle condizioni di viaggio e possono variare tra i diversi gruppi di RTP.
- Lo stress reattivo alle violenze subite può determinare nelle vittime anche una serie di reazioni psico-neuro-endocrino-immunologiche provocando un aumento della suscettibilità alle infezioni e alle malattie croniche
- **Talvolta i segni e i sintomi dipendenti dalle violenze intenzionali possono evidenziarsi anche a notevole distanza di tempo dal trauma ed inoltre occorre considerare l'effetto transgenerazionale del trauma.**





Ministero della Salute

**LINEE GUIDA RELATIVE AGLI
INTERVENTI DI ASSISTENZA
E RIABILITAZIONE, NONCHÉ
PER IL TRATTAMENTO
DEI DISTURBI PSICHICI DEI
RIFUGIATI E DELLE PERSONE
CHE HANNO SUBITO TORTURE,
STUPRI O ALTRE FORME GRAVI
DI VIOLENZA PSICOLOGICA,
FISICA O SESSUALE**

Adottate con DM 3 aprile 2017
pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 95
del 24-4-2017

”Risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l’individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un’alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme.” (Linee Guida Ministero della Salute, 2017)

- L'ampia variabilità riscontrata è in gran parte dovuta, non tanto a caratteristiche intrinseche della popolazione studiata, quanto a differenze sostanziali nel percorso di vita post-migratorio
- la prevalenza di PTSD e le difficoltà di funzionamento psicosociale sono minime nei rifugiati e richiedenti asilo che ricevono buoni percorsi di accoglienza e permessi di soggiorno senza scadenze temporali, rispetto a coloro che hanno visti temporanei e maggior rischio di espulsione
- Le percentuali più elevate di PTSD si riscontrano in coloro che nel paese ospite subiscono detenzioni e/o vengono rinchiusi in centri di espulsione. Ciò suggerisce ancora una volta l'importanza, per la psicotraumatologia, di percorsi di accoglienza che evitino la ritraumatizzazione secondaria

TAVOLA 12.1 - FATTORI CHE INFLUENZANO IL BENESSERE E LA SALUTE MENTALE DEI RIFUGIATI

Fattori pre-migratori	<p>Eventi potenzialmente traumatici nel Paese d'origine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma singolo o multiplo • Evento episodico o situazione persistente <p>Condizioni di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condizioni socioeconomiche • Situazione familiare • Situazione del gruppo d'appartenenza (etnico, religioso, ecc.) <p>Storia personale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fattori di vulnerabilità • Fattori protettivi (resilienza)
Fattori migratori	<p>Viaggio diretto verso il Paese di destinazione vs soste in territori di transito</p> <p><i>Nel caso di transito attraverso altri territori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campi profughi (nel Paese d'origine o in quelli di transito) • Soggiorni nei Paesi di transito <ul style="list-style-type: none"> - Clandestinità o soggiorno autorizzato - Situazione economica, accesso alle cure, ecc. - Detenzione dovuta alla condizione migratoria <p>Viaggio con documenti ufficiali o falsi</p> <p><i>Se ottenuti da un trafficante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo e impatto sulle risorse economiche personali <p>Esposizione a eventi potenzialmente traumatici durante il viaggio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sfruttamento da parte dei trafficanti • Povertà • Esperienza protratta di emarginazione, mancanza d'aiuto, reclusione (es., nei campi profughi) • Problemi fisici o stress mentali legati all'ingresso clandestino (es., esposizione ad agenti atmosferici, fame, confinamento) <p>Punti di forza acquisiti durante il viaggio</p>
Fattori post-migratori	<p>Ostacoli all'arrivo nel Paese di destinazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogatori da parte delle autorità preposte • Detenzione • Problemi di ammissione <p>Minacce attuali: paura del futuro, sentimento d'insicurezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incertezza protratta sullo status legale • Ansia causata dall'audizione per ottenere lo status di rifugiato • Paura di essere rimpatriati • Paura per l'incolumità dei familiari rimasti a casa • Paura che il proprio gruppo di appartenenza (etnico, religioso, politico o altro) sia minacciato nel Paese d'origine <p>Condizioni effettive di vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdita dell'identità sociale (ruolo di sostentamento economico, di membro della comunità e della famiglia allargata; riconoscimento sociale delle competenze, ecc.) • Accesso limitato a lavoro, cure, servizi sociali, scuola, ecc. • Separazione dalla famiglia • Povertà • Sostegno sociale ridotto • Emarginazione o discriminazione legata alla condizione migratoria, all'etnicità, alle difficoltà linguistiche, ecc. • Difficoltà d'insediamento: trovare un luogo dove vivere, un lavoro, adattarsi a una cultura diversa, apprendere una nuova lingua, ecc.

- La fragilità sociale di molti Paesi di provenienza suggerisce un'attenzione **particolare verso le donne** che sono, tra l'altro, maggiormente esposte al rischio di divenire vittime della tratta di esseri umani, proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa
- durante il viaggio soprattutto le donne sono spesso costrette a subire violenze e abusi, ciò sta determinando con frequenza l'arrivo di donne, anche giovanissime, che sbarcano sulle nostre coste in gravidanza e con infezioni sessualmente trasmissibili
- Le problematiche del percorso migratorio hanno una profonda influenza sulle condizioni psicofisiche dei richiedenti asilo e rappresentano un rischio aggiunto per eventuali patologie infettive legate al degrado e all'abbandono.

SINTOMI DEL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO

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 suicidiarie

DISTURBO da ABUSO DI SOSTANZE

- Dipendenza da alcolici, sostanze psicotrope, farmaci

-
- Si riscontra inoltre un' associazione particolare tra tortura e dolore cronico, in particolare intensa cefalea e sintomi dolorosi osteo-articolari e digestivi, senza che sia possibile evidenziare una causa organica, i così detti unexplained pain
 - Tale sintomatologia risulta poco responsiva alle terapie analgesiche e richiede un adeguato inquadramento all'interno della sindrome post-traumatica complessa
 - Necessità di un approccio integrato che vede la collaborazione del medico, dello psichiatra, dello psicologo, del fisioterapista e degli altri operatori che partecipano alla presa in carico della vittima di tortura
 - Il percorso di cura deve portare non alla semplice soppressione dei sintomi, come si può realizzare con una terapia farmacologica, ma al loro superamento.

