



Premio Nobel per la Pace 1999



© Alessandro Penso

TRAUMI IGNORATI

**Richiedenti asilo in Italia:
un'indagine sul disagio mentale
e l'accesso ai servizi sanitari territoriali**

INDICE

SOMMARIO	1
INTRODUZIONE	3
OBIETTIVI	6
Obiettivo Principale	6
Obiettivi Secondari	6
METODOLOGIA	7
Finalità generale e strumenti di indagine qualitativa	7
Analisi qualitativa	10
Dati epidemiologici raccolti nel progetto MSF	10
Analisi qualitativa	11
RISULTATI	12
Focus groups e interviste in profondità: salute mentale dei richiedenti asilo e accesso ai servizi	12
Dati quantitativi: la salute mentale dei richiedenti asilo secondo l'esperienza di MSF	23
Disagi riscontrati	24
Fattori di rischio e difficoltà di vita post-migrazione	26
DISCUSSIONE	28
Limiti dello studio	30
CONCLUSIONI e RACCOMANDAZIONI	31
BIBLIOGRAFIA	32

ABBREVIAZIONI

ASL	Azienda Sanitaria Locale
CARA	Centri Accoglienza Richiedenti Asilo
CAS	Centri Accoglienza Straordinaria
CI	Confidence Interval - Intervallo di confidenza
CIE	Centri di Identificazione ed Espulsione
CSM	Centro Salute Mentale
DSM	Dipartimento Salute Mentale
IQR	Inter Quartile Range - Differenza Interquartile
MSF	Medici Senza Frontiere
NIRAST	Network Italiano per i Richiedenti Asilo sopravvissuti a Tortura
OR	Odds Ratio
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder - Disordine da stress post traumatico
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPRAR	Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees <i>Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati</i>

SOMMARIO

Le numerose crisi umanitarie degli ultimi anni, la persistenza di condizioni di guerra e della violazione sistematica dei diritti umani in molti Paesi costringono milioni di persone a fuggire intraprendendo viaggi spesso molto pericolosi. Secondo i dati dell'UNHCR oggi le persone in fuga nel mondo sono oltre 60 milioni. Le evidenze scientifiche degli ultimi anni hanno mostrato un aumentato rischio di disturbi mentali tra migranti forzati e richiedenti asilo. Oltre a eventi traumatici che i migranti possono aver subito prima e durante il loro percorso migratorio, alcuni di loro presentano stress e sofferenza relativi alla condizione attuale, dovuta all'esilio in una terra sconosciuta. Da luglio 2015 a febbraio 2016, Medici Senza Frontiere ha condotto un'indagine per studiare i bisogni di salute mentale tra i richiedenti asilo residenti nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e il loro accesso ai servizi territoriali. L'analisi condotta nelle Province di Milano, Roma e Trapani, scelte per il rilevante numero di centri di accoglienza presenti, si è giovata di un duplice approccio: qualitativo e quantitativo. L'utilizzo di focus groups e interviste in profondità con immigrati, operatori sanitari e operatori dei CAS ha permesso di decifrare il bisogno degli ospiti presenti nelle strutture di accoglienza, il percorso assistenziale intrapreso laddove necessario e la risposta dei servizi sanitari territoriali. Il lavoro di ricerca quantitativa condotto sui dati che Medici Senza Frontiere ha raccolto da ottobre 2014 a dicembre 2015 durante le attività di supporto psicologico tra i richiedenti asilo ospiti nei CAS della Provincia di

Ragusa, ha fornito una buona base di partenza per individuare l'entità delle problematiche e i potenziali fattori che le influenzano.

Tra i soggetti analizzati in questo studio (n=387 pazienti), 234 (60,5%) mostravano problematiche di salute mentale. Tra questi, 199 pazienti sono stati presi in carico da MSF che ne ha garantito il follow-up. Il 42% (n=84) dei pazienti presentava **disturbi compatibili con PTSD, ansia (27%, n=54) o depressione (19%, n=38)**, e l'età media era di 23,9 anni ($\pm 5,5$). **Tra i pazienti presi in carico, l'87% (173/199) ha dichiarato di soffrire per le difficoltà legate alle condizioni di vita attuali.** In particolare la mancanza di attività quotidiane, la paura per il futuro, la solitudine e il timore per i famigliari lasciati nel paese di origine rappresentavano le principali problematiche della vita post-migrazione. Dai dati presi in esame e dal confronto tra il gruppo di richiedenti asilo che mostrava disturbi di salute mentale e quello che non mostrava alcun disturbo, **la probabilità di avere disagi psicopatologici è risultata di 3,7 volte superiore tra gli individui che avevano subito eventi traumatici rispetto a chi non ne aveva subiti** (OR= 3,7, 95% CI 2,3-6,1; $p < 0,000$). Il lavoro qualitativo ci ha rimandato la fotografia di un sistema di accoglienza che, di fronte a una popolazione particolarmente disagiata, risponde in maniera emergenziale, senza un'adeguata preparazione. In molti casi non esiste uno screening attivo per valutare la necessità di un supporto della salute mentale tra gli ospiti dei centri e questo

implica una sottostima dei bisogni. **I servizi sanitari territoriali spesso mancano di competenze e risorse necessarie** e non sono ancora in grado di riconoscere i segni del disagio tra questa utenza. **Sono sporadiche, quando non del tutto assenti, figure come quella del mediatore culturale** che possano aiutare a stabilire un contatto e a ridurre le distanze culturali. **La permanenza presso i Centri è prolungata e sovente fonte di ulteriore disagio.**

