

# **Psicotraumatologia dei migranti: dall'individuazione della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura**

**Testo**

**Giovedì 30 Marzo 2017**

**Servizio di Etnopsichiatria  
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda**

# Servizio di Etnopsichiatria

## Un po' di storia...

Tradizionalmente **l'Ospedale Niguarda** è l'ospedale di **referimento per le persone presenti sul territorio milanese ma senza residenza e/o senza fissa dimora**. Fino agli anni '90 tale utenza era rappresentata per lo più da clochard e solo più tardi da stranieri la cui presenza si è quadruplicata dal 1998 ad oggi.

Il **Servizio di Etnopsichiatria** nasce all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ospedale Niguarda **nell'anno 2000** in risposta all'aumento dell'utenza straniera proveniente dai sempre più massicci flussi migratori che interessano la città.

Il Servizio di Etnopsichiatria è punto di riferimento nel territorio milanese e lombardo per la capacità di rispondere ai bisogni socio-sanitari di una **popolazione straniera estremamente vulnerabile ed in eclatante disagio psichico senza riferimento territoriale**, che dunque avrebbero accesso solo alle cure del Pronto Soccorso ed eventualmente ai ricoveri nei reparti ospedalieri.

# Mandato e finalità del Servizio di Etnopsichiatria

- Il Servizio di Etnopsichiatria permette di attuare percorsi di cura continuativi che garantiscono sostegno psichiatrico, farmacologico, psicoterapico e la possibilità di partecipare a percorsi riabilitativi di arte-terapia e foto-terapia.
- offre assistenza ambulatoriale al fine di ridurre i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso, garantendo una presa in carico della persona sul modello bio-psico-sociale.

# Organizzazione del Servizio

## Equipe:

Psichiatri

Psicologi

Psicoterapeuti

Assistenti sociali

Tirocinanti (specializzandi in psicoterapia)

## Setting allargato:

Possibile presenza di due terapeuti. Presenza del mediatore linguistico culturale.

Il Servizio di Etnopsichiatria opera attraverso un'equipe multidisciplinare utilizzando un **setting transculturale** ed avvalendosi di **mediatori linguistico - culturali**, poiché le particolari condizioni sociali e cliniche dei nostri pazienti, giunti da poco in Italia da Paesi lontani, spesso reduci di percorsi migratori pericolosi e disumani, richiedono una specifica attenzione e comprensione della specifica **matrice culturale** di riferimento.

La presenza del mediatore linguistico-culturale è essenziale sia per la comunicazione che per la comprensione della generale condizione di salute del paziente. L'efficacia del setting clinico è dunque legata alla presenza stabile e costante di tutti gli operatori coinvolti (medici, psicologi e mediatori).

# Tipologie principali di utenti

- **Utenti portatori di disagio psichiatrico complesso** (inviati da reparto/pronto soccorso/ neuropsichiatria infantile/senza fissa dimora/ autoinvio...)
- **Utenti vittime di traumi estremi e sopravvissuti a torture** (inviati dalla Commissione Territoriale Richiedenti Asilo, servizi del Comune, Prefettura, centri di accoglienza, dormitori, servizi del privato sociale...)
- **Utenti inviati Tribunale per i Minorenni:**
  - giovani minorenni che hanno commesso reati, coinvolti in procedimenti penali;
  - coppie genitoriali-singoli genitori inviati per valutazione delle capacità genitoriali

# Servizio di Etnopsichiatria

## Progetti attivi:

- **Progetto Migranti/Mapa** (Migrazione ed Acuzie Psichiatrica in Adolescenza) utenza specifica di giovani adulti migranti senza riferimento territoriale.
- **Progetto Sprar Disagio Mentale** (Capofila Comune di Milano - Sistema di protezione per Richiedenti Asilo): utenti richiedenti asilo e rifugiati con vulnerabilità psichica.
- **Progetto Diogene** (Casa della Carità -Cooperativa Novo Millennio) facilita l'accesso alle cure psichiatriche di utenti stranieri senza fissa dimora.
- **Progetto Homeless** (con il Comune di Milano) si occupa di sostenere i pazienti senza dimora dimessi dal reparto nel trovare una sistemazione di accoglienza.
- **Progetto Gemma** (Gender Empowerment of Migrant Women Through a Multy-Agency Approach): volto a sviluppare un modello di intervento sul campo della prevenzione, contrasto e trattamento delle violenze rivolte alle ragazze e alle donne di gruppi vulnerabili, quali migranti e gruppi etnici minoritari.