SINTOMI E DISTURBI DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO COMPLESSO

- **SINTOMI DEL PTSD** *(vedi tabella 7)*

SINTOMI INTRUSIVI PERSISTENTI

(associati, anche in modo subliminale, all'evento traumatico)

SINTOMI DI EVITAMENTO E ALTERAZIONI NEGATIVE DI PENSIERI E EMOZIONI

ALTERAZIONI MARCATE DELL'AROUSAL

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

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")

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

DISTURBI DELL'IDENTITA' E DELLA COSCIENZA

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

ASSORBIMENTO IMMAGINATIVO

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

FENOMENI DISPERCETTIVI

- ✓ Alterazioni transitorie delle percezioni uditive, visive, olfattive (più rare), con caratteristiche ego-distoniche, 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

DISSOCIAZIONE SOMATICA

DISTURBI DA CONVERSIONE

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

SINTOMI DEI DISTURBO POST-TRAUMATICO COMPLESSO

DISREGOLAZIONE EMOTIVA E DEGLI IMPULSI	<ul style="list-style-type: none">✓ 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)
DISTURBI DELL'ATTENZIONE E DELLA CONCENTRAZIONE	<ul style="list-style-type: none">✓ 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 se
CAMBIAMENTI NELLA PERCEZIONE DI SÉ	<ul style="list-style-type: none">✓ Sentire di essere diventata una persona completamente diversa✓ Confusione dell'identità: perplessità e profonda conflittualità su chi si è
CAMBIAMENTI NEL COMPORTAMENTO E NELLE RELAZIONI CON GLI ALTRI	<ul style="list-style-type: none">✓ 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
CAMBIAMENTI NEI SIGNIFICATI E NEL SENSO DI SE E DELLE COSE	<ul style="list-style-type: none">✓ Percepire il mondo come pericoloso e se stessi come irrimediabilmente danneggiati e responsabili del trauma✓ Senso di colpa, disperazione, vergogna, indegnità, ideazioni suicidiarie✓ Comportamenti autodistruttivi: auto-lesionismo, promiscuità sessuale, comportamenti rischiosi o dannosi,✓ Abbandono di precedenti valori e credenze religiose, politiche, morali, ecc.

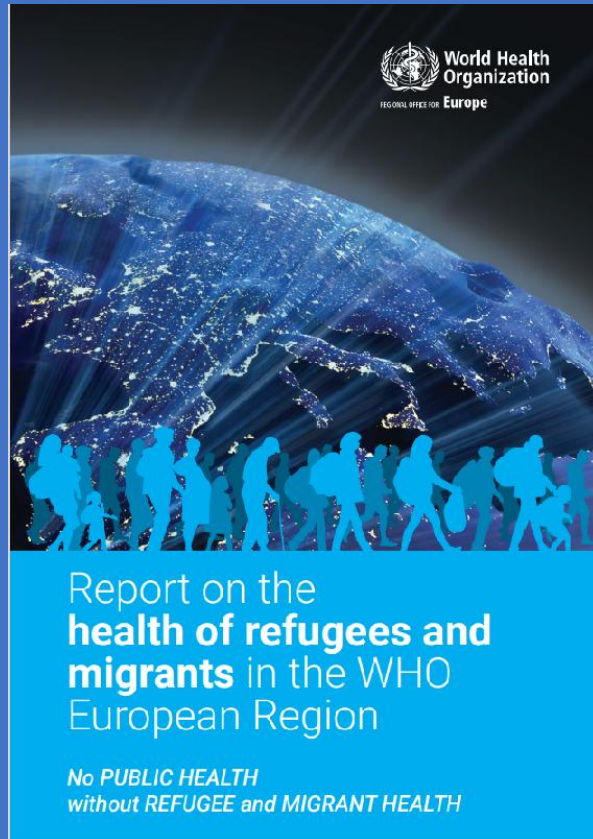
- Le sindromi post-traumatiche complesse racchiudono nella loro definizione l'insieme di alterazioni psicologiche, riportate di seguito, che possono insorgere in conseguenza di esperienze
- traumatiche estreme:
 - • Alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi
 - • Dissociazione e alterazioni dell'attenzione e della memoria
 - • Somatizzazioni
 - • Alterazioni nella percezione di sé
 - • Alterazioni nella percezione dell'altro
 - • Alterazioni nelle relazioni
- Ulteriori studi, hanno valutato in maniera più specifica l'associazione tra tortura e alcune specifiche alterazioni incluse nel Complex PTSD. Su questa linea, è stata anche evidenziata una correlazione specifica tra la tortura e l'insorgenza di disturbi dissociativi, di sintomi psicotici e di alterazioni nella regolazione emotiva con un aumento del rischio suicidario.
- In questa sindrome hanno un ruolo molto rilevante le alterazioni della memoria autobiografica, della percezione di sé e delle relazioni con l'altro sia per l'impatto sulla personalità e sull'identità della vittima

- L'evento traumatico estremo ha quindi anche la capacità di interrompere la continuità dell'esperienza e alterare il senso dell'identità. L'esperienza traumatica non viene elaborata a livello simbolico/verbale e di conseguenza potrà solo essere rivissuta attraverso continui flashback, incubi, cefalee quotidiane, dolori somatici ricorrenti, improvvisi stati di disperazione e pensieri intrusivi legati al trauma.
- **Gli studi sulle sindromi post-traumatiche complesse sottolineano anche come cambino le modalità terapeutiche e riabilitative, dato che i protocolli terapeutici generalmente applicati per altri disturbi, come per i disturbi dell'umore o per il PTSD, risultano insufficienti o solo parzialmente efficaci.**
- Alla luce delle gravi e complesse alterazioni che possono colpire le persone RTP vittime/sopravvissute a tortura si rende, quindi, **indispensabile una presa in carico multidisciplinare, integrata, continuativa nel tempo, che sia in grado di adattare le modalità di intervento alle fasi del trattamento e del percorso giuridico e di integrazione sociale. anche per prevenire la c.d. tortura trans-generazionale.**



Attenzione!!!