Se da un lato i risultati suggeriscono alti tassi di disagio mentale soprattutto tra quei richiedenti asilo esposti a eventi traumatici e un impatto negativo della permanenza prolungata nei CAS, dall'altro il sistema resta impreparato e i servizi territoriali inadeguati a rispondere alle esigenze di questa popolazione. **È necessario dare una risposta integrata con il territorio** che coinvolga i servizi sanitari locali, i dipartimenti di salute mentale ma anche il mondo delle associazioni, le università e le amministrazioni pubbliche, definire team multi-professionali dedicati in grado di identificare i fattori di rischio specifici e fornire approcci terapeutici appropriati.

Sappiamo che i dati qui riportati riferiscono di una situazione complessa e che il lavoro fatto da Medici Senza Frontiere è una risposta minima rispetto ai bisogni esistenti. È tuttavia nostro auspicio che questi dati possano rappresentare un ulteriore elemento di riflessione per altri attori e per le istituzioni affinché vengano elaborate soluzioni strutturali rispetto alla salute mentale dei richiedenti asilo.

© Sara Creta



INTRODUZIONE



© Sami Al-Subaihi

L'aumento dei flussi migratori verso l'Europa a seguito di guerre, persecuzioni politiche, povertà endemiche e speranza di cercare condizioni di vita migliore, ha chiamato i Paesi occidentali a fornire una risposta civile e politica a un problema che ormai presenta delle dimensioni planetarie. In effetti la migrazione internazionale, pur non essendo un fenomeno recente, sta diventando la protagonista di uno dei più rilevanti eventi mondiali. L'Italia in particolare da oltre vent'anni si confronta con questo fenomeno, che, dopo una prima comparsa agli inizi degli anni '90, ha fatto registrare negli ultimi anni una crescita anche di richieste di protezione internazionale¹. Il rapporto annuale dell'UNHCR parla di 65,3 milioni di migranti forzati nel mondo alla fine del 2015², un incremento del 9,7% rispetto al 2014, uno dei più alti mai registrati in un solo anno.

A fronte dell'incremento negli arrivi e di una progressiva saturazione dei posti all'interno dei centri governativi di prima accoglienza e di quelli garantiti nell'ambito del sistema SPRAR (Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), il Ministero dell'Interno con una prima circolare dell'08.01.2014³ e con la successiva del 19.03.2014⁴ richiede alle Prefetture di reperire delle strutture di accoglienza temporanee sui rispettivi territori di competenza, per rispondere ad arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti asilo⁵. Il 9 aprile 2014⁶ il Ministero emana un'ulteriore circolare con cui procede a una nuova espansione del "piano straordinario".

Si tratta di Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS): sistema

emergenziale di accoglienza dei richiedenti asilo, regolato da convenzioni temporanee con strutture pubbliche, del privato sociale ma anche di imprenditori privati, poco orientato a costruire programmi e progetti di inclusione con i territori⁷. Sono strutture di varia natura (alberghi, B&B, case private, appartamenti affittati ad hoc, villaggi vacanze, scuole, palestre, ex orfanotrofi e enti pubblici in disuso) il cui gestore, che ha stipulato una convenzione con la Prefettura locale, si impegna a erogare un servizio di accoglienza, a fronte di un compenso massimo di 35 euro al giorno per ciascun migrante. L'ente gestore assicura servizi di gestione amministrativa, servizi di assistenza generica alla persona, servizi di pulizia e igiene ambientale, erogazione dei pasti, fornitura di beni (vestiti, prodotti per l'igiene personale, materasso, erogazione di un compenso giornaliero detto pocket money di 2,50 Euro e scheda telefonica all'ingresso di 15 Euro), servizi per l'integrazione (informazioni sulla normativa concernente l'immigrazione, servizio di assistenza linguistica e legale). Contrariamente al sistema SPRAR, servizio di seconda accoglienza regolato dal Ministero dell'Interno con il coinvolgimento diretto dei Comuni, non prevede una connessione con il territorio e la costruzione di progetti orientati all'inserimento sociale e lavorativo.

La permanenza in tali strutture dovrebbe essere limitata al tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente nelle strutture di prima o seconda accoglienza a carattere ordinario.