# Servizio di Etnopsichiatria

*Utenza completa relativa a tutti i progetti:*

	<b>2014</b>	
<b>M</b>	<b>163</b>	<b>69%</b>
<b>F</b>	<b>73</b>	<b>31%</b>
<b>tot</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

**Di questi 236 utenti:**

- 126 sono giunti nel 2014
- 110 erano già in carico

Utenti attivi	<b>2015</b>	
<b>M</b>	<b>176</b>	<b>70,4%</b>
<b>F</b>	<b>74</b>	<b>29,6%</b>
<b>tot</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

**Di questi 250 utenti,**

- 119 sono giunti nel 2015
- 131 erano già in carico

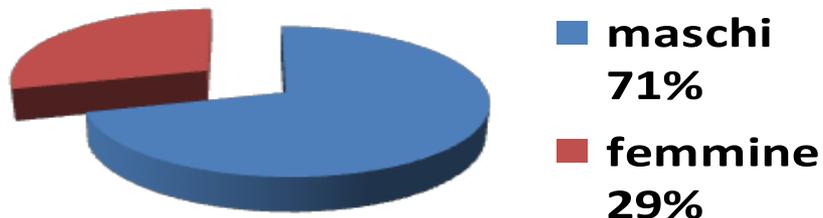
# Utenti totali del Servizio di Etnopsichiatria anno 2016