- Una vittima di violenza intenzionale anche estrema può soffrire di altre patologie non correlate agli eventi traumatici cui è stata sottoposta
- Le patologie fisiche non devono essere trascurate e facilmente classificate sotto la categoria “somatizzazione per violenze subite”



Mental health

Key points: mental health

- Prevalence of mental disorders in refugees and migrants shows considerable variation depending on the population studied and the methodology of assessment.
- Risk factors for mental health problems may be experienced during all phases of the displacement and migratory process and in settling in the host country.
- Prevalence of PTSD among refugees who have been exposed to very stressful and threatening experiences is indicated to be higher than in the host populations.
- Prevalence of depression and anxiety tends to be higher than in host populations but variation by migrant group and in the methods used to assess prevalence make it hard to draw firm conclusions.
- Poor socioeconomic conditions, such as unemployment or isolation, are associated with increased rates of depression in refugees after resettlement.
- Migration was also found to be a risk factor for children's mental condition, and unaccompanied minors experience higher rates of depression and symptoms of PTSD compared with other refugee and migrant groups.

Psychosis and schizophrenia

Psychotic disorders have only been assessed in clinical studies and not in population studies, making it impossible to report their prevalence (14). Limited evidence has suggested that refugees have an increased risk of psychotic disorders compared with both the host population and migrants; the elevated risk was more pronounced in refugee men (155,156). Other studies suggest that migration experience and ethnic minority status are less influential than socio-demographic factors and experiences of trauma in childhood (156,157). A large cohort study in Sweden indicated an increased risk for psychotic disorders for those who migrated during infancy and a variation in risk by region of origin, with migrants from Africa having an elevated risk for schizophrenia (158).

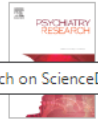


- complessa relazione tra i fattori di stress post-migratori sulla capacità di adattamento emotivo e psicologico e il funzionamento nella quotidianità delle persone con un background da rifugiato
- Il tipo di fattori stressanti fronteggiati dai rifugiati è associato in modo differente con l'esposizione ai precedenti traumi, la disconnessione sociale e l'insicurezza rispetto all'ottenimento del visto e costituiscono un fattore chiave nel contribuire alla diminuzione di funzionamento e all'adattamento psicologico
- **Importanza dell'inclusione sociale e del trattamento psicologico anche dopo l'iniziale periodo di arrivo**





Psychiatry Research
Volume 311, May 2022, 114494

Go to Psychiatry Research on ScienceDirect



Profiles of post-migration stressors and mental health in refugees: A latent class analysis

Yulisha Byrow ^a  , Belinda Liddell ^a, Meaghan O'Donnell ^b, Vicki Mau ^c,
Tadgh McMahon ^{d e}, Richard Bryant ^a, Greg Benson ^d, Angela Nickerson ^a

[Show more](#) 

[+](#) [Add to Mendeley](#) [🔗 Share](#) [🗣️ Cite](#)

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114494>

[Get rights and content](#) 

Original Article

Cite this article: Tarricone I *et al.* (2022). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine* **52**, 2972–2984. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>

Received: 3 April 2020
Revised: 18 November 2020
Accepted: 25 November 2020
First published online: 10 February 2021

Key words:
First-episode psychosis; first-generation migrants; migration adversities; migration history; psychosis risk; social disadvantages

Author for correspondence:
Iliaria Tarricone,
E-mail: ilariatarricone@unibo.it

Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study

Iliaria Tarricone^{1,2} , Giuseppe D'Andrea^{1,3} , Hannah E. Jongsma^{4,5}, Sarah Tosato⁶, Charlotte Gayer-Anderson⁷, Simona A. Stilo^{8,9}, Federico Suprani¹, Conrad Iyegbe⁹, Els van der Ven^{10,11}, Diego Quattrone¹², Marta di Forti¹², Eva Velthorst^{13,14}, Paulo Rossi Menezes¹⁵, Celso Arango¹⁶, Mara Parellada¹⁶, Antonio Lasalvia⁶, Caterina La Cascia¹⁷, Laura Ferraro¹⁷, Julio Bobes¹⁸, Miguel Bernardo¹⁹, Lulio Sanjuán²⁰, Jose Luis Santos²¹, Manuel Arrojo²², Cristina Marta Del-Ben²³, Giada Tripoli^{9,24}, Pierre-Michel Llorca²⁵, Lieuwe de Haan¹³, Jean-Paul Selten¹¹, Andrea Tortelli²⁶, Andrei Szöke²⁷, Roberto Murtatori², Bart P. Rutten¹¹, Jim van Os^{9,11,28}, Peter B. Jones^{5,29}, James B. Kirkbride⁴, Domenico Berardi³, Robin M. Murray⁹ and Craig Morgan⁷

Abstract

Background. Psychosis rates are higher among some migrant groups. We hypothesized that

Original Article

*Group authorship members are listed in the acknowledgements.


Cite this article: Jongsma HE *et al.* (2021). Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case–control study. *Psychological Medicine* **51**, 1536–1548. <https://doi.org/10.1017/S003329172000029X>

Received: 29 October 2019
Revised: 15 January 2020
Accepted: 28 January 2020
First published online: 3 March 2020

Key words:
Discrimination; epidemiology; ethnicity; psychotic disorders; social disadvantage

Author for correspondence:
Hannah E. Jongsma,
E-mail: hjongsma@ucl.ac.uk

Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case–control study

Hannah E. Jongsma^{1,2} , Charlotte Gayer-Anderson³, Iliaria Tarricone⁴, Eva Velthorst^{5,6,7}, Els van der Ven^{8,9,10}, Diego Quattrone¹¹, Marta di Forti¹¹, EU-GEI WP2 Group*, Paulo Rossi Menezes¹², Christina Marta Del-Ben¹³, Celso Arango^{14,15}, Antonio Lasalvia¹⁶, Domenico Berardi¹⁷, Caterina La Cascia¹⁸, Julio Bobes¹⁹, Miguel Bernardo²⁰, Julio Sanjuán²¹, Jose Luis Santos²², Manuel Arrojo²³, Lieuwe de Haan⁷, Andrea Tortelli²⁴, Andrei Szöke²⁵, Robin M. Murray¹¹, Bart P. Rutten¹⁰, Jim van Os^{10,11,26}, Craig Morgan³, Peter B. Jones^{2,27} and James B. Kirkbride¹