1. Secondo il Ministero dell'Interno i profughi giunti sulle nostre coste nel 2015 sono stati 153.842. (<http://www.interno.gov.it/sala-stampa/dati-e-statistiche/trend-arrivi-dei-migranti-sulle-coste-italiane>). Secondo i dati Eurostat i gruppi più numerosi di richiedenti asilo che hanno cercato protezione nel nostro paese provengono da: Nigeria (17.780, il 21%), Pakistan (10.285, il 12%), Gambia (8.015, il 10%), Senegal (6.370, l'8%) e Bangladesh (6.015, il 7%). Rapporto completo su: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics

2. UNHCR, *Global Trends, Forced Displacement 2015*. Rapporto completo su: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>

3. Circolare del Ministero dell'Interno n. 104 *Afflusso di cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale. Individuazione di strutture di accoglienza*

4. Circolare del Ministero dell'Interno n.2204 *Accoglienza - Afflusso di cittadini stranieri a seguito di ulteriori sbarchi sulle coste italiane*

5. Questo piano prevede la suddivisione di 2.390 posti di accoglienza tra una sessantina di capoluoghi di Provincia. Nella circolare citata il Ministero fa riferimento anche ad altri 883 posti, nonché a 5.500 posti già attivati in 115 strutture provvisorie in Sicilia, Puglia e in altre Regioni.

6. Circolare del Ministero dell'Interno n.14100/127 *Accoglienza - Afflusso di cittadini stranieri a seguito di ulteriori sbarchi sulle coste italiane*

7. Tale disposizione è peraltro conforme all'art. 18, comma 9 della direttiva europea 2013/33 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, che consente la predisposizione di condizioni di accoglienza straordinarie purché rispondenti alle esigenze essenziali, in via eccezionale, quando le capacità di alloggio ordinarie siano momentaneamente esaurite. Si veda la direttiva su: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033>

8. Per ulteriori approfondimenti si veda: http://www.interno.gov.it/sites/default/files/dati_per_sito_da_marzo_a_dicembre_2015.pdf

9. Si consulti: Cantor-Graae E., Selten J.P., Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review, *Am J Psychiatry* 162:12-24, January 2005.

Di fatto, considerando la carenza di posti a livello nazionale e il rallentamento delle procedure di richiesta di asilo, questi tempi diventano particolarmente lunghi e onerosi da un punto di vista emotivo per il richiedente.

Secondo i dati resi noti dal Ministero dell'Interno a dicembre 2015⁸ sono oltre 100.000 i migranti ospitati nelle strutture di accoglienza disseminate sul territorio italiano. Di essi, quasi 80.000 sono distribuiti all'interno dei CAS, circa 19.000 sono inseriti nella rete degli SPRAR, poco più di 7.000 sono collocati nei centri governativi di prima accoglienza per richiedenti asilo. La Lombardia e la Sicilia sono

le regioni con il numero più elevato di presenze (rispettivamente il 13% e il 12%), seguite da Lazio, Piemonte e Campania (8%). Da queste cifre risulta evidente che attualmente la parte preponderante dell'accoglienza si regge sui CAS ovvero su quelle che erano state concepite come delle strutture temporanee e di emergenza.

Una vasta letteratura scientifica⁹ ha rilevato e confermato quanto l'esperienza migratoria sia strettamente correlata alla salute psico-fisica. Infatti se da un lato la migrazione può rappresentare una evoluzione individuale e contribuisce ad ampliare le opportunità di scelta e di azione del singolo, dall'altro

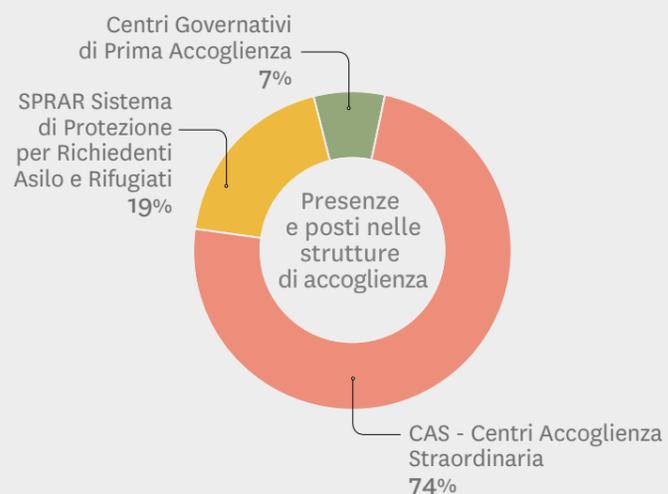
Tabella 1.

Tipologia di strutture e suddivisione richiedenti asilo, Italia, 2015

TIPOLOGIA DI STRUTTURE	Numero strutture	Presenze/Posti	%
CAS	3.090	76.683	74
SPRAR	430 progetti	19.715	19
CENTRI GOVERNATIVI DI PRIMA ACCOGLIENZA	13	7.400	7
TOTALE PRESENZE		103.798	100

Dati Ministero dell'Interno, dicembre 2015

Figura 1. Presenze e posti nelle strutture di accoglienza, Italia, dicembre 2015



esponde il migrante a molteplici sollecitazioni e a fattori di rischio. La separazione rispetto al proprio contesto familiare e sociale, la perdita dei sistemi di supporto, l'esistenza di barriere linguistiche e culturali, le difficili condizioni socio-economiche in cui spesso versa questo tipo di popolazione possono influenzarne la salute fisica e mentale. Senza contare che la popolazione sopravvissuta a conflitti armati, a emergenze umanitarie e che fugge dal proprio Paese è ad aumentato rischio di problemi di salute mentale¹⁰.