## pazienti attivi anno 2016



Anno 2016 utenti attivi		
M	183	70,3%
F	77	29,7%
Tot	260	100%

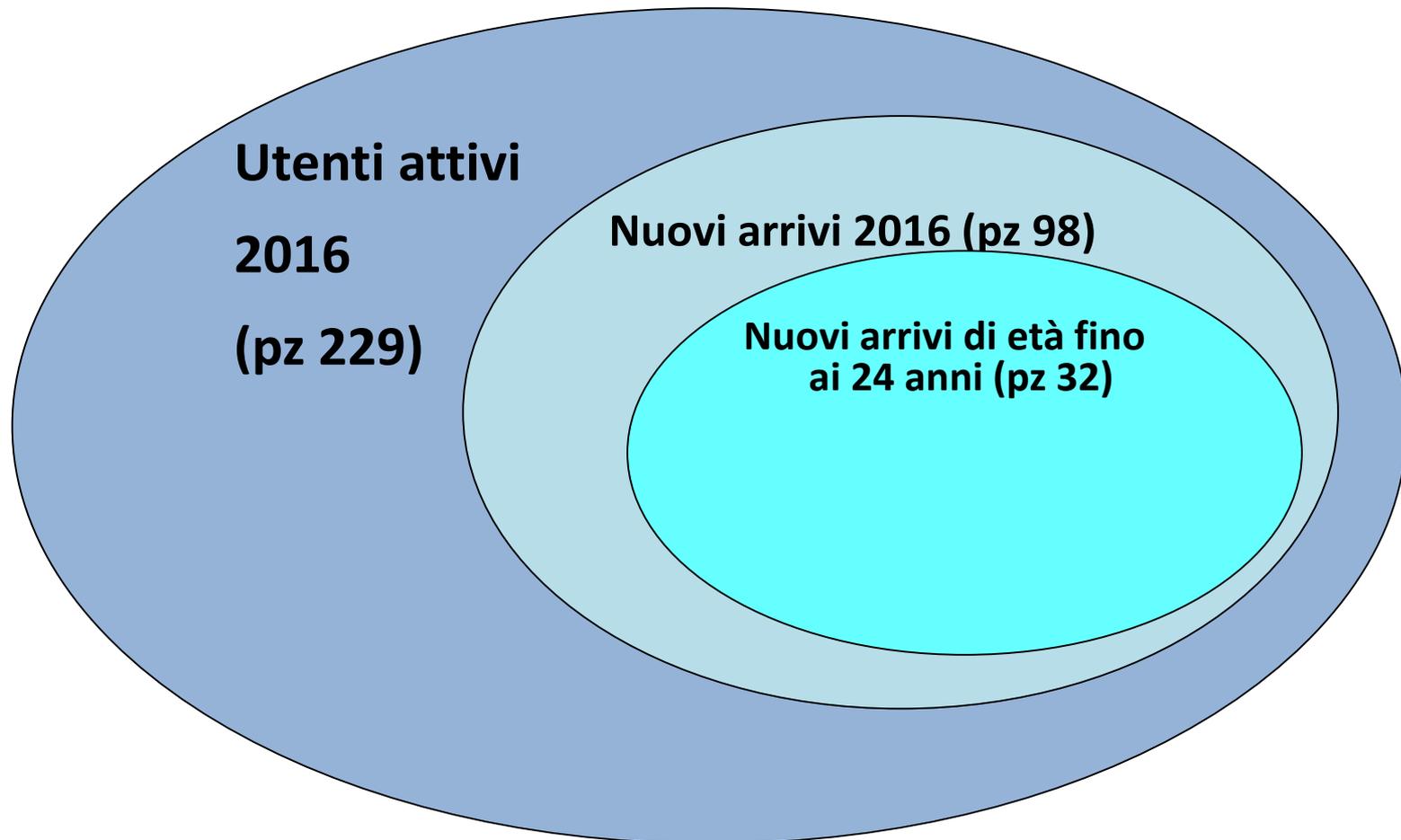
## nuovi arrivi 2016



Anno 2016 nuovi arrivi		
M	85	72,4%
F	35	27,6%
Tot	120	100%

# Utenti anno 2016

## Progetto Migranti Diogene Sprar DM



<b>Anno 2016 utenti attivi</b>		
<b>M</b>	<b>162</b>	<b>70,7%</b>
<b>F</b>	<b>67</b>	<b>29,3%</b>
<b>Tot</b>	<b>229</b>	<b>100%</b>

Presenza di richiedenti asilo: pz attivi nel 2016



■ richiedenti asilo  
58,9%

■ non richiedenti asilo  
41,1 %

<b>Anno 2016 nuovi arrivi</b>		
<b>M</b>	<b>71</b>	<b>72,4%</b>
<b>F</b>	<b>27</b>	<b>27,6%</b>
<b>Tot</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

**Presenza di richiedenti asilo: nuovi arrivi del 2016**



■ richiedenti asilo  
64,2%

■ non richiedenti asilo  
35,8 %

<b>Anno 2016 nuovi arrivi fino ai 24 anni</b>		
<b>M</b>	<b>28</b>	<b>87,5%</b>
<b>F</b>	<b>4</b>	<b>12,5%</b>
<b>Tot</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Presenza di richiedenti asilo tra i pz arrivati nel 2016 di età fino ai 24 anni**