¹PsyLife Group, Division of Psychiatry, UCL, London, England; ²Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, England; ³Department of Health Services and Population Research, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, England; ⁴Transcultural Psychosomatic Team (BoTPT), Department of Surgical and Medical Sciences, Bologna University, Bologna, Italy; ⁵Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, USA; ⁶Department of Preventative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York, USA; ⁷Early Psychosis Section, Department of Psychiatry, Amsterdam UMC, location AMC, Amsterdam, The Netherlands; ⁸Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, New York, USA; ⁹Rivierduinen Institute for Mental Health Care, Leiden, The Netherlands; ¹⁰Department of Psychiatry and Neurosciences, School for Mental Health and

- Our findings provide support for the hypothesis that social disadvantages and adversities during different phases of migration are associated with increased odds of psychosis in first-generation migrants, even when other risk factors are controlled for
- Mutual adjustment for different phases suggested that social disadvantages during pre- and post-migration phases were associated with two times increased odds of psychosis
- our results support the hypothesis that the subjective evaluation of a mismatch between expectations and achievements is associated with increased odds of psychosis in first-generation migrants, even when adjusted for disadvantages and adversities and other exposures
- Pre-migration and post-migration social disadvantages seem to be more strongly associated with the odds of psychosis than adversities during the migration journey
- length of stay in the country of arrival did not change the associations found between social disadvantages and psychosis odds
- social disadvantages and stress during the entire migration history, more than adversities and trauma during the migration travel (e.g. migration phase), put migrants at higher risk of psychosis following a dose–response mechanism
- studies showing that both striatal stress-induced dopamine release and dopamine synthesis capacity are elevated in migrants compared with non-migrants, independent of clinical status (Egerton *et al.*, 2017) This is in accordance with the social defeat hypothesis of psychosis, which posits that long-term experience of outsider status or inferior position leads to a sensitization of the mesolimbic dopamine system and thereby increases the risk for psychosis (Gevonden *et al.*, 2014)
- In conclusion, social vulnerability through the whole migration process and the negative post-migration experiences was associated with double the odds of psychosis in first-generation migrants

ORIGINAL PAPER

Gerard Hutchinson · Christian Haasen

Migration and schizophrenia

The challenges for European psychiatry and implications for the future

Accepted: 12 December 2003

Int J Soc Psychiatry. 2014 May;60(3):243–53. doi: 10.1177/0020764013484237. Epub 2013 Jun 2.

Understanding psychopathology in migrants: a mixed categorical–dimensional approach

Mauro Braca¹, Domenico Berardi, Elisa Mencacci, Martino Belvederi Murri, Stefano Mimmi, Fabio Allegri, Fausto Mazzi, Marco Menchetti, Ilaria Tarricone

Affiliations + expand

PMID: 23733828 DOI: 10.1177/0020764013484237

Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 125–129
Printed in UK. All rights reserved

Copyright © Munksgaard 2000

ACTA PSYCHIATRICA
SCANDINAVICA
ISSN 0902-4441

Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany

Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany.

Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 125–129. © Munksgaard 2000.

C. Haasen, O. Yagdiran, R. Mass, M. Krausz

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy,
University Hospital Eppendorf, Hamburg, Germany

La cultura ha un ruolo rilevante nell'occorrenza di sindromi che sfidano il sapere clinico istituzionale

La cultura configura l'esperienza della malattia ed è un aspetto fondamentale

- Sulla modalità espressiva sintomatologica della sofferenza, non solo psichica
- Sulla lettura e spiegazione della malattia
- Nella relazione e uso dei Servizi Sanitari

Cultura

1. Matrice sociale di ogni dimensione della biologia e dell'esperienza umana
2. Modalità per cui le comunità o i gruppi umani, con una storia e un'identità condivise, sono distinguibili dagli altri
3. Educazione delle nostre capacità creative collettive, espresse attraverso la lingua, ma anche mediante la musica, l'arte e i media

Eagleton, 2000



Aree critiche

- Distinguere la psicosi da PTSD con sintomi dissociativi
- Sapere leggere i fenomeni allucinatori
- Molte psicosi schizofreniche si sono rivelate depressioni gravi con disturbi del contenuto del pensiero non congruo
- Il corpo entra nell'espressività della malattia in molte culture e non è sempre un disturbo da somatizzazione
- I disturbi del comportamento non sempre sono leggibili all'interno di una psicopatologia, ma reattivi e culturalmente determinati rispetto a rabbia, delusione, paura, discriminazione e non sempre chiarezza di risposte da parte del contesto

Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions

Frank Larøi^{1,3}, Tanya Marie Luhrmann^{*2,3*}, Vaughan Bell³, William A. Christian Jr⁴, Smita De
Charles Fernyhough⁶, Janis Jenkins⁷, and Angela Woods⁸

¹Department of Psychology, University of Liège, Liège, Belgium; ²Department of Anthropology, Stanford U
³King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁴Department of Social Anthropology, Auton
Barcelona, Bellaterra, Spain; ⁵Department of Psychiatry and Addiction Services, Dr Ram Manohar Lohia H
⁶Department of Psychology, Durham University, Durham, UK; ⁷Department of Anthropology, University c
Diego, CA; ⁸Centre for Medical Humanities, Durham University, Durham, UK

*To whom correspondence should be addressed: Department of Anthropology, Stanford University, Stanfor
tel: 1-650-723-3421, fax: 1-650-725-0605, e-mail: luhrmann@stanford.edu

[†]These authors equally contributed to this paper and are willing to share the first authorship.