Molte delle persone che arrivano in Italia sono rifugiati provenienti da zone di conflitto o da stati fortemente repressivi, passano attraverso la Libia dove la situazione è ulteriormente deteriorata dal 2014, si sono lasciate alle spalle famiglia e affetti. Si tratta di una popolazione fragile e portatrice di bisogni particolari. Oltre ai traumi vissuti prima e durante il percorso migratorio, le condotte discriminatorie vissute una volta arrivati nei Paesi di destinazione, associate a una generale mancanza di opportunità, possono promuovere in questi soggetti una maggiore vulnerabilità e facilitare lo scivolamento verso forme di disagio mentale¹¹. Una serie di evidenze scientifiche accumulate negli ultimi anni hanno rilevato un rischio aumentato e una maggiore incidenza dei disturbi mentali tra i soggetti immigrati, in particolare tassi più alti di psicosi, depressione, *Post Traumatic Stress Disorders* (PTSD), disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e una maggiore tendenza alla somatizzazione¹² attribuibili a fattori individuali, a fattori di stress socio-ambientali e all'esposizione a traumi e avversità accumulate nel corso dell'esistenza.

Molti dei centri di accoglienza dove i richiedenti protezione internazionale vengono ospitati non dispongono di un servizio di supporto psicologico; secondo la convenzione stipulata con

la Prefettura l'assistenza sanitaria è garantita attraverso le strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e l'ente gestore dei centri dovrebbe facilitare il collegamento tra gli ospiti e i servizi territoriali. Le convenzioni siglate da ogni singola Prefettura risultano particolarmente variabili, la presenza di presidi medici e di servizi psicologici non sempre è garantita. La mancanza di un sistema di monitoraggio puntuale e di sanzioni da parte dell'ente finanziatore rende anche l'applicazione dei servizi altrettanto discrezionale.

Per ottenere una comprensione dei servizi di salute mentale offerti in Italia ai richiedenti asilo e verificarne la loro accessibilità, per osservare le principali dinamiche della popolazione migrante e del sistema di accoglienza straordinario valutandone le criticità e le conseguenze sugli stati emotivi di questa popolazione, Medici Senza Frontiere (MSF) ha svolto uno studio in tre Province italiane (Trapani, Roma, Milano) tra quelle con una più rilevante presenza di richiedenti asilo.

Questo rapporto tenta in prima istanza un'analisi sulle condizioni sociali e personali della vita nei Centri di Accoglienza Straordinaria e la presenza nel loro interno di sistemi di supporto per il disagio psicologico.

Successivamente valuta la disponibilità di servizi territoriali capaci di prendersi carico della salute mentale dei migranti e verifica il possibile sostegno e l'approccio alla cura utili per questa utenza.

Infine riporta la descrizione della coorte di pazienti affetti da disagio mentale seguita da Medici Senza Frontiere nell'arco di oltre un anno di assistenza svolta nei CAS della Provincia di Ragusa e ne descrive caratteristiche e problematiche. I dati emersi vengono discussi sulla base delle informazioni presenti in letteratura.



© Sara Creta

10. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., Van Ommeren M., Associations of torture and other potentially traumatic event with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009, 302:537-549.

11. Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S., Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann. Ist. Super Sanità* 2013, Vol. 49, N2:169-175.

12. Fazel M., Wheeler J., Danesh J.: Prevalence of serious mental health disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309-1314.

OBIETTIVI

Obiettivo Principale

Analizzare i bisogni di salute mentale tra i richiedenti asilo residenti nei Centri di Accoglienza Straordinaria e gli eventuali gap nell'intervento e presa in carico dei pazienti.

Obiettivi Secondari

- > Descrivere qualitativamente i servizi di salute mentale disponibili per i migranti sia all'interno dei CAS sia sul territorio e la loro accessibilità.
- > Descrivere i bisogni di salute mentale e le modalità di manifestazione della morbilità tra i richiedenti asilo residenti nei CAS.
- > Stimare la proporzione degli individui residenti nei CAS oggetto di questa analisi che presenta bisogni di salute mentale.
- > Esplorare le barriere rispetto all'utilizzo dei servizi di salute mentale.



METODOLOGIA

Finalità generale e strumenti di indagine qualitativa

Al fine di comprendere le complessità del percorso migratorio e le interazioni con il disagio psichico, le dinamiche di presa in carico dei potenziali bisogni di salute mentale nell'ambito dei servizi territoriali e dei CAS, lo studio ha perseguito un approccio integrato, qualitativo e quantitativo. Coerentemente a tale finalità la ricerca ha esplorato qualitativamente sia i servizi di salute mentale disponibili sul territorio per capire la loro organizzazione a fronte di una popolazione migrante con specifici bisogni di salute mentale, sia i servizi all'interno dei CAS ai quali compete la responsabilità di individuare eventuali bisogni di cura e segnalare l'esigenza di un intervento psicologico¹³. Gli strumenti di indagine utilizzati, focus groups e interviste in profondità, hanno permesso di far emergere e successivamente descrivere alcuni aspetti dei bisogni di salute dei richiedenti asilo e del loro rapporto con i servizi di assistenza.