■ Richiedenti asilo 78%

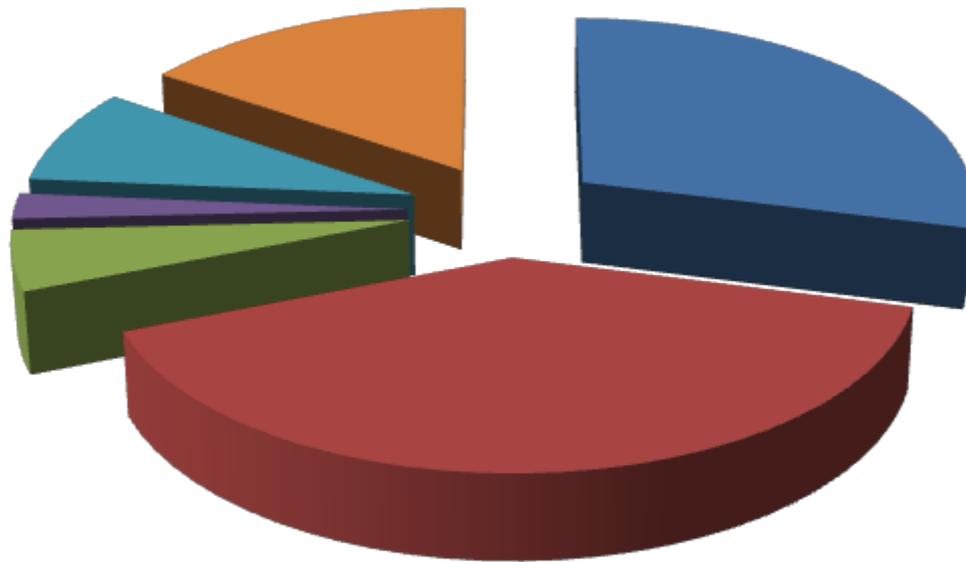
■ Non richiedenti asilo  
22%

# Enti invianti principali

Ente inviante	
Struttura sanitaria- psichiatrica, Uonpia	29%
Comune di Milano; centri accoglienza del Comune	40%
Tribunale ordinario, Tribunale Minorenni, Ussm, Carcere	5,2%
Commissione Territoriale Richiedenti Asilo	2,2%
Centri di accoglienza non Comune (Cas Prefettura; centri fuori territorio)	8,2%
Autoinvii, enti del privato sociale (Codici, Terrenuove, Lotta contro l'emarginazione...)	15,4%

Rispetto agli enti segnalanti, si nota negli anni **un aumento di invii da parte da parte dei centri di accoglienza legati al nostro servizio tramite il Protocollo d'Intesa** siglato dall'Ospedale Niguarda, Comune di Milano Università di Milano (dipartimento di Scienze Biomediche) ed enti del privato sociale. Nell'ultimi due anni oltre agli invii da parte dei centri del Comune, sono giunte molte segnalazioni anche dai centri gestiti dalla Prefettura.