I clinici non dovrebbero mai assumere che la semplice descrizione di quella che sembra essere una allucinazione è necessariamente un sintomo di patologia e dovrebbero tenere in seria considerazione il background culturale del paziente quando valutano e trattano le allucinazioni

Competenza culturale

- Etnocentrismo critico (Ernesto De Martino)
 - Si può muovere un passo in direzione dell'altro solo se chi azzarda il primo moto relazionale è consapevole della relatività, contingenza e caducità del proprio mondo. Tale coscienza del limite deve invitare ogni professionista ad agire come singolarità fabbricata per mezzo di strumenti socioculturali, sperimentati e selezionati, usati in e da un determinato gruppo umano immerso nel proprio ambiente storico-antropologico
- Psichiatria culturale (Scuola canadese)
 - Ogni essere umano è espressione e soggetto agente all'interno del proprio mondo culturale. La cultura è lo sfondo, l'ambiente o la matrice con cui si plasmano gli esseri umani che rischiano di non esistere come tali senza una dimensione culturale propria dove vivere la loro modalità di esser-ci nel mondo (E. de Martino)



Competenza culturale

- Mediatori interculturali
 - Figure ponte tra le culture e in grado di contestualizzare la sintomatologia psicopatologica espressa, il suo orizzonte di senso, di decifrare aspettative rispetto alla cura e aiutare ad entrare dentro sistemi sanitari complessi





Competenza culturale

Tollerare l'incertezza
e non avere fretta di
arrivare ad una
diagnosi

Tempo

Ma i nostri Servizi di Salute Mentale hanno al loro interno competenze specialistiche?

- Mancanza di organizzazione sistematica e di formazione per Servizi di Salute Mentale che esprimano competenza e sicurezza culturali
- A volte troviamo operatori che hanno una competenza specifica sviluppata per interesse personale che non viene iscritta in un percorso strutturato
- Ci sono ambulatori dedicati collegati con l'Università, ma non coprono tutti i territori
- Crescente richiesta di interventi specialistici nell'ambito delle emergenze/urgenze per situazioni complesse di difficile gestione, a causa delle molteplici necessità sanitarie e sociali

Setting della consultazione



Pronto Soccorso



Ospedale
generale



Reparto di
Diagnosi e Cura

LE DIMENSIONI DEL DISAGIO MENTALE NEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI

PROBLEMI APERTI
E STRATEGIE
DI INTERVENTO



Pubblicazione realizzata con i finanziamenti assegnati per l'anno 2007 ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sui fondi dell'otto per mille dell'Irpef devoluto dai cittadini alla diretta gestione statale.

Il testo è stato curato
da Alessandra Caldarozzi
della Fondazione Citalia – Anci ricerche.

Gli autori:

La parte 1 è a cura di Giancarlo Santone in collaborazione con il centro SAMIFO.
La parte 2 è a cura dell'Associazione Frantz Fanon, Roberto Beneduce e Simona Taliani.

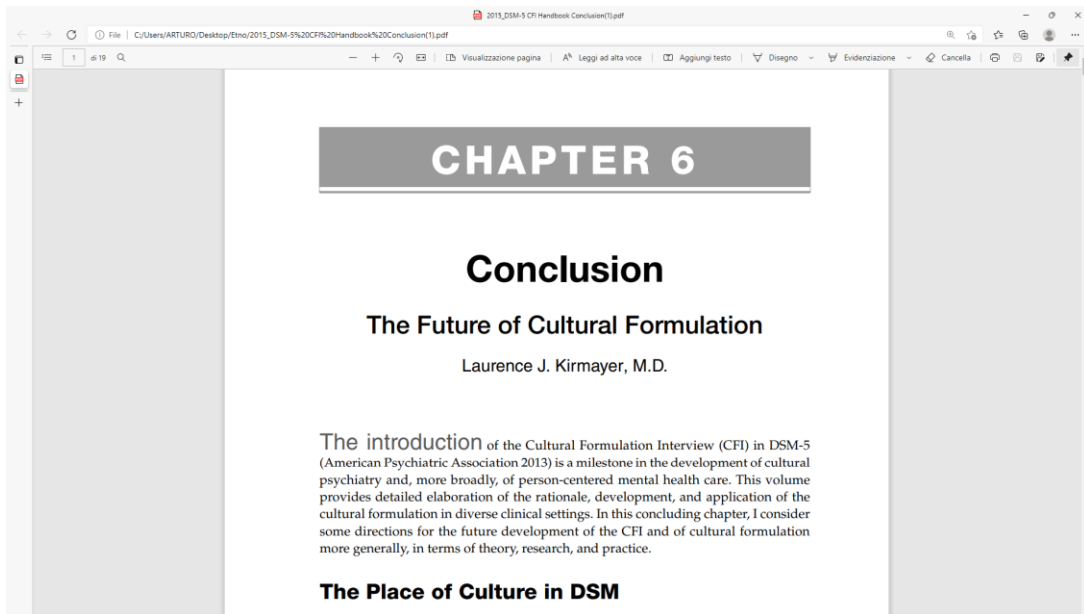
Si ringrazia per la collaborazione
l'Ufficio Immigrazione dell'ANCI
e il Servizio centrale del Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati

*I lavori pubblicati riflettono esclusivamente
le opinioni degli autori, senza impegnare
la responsabilità della Fondazione.*