Sono stati realizzati 16 focus groups di cui 10 con gli operatori sociali e i gestori dei CAS, 5 con i richiedenti asilo ospiti di alcuni CAS nella Provincia di Ragusa dove MSF ha operato e 1 con l'utenza dell'ambulatorio di Torre Spaccata nella ASL di Roma B, 24 interviste in profondità standardizzate e semi strutturate con psicologi e psichiatri dei CSM (Centro Salute Mentale) e DSM (Dipartimento Salute Mentale)¹⁴, con i responsabili della salute mentale operanti all'interno dei CAS, con i responsabili dei servizi di SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) delle Province in cui si è svolta l'indagine, con organizzazioni e realtà operanti sul territorio. Il campionamento utilizzato è stato a scelta ragionata. Tre Province italiane (Trapani, Roma, Milano), che registrano una presenza particolarmente elevata di popolazione immigrata e di centri di accoglienza straordinaria, sono state selezionate come aree di studio. A queste Province è stata aggiunta la Provincia di Ragusa dove sono stati effettuati i focus groups con la popolazione migrante. Un

13. I capitolati di appalto per la gestione dei Centri di Accoglienza Straordinaria sono assolutamente discrezionali e possono variare da una Provincia all'altra. A titolo esemplificativo nella Provincia di Ragusa dove MSF ha a lungo operato, nello schema di capitolato non era previsto inizialmente alcun tipo di supporto psicologico da parte delle strutture.

14. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Per maggiori informazioni si veda: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=168&area=salute%20mentale&menu=rete.





© Anna Surinyach

15. La partecipazione è stata garantita grazie a una scelta preventiva delle persone da intervistare e da includere nel focus group identificate sulla base degli obiettivi dell'indagine e contattate con congruo anticipo.

Il facilitatore MSF ha condotto i focus group e le interviste semi-strutturate introducendo lo scopo della ricerca, l'utilizzo delle informazioni e il processo. L'anonimato delle informazioni raccolte è stata garantita. Le guide per le tematiche da affrontare e approfondire all'interno dei focus groups e le interviste in profondità sono state sviluppate facendo una revisione letteraria sull'argomento e poi somministrate ai partecipanti.

Le interviste semi-strutturate hanno permesso in prima istanza di realizzare una mappatura dei servizi di supporto psicologico offerti ai migranti e successivamente di comprendere gli strumenti utilizzati in ogni territorio per rispondere ai bisogni di questo tipo di popolazione. I focus groups hanno dato voce agli operatori dei CAS delle diverse realtà territoriali e ai migranti consentendoci di raccogliere rilevanti elementi conoscitivi e di mettere a fuoco le problematiche rispondenti all'obiettivo dell'indagine.

I focus groups e le interviste hanno avuto una durata variabile tra un'ora e un'ora e mezza. I gruppi di discussione con la popolazione migrante sono stati svolti separatamente rispetto agli operatori sociali e ai gestori del centro e articolati in funzione della lingua veicolare che parlavano per minimizzare i rischi di fraintendimenti e incomprensioni. La più ampia gamma possibile di partecipanti¹⁵ è stata inclusa per garantire che le voci di persone di diverse etnie e aree geografiche fossero rappresentate. Le discussioni sono state registrate e in seguito trascritte parola per parola con il consenso dei partecipanti per permettere una maggiore comprensione dei diversi punti di vista. Laddove la registrazione non è stata possibile, una trascrizione manuale, il più possibile fedele e dettagliata è stata effettuata. L'anonimato degli individui è stata garantita e il consenso orale dei partecipanti è stato raccolto.

La tabella di seguito mostra la ripartizione delle sessioni di ricerca con il numero di partecipanti che ha frequentato ogni sessione.