## Ente inviante

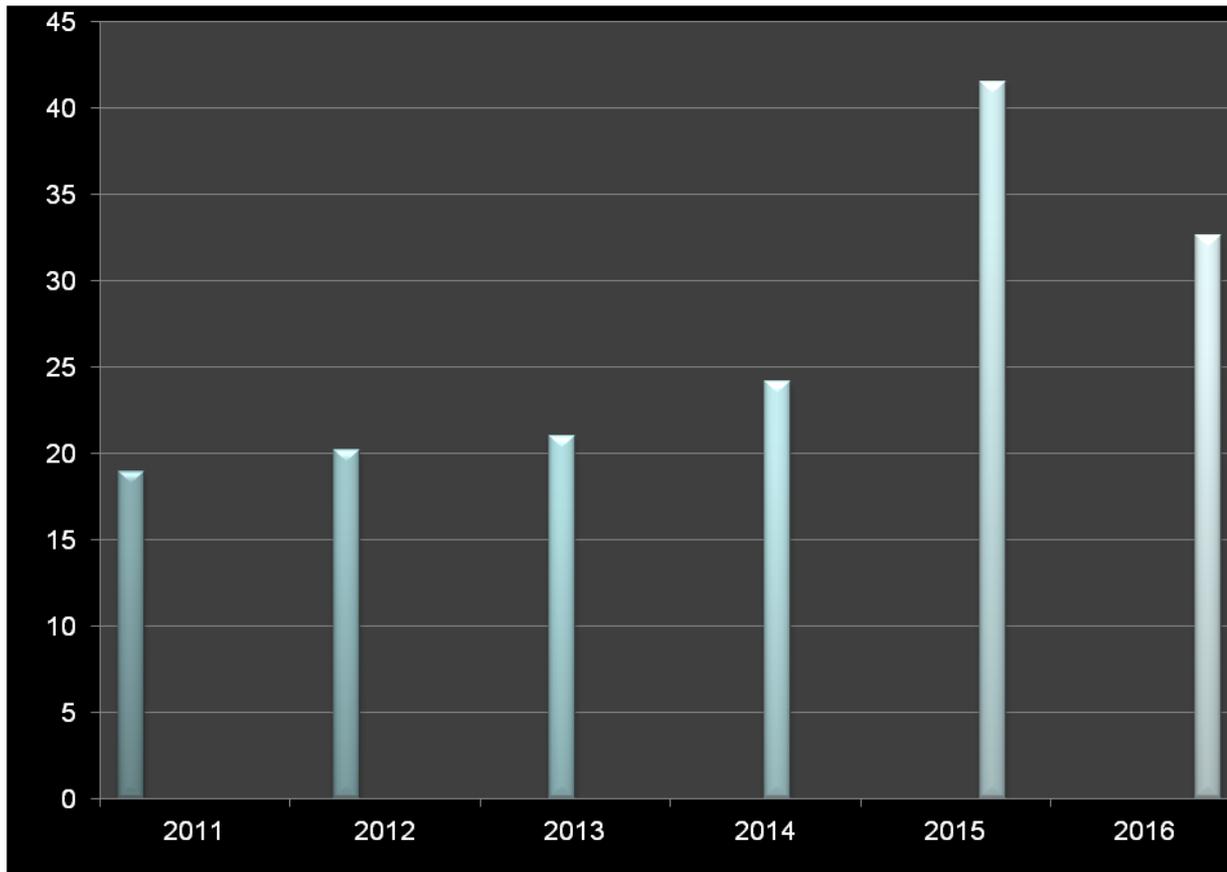


- **Struttura sanitaria-psichiatrica, Uonpia 29%**
- **Comune di Milano; centri accoglienza del Comune 40%**
- **Tribunale ordinario, Tribunale Minorenni, Ussm, Carcere 5,2%**
- **Commissione Territoriale Richiedenti Asilo 2,2%**
- **Centri di accoglienza non Comune (Cas Prefettura; centri fuori territorio) 8,2%**
- **Autoinvii, enti del privato sociale (Codici, Terrenuove, Lotta contro l'emarginazione...) 15,4%**

## Diagnosi principali secondo ICD 10

<b>F40 - F48</b> Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi <b>F43</b> Dist. Adattamento	<b>55%</b>
<b>F20 - F29</b> Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	<b>15%</b>
<b>F30 - F39</b> Sindromi <b>affettive</b>	<b>9%</b>
<b>F60 - F69</b> Disturbi della <b>personalità</b> e del comportamento nell'adulto	<b>8%</b>
<b>F90 - F98</b> Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con <b>esordio</b> abituale <b>nell'infanzia e nell'adolescenza</b>	<b>5%</b>
<b>F10 - F19</b> Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di <b>sostanze psicoattive</b>	<b>5%</b>
<b>F00 - F09</b> Sindrome e disturbi psichici di <b>natura organica</b> , compresi quelli sintomatici	<b>3%</b>
Tot	100%

## Focus sul Progetto Migranti utenti fino ai 24 anni



<b>2016</b>	<b>32,6%</b>
<b>2015</b>	<b>41,5%</b>
<b>2014</b>	<b>24,13%</b>
<b>2013</b>	<b>21%</b>
<b>2012</b>	<b>20,2%</b>
<b>2011</b>	<b>18,9%</b>

Si evidenzia un aumento significativo negli anni fino al 2015, mentre nel 2016 è presente una diminuzione degli accessi di questi utenti al servizio

# Il Protocollo d'Intesa

Formalizza nel 2013 la collaborazione già attiva da molti anni tra **enti pubblici e del privato sociale** del **territorio milanese** al fine di:

- creare un sistema di **presa in carico integrata** e **multidisciplinare** dei soggetti vulnerabili fornendo risposte idonee al superamento del disagio psichico
- favorire il **raccordo e il confronto costante** tra le diverse competenze e funzioni relative agli interventi realizzati dai vari enti nei confronti dei cittadini stranieri vulnerabili

**Grande Ospedale  
Metropolitano Niguarda**  
Servizio di Etnopsichiatria

**Università degli  
Studi di Milano-**  
Dipartimento  
Scienze Biomediche

**Protocollo d'Intesa  
formalizzato nel 2013**

**Comune di Milano**  
Servizio Politiche  
per l'Immigrazione

**Enti territoriali  
del privato sociale**  
Consorzio Farsi prossimo  
Ass. Sviluppo e Promozione  
Soc. Coop Terrenuove  
Casa della Carità

# Collaborazioni e tavoli di confronto

## Servizio Politiche per l'Immigrazione del Comune di Milano

Per utenti stranieri con disagio psichico  
in carico ai servizi ed ai centri  
di accoglienza del Comune

## Dipartimento di Scienze Biomediche

Condivisione di pazienti vittime di  
torture e traumi estremi

Attività di studio e ricerca sui temi:  
vittime di torture, segni, sintomi,  
minore età

## Neuropsichiatria Infantile del Policlinico di Milano

Minori stranieri non  
accompagnati con disagio  
mentale che passano alla  
maggiore età

**Servizio di  
Etnopsichiatria**

## Commissione territoriale per i Richiedenti Asilo

-Certificazioni psichiatrico/  
-psicologiche  
- Percorsi di cura

## Prefettura di Milano

Incontri di confronto sull'utenza dei CAS – Centri di  
Accoglienza Straordinaria afferenti alla Prefettura

# Alcune caratteristiche della nostra utenza

Persone arrivate in Italia da **sole**

Spesso mantengono **forti legami** con la famiglia d'origine

Persone che **spesso non hanno scelto di essere qui** (in Italia)

Persone che non hanno scelto di essere a colloquio da noi

Persone **senza un "loro luogo"/ casa**

Persone che vivono in centri accoglienza/ dormitori

Non hanno accesso ai servizi del territorio

Sintomi clinici e credenze – **convinzioni tradizionali**

Persone **senza documenti** o in attesa di documenti **per restare** in Italia

Non hanno i documenti **per tornare** al loro Paese

Persone con **disagio psichico** e sintomi somatici

Non conoscono la nostra lingua e la nostra cultura

# Il setting clinico nel disorientamento spazio temporale

## Disorientamento temporale:

Coloro che hanno vissuto dei traumi estremi, spesso sono **bloccati** nel loro passato. Per i nostri pazienti il presente ed il futuro sono caratterizzati da continue scadenze temporali (per i documenti, per il tipo di progetto in cui sono inseriti, per il tipo di assistenza ricevuta..) che li mantengono **in uno stato di ansia ed allerta**.

## Disorientamento spaziale:

I nostri pazienti non sono più nel loro paese ma non sono ancora realmente “presenti” in Italia. Sono in una fase di “**transizione**”, di passaggio... soprattutto i richiedenti asilo. Li incontriamo quando sono in attesa di sapere **se e quanto** potranno restare in Italia.

Vivono in condizione di **assoluta precarietà** rispetto alla condizione abitativa.

Quello che cerchiamo di offrire dal punto di vista clinico è la creazione di uno spazio condiviso, **lo spazio della relazione terapeutica**, che ci permette di rielaborare, per quanto possibile, i traumi del passato, mantenendo una costante attenzione e concentrazione al momento presente.

Possiamo “solo” ripartire dal **nostro incontro** nel qui ed ora.