ISBN: 978-88-96280-15-7

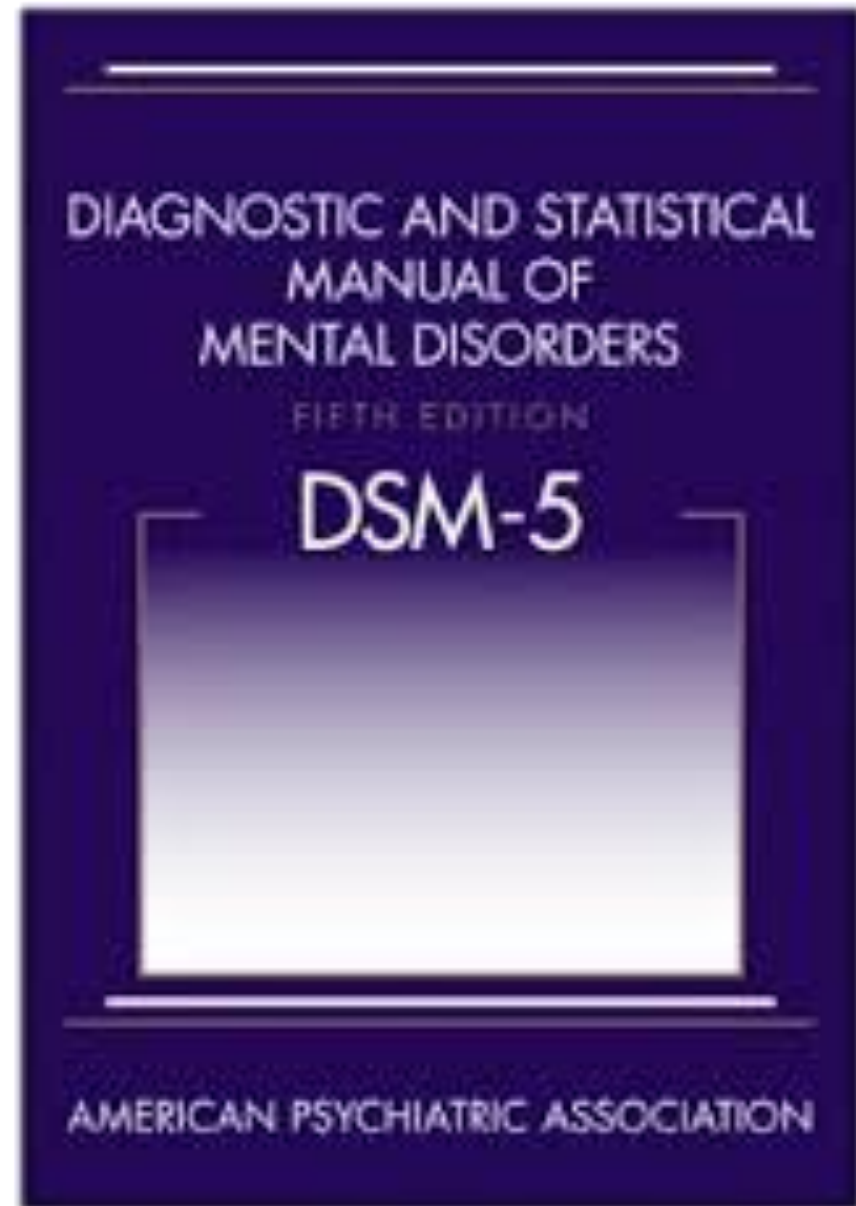
Progetto grafico e impaginazione:
HaunagDesign, Roma

Finito di stampare nel mese di giugno 2010
da Varigrafica Alto Lazio s.r.l. – Nepi (VT)



KEY CLINICAL POINTS

- Culture and context are relevant to every aspect of illness experience and health care for patients from every background.
- The Cultural Formulation Interview (CFI) addresses a key component of person-centered care by focusing attention on patients' experience as well as the social contexts of their illness.
- Further work is needed to systematize the process of translating the information collected through the CFI into a case formulation.
- Changes in organizational structure, training, and accreditation to ensure cultural safety and competence are needed to promote the use of the CFI.
- The meanings and mental health implications of cultural identity, knowledge, and practices need to be revisited as our local social worlds and global networks continue to evolve.



Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

*Elicit the individual's view of core problems and key concerns.
Focus on the individual's own way of understanding the problem.
Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").*

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

1. What brings you here today?
IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:
People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?
2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?
3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

PROMPT FURTHER IF REQUIRED:
Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.
5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).

Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?
7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By **background or identity**, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.

Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.

*Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.
Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).*

Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?
9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?
10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING


SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

Clarify self-coping for the problem.

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?



The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2018, Vol. 63(5) 297-303
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717746666
TheCJP.ca | LaRCP.ca


The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review

Les déterminants sociaux de la santé mentale des réfugiés dans le contexte post-migratoire: une revue critique

Michaela Hynie, PhD¹

Abstract

With the global increase in the number of refugees and asylum seekers, mental health professionals have become more aware of the need to understand and respond to the mental health needs of forced migrants. This critical review summarizes the findings of recent systematic reviews and primary research on the impact of post-migration conditions on mental disorders and PTSD among refugees and asylum seekers. Historically, the focus of mental health research and interventions with these populations has been on the impact of pre-migration trauma. Pre-migration trauma does predict mental disorders and PTSD, but the post-migration context can be an equally powerful determinant of mental health. Moreover, post-migration factors may moderate the ability of refugees to recover from pre-migration trauma. The importance of post-migration stressors to refugee mental health suggests the need for therapeutic interventions with psychosocial elements that address the broader conditions of refugee and asylum seekers' lives. However, there are few studies of multimodal interventions with refugees, and even fewer with control conditions that allow for conclusions about their effectiveness. These findings are interpreted using a social determinants of health framework that connects the risk and protective factors in the material and social conditions of refugees' post-migration lives to broader social, economic and political factors.

reducing their perceived competence.⁹ Thus, although awareness of appropriate trauma-focused care is essential to refugees' health and well-being, we need to move beyond a focus on past trauma and explore current stressors and the efficacy and viability of holistic interventions that include the present lives of the whole person and their community.



Parole chiave

Precocità dell'intervento e Appropriatezza
diagnostica

Attenzione all'esperienza di malattia della persona e
al suo contesto sociale

Interventi che includano supporto alle determinanti
sociali e attenzione allo stadio del percorso
migratorio

Centralità della persona

Servizi culturalmente competenti e in rete con tutti
gli attori coinvolti (MMG, PLS, Ambulatori dedicati,
rete di accoglienza CAS e SAI, Prefettura, Comuni,
Avvocati di strada, amministrativi CUP, Servizi di
mediazione, reti di volontariato)

Formazione

Organizzazione
di servizi
culturalmente
competenti: la
nostra
esperienza



2. di dare mandato ai direttori generali delle AUSL di costituire nelle proprie Aziende una équipe multidisciplinare e multiprofessionale al fine di tutelare globalmente la salute dei migranti e dei soggetti vulnerabili in attuazione dell'art. 1, comma 2, del D.M 3

pagina 4 di 19

aprile 2017 e delle Linee guida I controlli alla frontiera la frontiera dei controlli;