Tabella 2. Elenco di focus group, interviste e numero di partecipanti

Città	Tipo di sessione	Struttura	Tipo di ricerca qualitativa	N. Partecipanti
Trapani e Provincia	1. Operatori Sociali	CAS, Nuovi Orizzonti (Poggioreale)	Focus Group	4
	2. Operatori Sociali	CAS, Residence Marino (Trapani)	Focus Group	4
	3. Operatori Sociali	CAS, Hotel Villa S. Andrea (Valderice)	Focus Group	4
	4. Operatori Sociali	CAS, Pozzello Village (Campobello di Mazara)	Focus Group	4
	5. Operatori Sociali	CAS, Borgo della Pace (Marsala)	Focus Group	8
	6. Operatori Sociali	CAS, Giovanni XXIII (Marsala)	Focus Group	4
	7. Direttore Centro	CAS, Giovanni XXIII (Marsala)	Intervista in profondità	1
	8. Psicologa	CAS, Hotel Villa S. Andrea (Valderice)	Intervista in profondità	1
	9. Responsabili DSM	DSM	Intervista in profondità	2
	10. Servizio di Prevenzione	ASP	Intervista in profondità	2
	11. Prefettura	Prefetto	Intervista in profondità	2
	12. Associazione Borderline Sicilia	Operatore	Intervista in profondità	1
	13. UNHCR	Responsabile - Sicilia	Intervista in profondità	1
	14. UNHCR	Psicologa	Intervista in profondità	1
	15. Responsabile servizio SPDC	ASP	Intervista in profondità	1
Ragusa e Provincia	16. Operatori Sociali	CAS, Cinque Vie (Modica)	Focus Group	4
	17. Assistente Sociale	CAS, Libeccio (Vittoria)	Intervista in profondità	1
	18. Operatori Sociali	CAS, Villa Tedeschi (Modica)	Focus Group	4
	19. Migranti	CAS, Villa Tedeschi (Modica)	Focus Group	8
	20. Migranti	CAS, Chiaramonte Gulfi	Focus Group	13
Roma, ASL Roma B	21. Migranti	CAS, Acate (Vittoria)	Focus Group	12
	22. Operatori Sociali	CAS, Staderini	Focus Group	10
	23. Operatori Sociali	CAS, Codirossoni	Focus Group	6
	24. Responsabile Servizio SPDC	Ospedale Sandro Pertini	Intervista in profondità	1
	25. Responsabile DSM	ASL Roma B	Intervista in profondità	1
	26. Psichiatra operante con migranti	Caritas	Intervista in profondità	1
	27. Coordinatore Ambulatorio Psichiatria delle Migrazioni	Policlinico Umberto I, Dipartimento Neurologia e Psichiatria	Intervista in profondità	1
	28. Responsabile CSM	Torre Spaccata	Intervista in profondità	1
	29. Responsabile CSM	Via degli Eucalipti	Intervista in profondità	3
	30. Migranti	Torre Spaccata	Focus Group	10
Milano e Provincia	31. Operatori Sociali	CAS, Fondazione ARCA	Focus Group	4
	32. Operatori Sociali	CAS, La Vincenziana (Magenta)	Focus Group	8
	33. Vice-Direttore CAS	CAS, Fondazione Fratelli S. Francesco d'Assisi (San Zenone al Lambro)	Intervista in profondità	1
	34. Psicologo	CAS, Fondazione Fratelli S. Francesco d'Assisi (San Zenone al Lambro)	Intervista in profondità	1
	35. Psicologo	CAS, Fondazione ARCA	Intervista in profondità	1
	36. Psichiatra	Ospedale Niguarda, Etnopsichiatria	Intervista in profondità	1
	37. Psichiatra	Ospedale Niguarda, Etnopsichiatria	Intervista in profondità	1
	38. Psicologo	CAS, Corelli	Intervista in profondità	1
	39. Amministratore Centro	CAS, Corelli	Intervista in profondità	1
Totali				
4 Province	16 Focus groups, 24 interviste in profondità			135 Partecipanti

Analisi qualitativa

La trascrizione delle interviste è stata analizzata attraverso un processo di sistematica classificazione e codificazione del testo e identificando i temi e le tendenze ricorrenti¹⁶. Una volta codificati tutti i testi, ogni tendenza è stata analizzata alla luce degli obiettivi della ricerca. Le discrepanze sono state esaminate. Nella prima fase dell'analisi, i codici sono stati sviluppati leggendo i testi delle prime 6 trascrizioni riga per riga. La cornice di riferimento risultante da questa prima codificazione è stata poi utilizzata per decifrare e codificare il resto delle trascrizioni. I temi nuovi e i codici emersi successivamente sono stati incorporati nella cornice tematica di riferimento e collegati a etichette simili. La fase successiva dell'analisi ha incluso la conversione dei codici in categorie tematiche¹⁷. La frequenza della ricorrenza di alcune tematiche è stata riportata e sintetizzata.

Dati epidemiologici raccolti nel progetto MSF

Dal 1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2015 MSF ha offerto un servizio di assistenza psicologica nei CAS della Provincia di Ragusa, le cui attività principali si sono articolate su 3 fronti:

- ➔ valutazione sistematica di tutti i nuovi arrivi con l'aiuto di mediatori culturali attraverso gruppi psico-educativi.
- ➔ Realizzazione di interviste semi strutturate individuali volte a riconoscere particolari vulnerabilità. Una volta evidenziati dei bisogni, un percorso di follow-up psicologico individuale è stato garantito e ha incluso i soggetti autoriferiti, quelli individuati dai gruppi o segnalati dagli operatori.
- ➔ Sviluppo di una rete, con il supporto di un assistente sociale, utile a riferire i casi più vulnerabili verso una struttura di accoglienza più adeguata (SPRAR). In presenza di casi particolarmente vulnerabili, MSF ha garantito il follow-up dei soggetti con i servizi nazionali e territoriali.