# Tipologie di utenti e percorsi clinici

Vittime di traumi estremi, torture, violenze intenzionali

Giovani migranti in passaggio alla maggiore età

Madri con bambini inviate dal Tribunale dei Minorenni

Giovani autori di reato inviati dal Tribunale dei Minorenni

# Le vittime di violenza estrema

Violenze avvenute nel paese d'origine

Violenze avvenute nel percorso migratorio

Violenze avvenute in Italia

Spesso hanno sperimentato **esperienze di morte**

Possono aver **assistito** a morte o torture di loro **famigliari**

Una delle condizioni più drammatiche è **quando non sanno** cosa sia successo ai loro cari.

Le violenze intenzionali spesso lasciano segni, **cicatrici**, deformità sul corpo e infinite **ferite invisibili**

Sono persone con una **sintomatologia molto intensa**, flashback, incubi, allucinazioni, alterazioni emotive, forte ritiro sociale, comportamenti esplosivi...

**Le violenze intenzionali** compromettono in modo significativo le capacità cognitive, la regolazione emotiva, **le abilità interpersonali**

Nella nostra esperienza alcuni tra loro sono i pazienti con migliori **capacità di recupero**, pochi si cronicizzano

# I minori al passaggio alla maggiore età

Giovani in passaggio alla maggiore età: spesso già utenti della neuropsichiatria infantile per **condizione clinica che richiede un supporto psichiatrico psicologico**.

Il passaggio ai 18 anni comporta la perdita di diritti e tutele che rendono questi **pazienti particolarmente vulnerabili e a rischio di marginalità sociale**.

Spesso passano da **comunità per minori a dormitori per adulti o alla strada**.

Nella nostra esperienza è l'utenza più isolata **a livello affettivo**. Alcuni sono stati allontanati dalle famiglie, altri hanno dovuto scappare per forti maltrattamenti.

Anche quando non sono stati costretti a scappare per dinamiche familiari, rifiutano di mantenere riprendere i contatti con la famiglia perché si **vergognano della propria condizione**

Sono spesso più inclini **all'uso di sostanze che all'assunzione regolare di farmaci**

# Le madri inviate dal Tribunali dei Minorenni

Il tribunale chiede di valutare le capacità genitoriali di madri straniere. sono percorsi clinici molto lunghi e dolorosi.

Queste mamme potrebbero beneficiare di percorsi educativi dove confrontare le loro esperienze educative personali e comprendere le richieste della nostra società.

Generalmente cerchiamo di affrontare questi casi in più operatori e con continui confronti in equipe.

Capita che gli operatori di alcuni centri di accoglienza madre/bambino abbiano poca capacità di cogliere gli aspetti di fragilità delle madri ... queste donne vengono a volte giudicate inadeguate e maltrattanti prima di essere comprese

Nei percorsi clinici è importante capire profondamente le modalità di accudimento di ogni mamma e valorizzare i riferimenti culturali/tradizionali positivi che rispettano e tutelano il bambino.

Spesso le madri sono, loro per prime, soggetti traumatizzati, vittime di violenze (tratta)

# I minori autori di reato inviati dal Tribunali dei Minorenni

I giovani migranti vivono spesso una doppia crisi identitaria (età/cultura)

Sono casi complessi perché spesso l'appartenenza ad un gruppo, anche se delinquenziale, sostiene il senso di identità.

Molti sono adolescenti che ricongiunti ai genitori dopo aver trascorso l'infanzia nei paesi d'origine, cresciuti da altri parenti o genitori single

Alcuni dei nostri utenti di questo gruppo hanno commesso reati come esponenti di organizzazioni piuttosto strutturate, come i membri delle bande latino-americane.

Generalmente i giovani centro/sud Americani appartenevano alle bande già nel loro paese

Abbiamo osservato che uno dei modi per poter uscire da alcuni gruppi delinquenziali, senza ripercussioni, è diventare genitori

Alcuni dei ragazzini che abbiamo seguito, sono diventati genitori nel corso del periodo di messa alla prova

L'infanzia di questi ragazzi è spesso caratterizzata da vissuti di abbandono e privazione

Abbiamo seguito alcuni casi di ragazzi cinesi, anche loro legati ad organizzazioni gestite da connazionali.

Spesso hanno un sistema di valori di riferimento inverso a quello della società