1. di stabilire che l'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, di cui al punto precedente, può essere attivata, laddove necessario, dalle Prefetture, dagli Enti gestori o altri soggetti portatori di interessi in collaborazione con le Direzioni aziendali e con i gruppi di lavoro istituiti in Azienda di cui alla propria deliberazione n. 1770 del 02/11/2021;

1. di stabilire che l'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, di cui al punto 2, è composta da: un medico referente di équipe, uno specialista in ginecologia, una ostetrica, uno specialista in pediatria, un infermiere/assistente sanitaria e un mediatore culturale e, laddove possibile, di un assistente sociale;

1. di stabilire, inoltre, che ai soggetti di cui al punto precedente si aggiungono laddove necessario e a tempo parziale, uno psicologo, o psicologo dell'età evolutiva, per attività clinica e per eventuali valutazioni su vittime di tortura o violenze intenzionali ed un referente del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per l'offerta vaccinale, la sorveglianza delle malattie infettive e la promozione di sani stili di vita. Queste due specialisti sono parte integrante dell'équipe, che si riunirà in plenaria almeno 1 volta al mese. In ottemperanza, inoltre, alle linee guida oggetto della presente deliberazione, l'équipe laddove necessario si potrà avvalere, attraverso percorsi formalizzati all'interno di ogni Azienda Sanitaria, di specialisti delle seguenti branche: infettivologia, pneumologia, radiologia, dermatologia, proctologia, psichiatria adulti e neuropsichiatria infantile, medicina legale più eventuali altre ove necessario;

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1304 del 01/08/2022

Seduta Num. 35

Questo lunedì 01 del mese di Agosto
dell' anno 2022 si è riunita in via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
2) Calvano Paolo	Assessore
3) Colla Vincenzo	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Donini Raffaele	Assessore
6) Felicori Mauro	Assessore
7) Mammi Alessio	Assessore
8) Priolo Irene	Assessore

Presiede il Vicepresidente Schlein Elena Ethel
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea

Proposta: GPG/2022/1360 del 20/07/2022

Struttura proponente: SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: RECEPIMENTO DI ACCORDI NAZIONALI IN MATERIA DI TUTELA DEI MIGRANTI: 1) LINEE GUIDA 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; 2) I CONTROLLI ALLA FRONTIERA. LA FRONTIERA DEI CONTROLLI. CONTROLLI SANITARI ALL'ARRIVO E PERCORSI DI TUTELA PER I MIGRANTI OSPITI NEI CENTRI DI ACCOGLIENZA. ATTUAZIONE A LIVELLO REGIONALE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Fabia Franchi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA**Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1770 del 02/11/2021

Seduta Num. 50

Questo martedì 02 **del mese di** novembre
dell' anno 2021 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Felicori Mauro	Assessore
8) Lori Barbara	Assessore
9) Mammi Alessio	Assessore
10) Priolo Irene	Assessore
11) Salomoni Paola	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea**Proposta:** GPG/2021/1383 del 04/08/2021**Struttura proponente:** SERV. GESTIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE**Oggetto:** LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE
SANITARIE PER L'ANNO 2021**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria**Responsabile del procedimento:** Fabio Rombini

ALLEGATO B

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2021

2.4. Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2021, si definisce il seguente obiettivo: - Costituzione di un **gruppo di lavoro multidisciplinare, permanente e formalizzato**, interno alle singole AUSL che si occupi di Migranti e Vulnerabilità, che parteciperà alla definizione di strategie e alla programmazione di servizi, in linea con i principi di equità, **costituito da professionisti dei seguenti ambiti di cura: cure primarie, sanità pubblica, salute mentale, ospedale, area sociale, area amministrativa e servizi di mediazione culturale**

Indicatore

Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare	Target ▪ 100%
Identificazione di una figura di coordinamento del gruppo di lavoro multidisciplinare	Target ▪ 100%

Formazione congiunta della rete

FARSI PROSSIMO ODV AMBITO UOC CSM AMBITO UOC CSM AMBITO UOC CSM AMBITO UOC CSM AMBITO UOC CSM AMBITO UOC CSM

AMBULATORIO CARITAS FAENZA - FARSI PROSSIMO ODV
GLI AMBULATORI SOLIDALI CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

PROGRAMMA

SALUTI Ass.re Davide Agresti, assessore Smart City, Welfare e Europa, Comune di Faenza
Dott.ssa Donatina Cilia, direttrice Distretto Sanitario di Faenza
Matera: Dott.ssa Antonella Caranese, Area servizi alla comunità dell'Unione Romagna Faentina

INTRODUZIONE Presentazione ambulatorio Caritas Faenza-Farsi Prossimo ODV
Dott.ssa Gabriella Reggi, Associazione Medici Cattolici - volontaria Farsi Prossimo ODV

INTERVENTI **Equità in salute: impatto dei determinanti socioeconomici**
Dott.ssa Giulia Silvestrini, direttrice f.f. UOC Igiene e Sanità Pubblica Ravenna
Tavolo aziendale "Migranti e vulnerabilità" e l'equipe multidisciplinare dell'AUSL della Romagna.
Dott.ssa Antonella Mastrocola, direttrice UOC CSM Ravenna - direttrice DSM-DP Ambito di Ravenna
Le modalità di accesso al SSN dei migranti e le principali esenzioni
Dott.ssa Rossella Segurini, Azienda Usi della Romagna, U.O. Piattaforma Amministrativa Forlì - Ravenna - referente Aziendale Assistenza Stranieri, Esenzioni e Mobilità Sanitaria Internazionale
Pausa

TAVOLA ROTONDA Presentazione e moderazione da parte del GrIS - Gruppo Regionale Immigrazione Salute, Società Italiana Medicina delle Migrazioni: Alice Cicognani e Sabina Giuliodori

Esperienze a confronto: uno sguardo sul futuro.
Gli ambulatori presenti sul territorio dell'AUSL della Romagna si raccontano.
Ambulatorio Farsi Prossimo ODV, Caritas Diocesana Faenza | Ambulatorio Migranti, Distretto di Ravenna AUSL Romagna | Ambulatorio della Solidarietà "Suor Argia Drudi", opera S. Teresa Ravenna | L'impegno dell'associazione Salute e Solidarietà odv, Forlì | Ambulatorio Mater Caritas, Caritas Diocesana Cesena | Ambulatorio Migranti, Distretto di Rimini AUSL Romagna | Ambulatorio Nessuno escluso, Caritas Diocesana Rimini | Poliambulatorio del gratuito "La Filigrana", Rimini (promosso dall'ass. comunità Papa Giovanni XXIII)

SABATO 9 NOVEMBRE | 9.00 - 13.00
PALAZZO PODESTÀ. Piazza Martiri della Libertà. FAENZA

REGIONE EMILIA ROMAGNA con il patrocinio del Comune di Faenza



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna

Cerca ...