Un'analisi retrospettiva dei dati di routine raccolti dal 1 ottobre 2014 al 31 dicembre 2015 è stata condotta. I dati sono stati raccolti grazie a una cartella clinica standardizzata e all'identificazione dei soggetti con disagi psicologici. Lo strumento di rilevazione è stato strutturato in maniera tale da raccogliere informazioni sulle caratteristiche dei migranti presenti all'interno dei CAS sia nella fase iniziale di screening globale sia nella fase successiva di selezione e presa in carico degli individui bisognosi di supporto psicologico. In entrambe le fasi sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche degli individui, sulla durata del viaggio, sulla data di arrivo in Italia, sui potenziali eventi traumatici subiti durante le tre distinte fasi migratorie: la situazione che precede la partenza dal paese di origine, l'esperienza della migrazione e del viaggio e l'arrivo in Italia indagando in particolare sulle condizioni di vita successive al periodo migratorio. Nella sezione dei pazienti presi in carico da MSF sono state raccolte anche informazioni relative all'ipotesi di diagnosi psicopatologica, al numero totale di consultazioni effettuate e all'esito finale definito come migliorato, perso di vista, stabile o peggiorato.

La decisione di presa in carico, la diagnosi del paziente e la definizione dell'esito si basano esclusivamente sul giudizio clinico: l'osservazione dei sintomi, l'esame delle difese utilizzate, la modalità di porsi in relazione, l'orientamento spazio-temporale, l'aderenza alla realtà, la capacità di contenimento emotivo, la capacità di resilienza e di adattamento. Nessuna scala di validazione è stata utilizzata per decidere la presa in carico del paziente in quanto quelle proposte sono state ritenute tarate per esigenze tassonomiche occidentali e dunque scarsamente rispondenti alle categorie dei nostri pazienti.

I risultati emersi offrono un importante quadro per l'interpretazione dei bisogni di salute mentale di questo tipo di popolazione.

Analisi quantitativa

Le informazioni sono state raccolte dal personale sanitario (psicologi) al momento della visita del paziente. I dati sono stati inseriti in un foglio Excel e analizzati con Stata versione 13, Atlanta City, Usa. A partire dai dati epidemiologici raccolti, diverse variabili sono state create per descrivere il profilo del migrante e l'eventuale ruolo della migrazione sull'insorgere di sintomatologia psicopatologica. Le caratteristiche basali e socio-demografiche tra il gruppo dei

pazienti che mostrava sintomi di disagio psicologico e quello senza alcun disagio psicologico sono state confrontate con il test del Chi quadrato così come la significatività delle differenze tra le distribuzioni di frequenze delle variabili categoriche.

Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0.05$. Le variabili qualitative sono state espresse in percentuali, quelle quantitative in media o mediana. Un'analisi univariata è stata realizzata per

ogni fattore di rischio associato a sintomi o ipotesi di diagnosi psicopatologica. Nel modello multivariato abbiamo utilizzato la regressione logistica per ottenere l'*odds ratio* e gli intervalli di confidenza per le relazioni tra i fattori di rischio e lo stato di salute mentale, controllando per alcune caratteristiche socio-demografiche degli individui. I risultati ottenuti sono stati presentati con un intervallo di confidenza del 95% (IC) e il loro valore *p-value* associato.



RISULTATI

Focus groups e interviste in profondità: salute mentale dei richiedenti asilo e accesso ai servizi.

Abbiamo identificato un sostanziale scollamento tra i CAS e i servizi territoriali e una conseguente scarsa, quando non assente, interazione tra ASL e Prefetture. Molto spesso è stata riscontrata una mancanza di coordinamento e dialogo tra le varie strutture di accoglienza presenti sul territorio e i servizi sanitari territoriali. Si va dalle complesse e congestionate Trapani e Ragusa, dove i servizi sanitari non hanno ancora messo a punto competenze professionali e strategie operative nell'ambito della clinica transculturale, alle più strutturate realtà di Roma e Milano dove esistono dei tentativi di interazione tra le strutture pubbliche e il privato sociale che curano il disagio mentale e i centri di accoglienza. Tuttavia la scarsità di fondi e di risorse umane competenti nel trattamento di vittime da traumi e con un background specifico nella cura di questa utenza rende l'interazione registrata sul suolo romano e milanese estremamente precaria. Nel caso della realtà romana, a fronte di una ridotta disponibilità di personale dedicato nell'ambito delle ASL¹⁸ e di un progressivo ridimensionamento del ruolo del servizio pubblico in questo settore, permangono una serie di esperienze positive come il Policlinico Umberto I con l'Ambulatorio di psichiatria delle migrazioni, l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea con l'ambulatorio di psichiatria transculturale, il Policlinico Ospedaliero Gemelli con il centro per le psicopatologie reattive al trauma. Va inoltre ricordata una certa vivacità del privato sociale con esperienze molto positive fatte registrare da Samifo (Centro per la Salute dei Migranti Forzati nella ASL di Roma A), da Medici Contro la Tortura, dal San Gallicano, dall'ambulatorio della Caritas e dal Nirast (Network Italiano per i Richiedenti Asilo sopravvissuti a Tortura)¹⁹. Esperienze come quelle appena citate hanno dimostrato come la sinergia tra soggetti del privato sociale e del servizio pubblico sia stata fondamentale nella creazione di