Home Ordine ▾ Professione ▾ News ▾ Formazione ▾ Servizi Online ▾

ACCEDI AI SERVIZI ONLINE

Atti del convegno on line: Migliorare la presa in carico dei cittadini stranieri nell'ottica dell'equità - 14 settembre 2024

Si pubblicano gli atti relativi agli interventi dell'evento in oggetto:

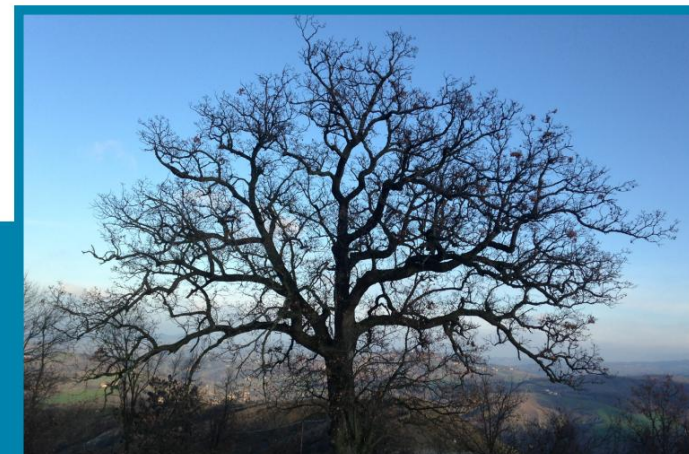


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Prima edizione del ciclo di seminari del Corso di Alta Formazione
L'approccio integrato ai disturbi del neuro-socio-sviluppo

**MIGRAZIONE E SALUTE MENTALE:
CAMBIAMENTI GLOBALI,
RISPOSTE LOCALI**
Seminario Permanente – Migrante

23 OTTOBRE 2024, ORE 8.30 – 18
FORLÌ E ONLINE



Aula 2, Centro Formazione AUSL Romagna
Via Pratella 12, Forlì



Modalità operativa

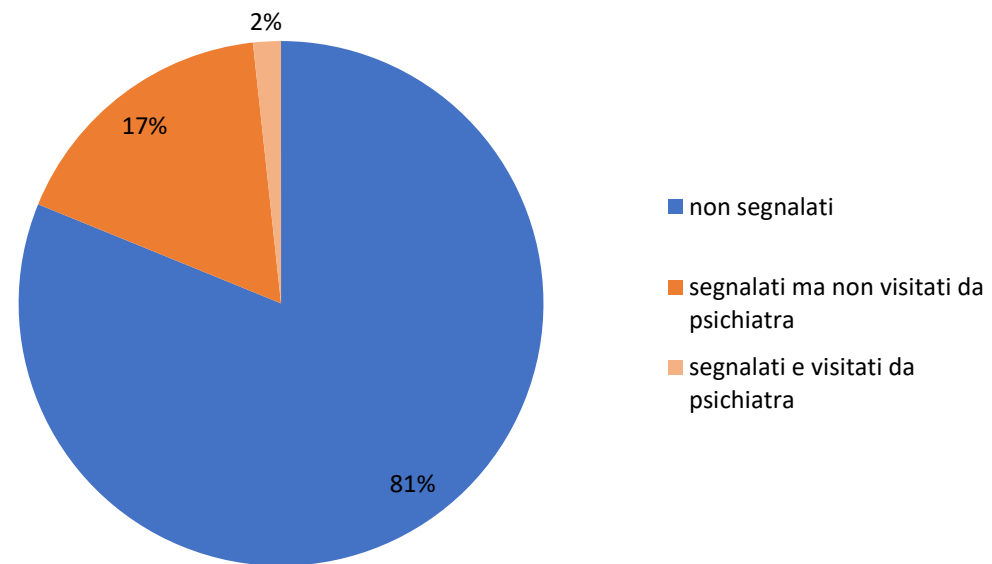
- Segnalazione ad una nostra infermiera dedicata tramite scheda
- Contatti con le strutture ospitanti per maggiori informazioni. Se hanno psicologi interni fare primi approfondimenti e poi valutazione congiunta. Se non presente uno psicologo valutazione a nostro carico (oggi psicologa volontaria)
- Se trattamento per situazione complessa attivazione di uno psicologo esperto sui trattamenti del trauma con cui stiamo riflettendo sulla tecnica
- Se necessaria valutazione psichiatrica attivazione mediatore e valutazione
- Se caso complesso attivazione psichiatra formata in rete con altre colleghe dell'AUSL formate per intervisione



Modalità operativa

- Attenzione alla situazione sanitaria se non in regola: in rete con CUP
- Attenzione alla situazione giuridica: stato di permesso ed eventuali bisogni medico-legali
- Sollecitazione alla rete per collocazione ed altri bisogni socio-economici

% nn segnalati, segnalati e segnalati visitati sul tot dei migranti		
	n	%
non segnalati	237	81%
segnalati ma non visitati da psichiatra	50	17%
segnalati e visitati da psichiatra	5	2%
tot	292	100%



Tahar Ben Jelloun
«Il razzismo spiegato a
mia figlia»

- “Non incontrerai mai due volti assolutamente identici. Non importa la bellezza o la bruttezza: queste cose sono relative. Ciascun volto è il simbolo della vita. E tutta la vita merita rispetto. È trattando gli altri con dignità che si guadagna il rispetto per se stessi”.