percorsi assistenziali per richiedenti asilo, vittime di tortura e di violenza, dando vita a percorsi di tutela, cura e riabilitazione psico-fisica delle persone più vulnerabili con il fondamentale supporto dei mediatori culturali. Tuttavia la scarsa integrazione tra i diversi attori ha favorito una notevole dispersione e mancata valorizzazione delle attività. Da sottolineare poi come le difficoltà economiche in cui versa la Regione Lazio e i tagli progressivi di risorse umane nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale non siano certo di grande aiuto. Discorso a se stante va tenuto per la realtà milanese, dove una serie di esperienze e di riflessioni nate intorno agli ambulatori di etnopsichiatria dell'Ospedale Niguarda e del Sacco hanno fatto da riferimento territoriale e stabilito collaborazioni tra i servizi sociali e sanitari pubblici e del privato sociale, oltre a rappresentare un supporto rilevante per le istituzioni e i centri di accoglienza. Nonostante la presenza del privato sociale nella Provincia di Milano sia ancora limitata, l'esperienza messa in atto dalla ASL con l'utilizzo costante dei mediatori culturali, la preparazione dei professionisti nell'individuazione degli elementi clinici delle vittime di traumi e la costante formazione degli operatori con attenzione alla contaminazione delle diverse esperienze, lo rendono un modello interessante. Tuttavia si tratta di una risposta ancora insufficiente rispetto ai bisogni esistenti sul territorio e che ha risentito di problemi di comunicazione dopo la recente istituzione dei CAS e della loro gestione a livello decentrato da parte della Prefettura.

I risultati sono presentati alla luce dei 2 principali criteri di investigazione:

1

L'utilizzo dei servizi sanitari territoriali nell'ambito della salute mentale da parte dei richiedenti asilo residenti nelle strutture straordinarie messe a punto dalle Prefetture e loro accessibilità.

2

Le criticità più rilevanti registrate all'interno delle strutture rispetto alle condizioni di vita dei richiedenti asilo ivi residenti e dell'identificazione del disagio psicologico.

1.a Procedura di valutazione della salute mentale all'interno dei CAS scarsamente adeguata o del tutto assente.

Nei CAS l'attività di supporto psicologico è spesso improvvisata e a macchia di leopardo, affidata a giovani alla loro prima esperienza sulla migrazione. La figura dello psicologo non sempre è prevista all'interno dei CAS che vengono concepiti essenzialmente come meri erogatori di servizi quali pasti, sorveglianza e relazione con la Questura e la Prefettura per il rilascio dei documenti. Tutto è lasciato alla discrezionalità dell'ente gestore e la collaborazione con i servizi territoriali non è garantita. Mancano protocolli operativi condivisi tra gli operatori dell'accoglienza e i servizi presenti sul territorio.

“

Abbiamo iniziato da soli... senza alcuna specifica nozione su come gestire un Centro di questo tipo, lo abbiamo iniziato a gestire a mò di comunità, prima di allora non avevamo alcuna nozione e criterio chiaro. Ora ci stiamo lentamente organizzando... All'inizio non sapevamo nulla di immigrazione, non sapevamo neanche cosa volesse dire la parola immigrato, ci siamo un po' improvvisati, ma ora progressivamente stiamo definendo una nuova professionalità.

Lo psicologo è in una fase di acquisizione della fiducia degli ospiti. Per ora è soprattutto l'assistente sociale che si occupa di loro. Dobbiamo ancora iniziare a lavorare a un piano di lavoro strutturato e sistematico che possa essere utile ad affrontare l'eventuale disagio mentale... ma a una prima analisi nessuno presenta dei problemi importanti in questo senso.

Da qualche mese ho iniziato a lavorare nel Centro come psicologa, lavoro 12 ore a settimana. Tra tutti gli ospiti presenti nella struttura ne ho incontrati la metà, nessuno l'ho rivisto una seconda volta e almeno il 30% di quelli che ho incontrato andrebbero rivisti, faccio del mio meglio, ma 12 ore non sono molte. Al CSM, quando sottopongo loro qualche problema, viene sottostimato, sono scarsamente preparati e faccio fatica a ottenere un appuntamento. Inoltre non hanno i mediatori a disposizione. Credo che bisognerebbe investire nella formazione degli operatori che lavorano in questo settore.

”

18. Si segnala il CSM di Torre Spaccata con un ambulatorio di Etnopsichiatria e la realizzazione di un gruppo di ascolto transculturale 2 volte al mese e il CSM di Via degli Eucalipti che dedica 6 ore a settimana alla psicologia transculturale.

19. L'ambulatorio per le Patologie Post-Traumatiche del San Giovanni Addolorata di Roma che costituiva il centro di Coordinamento del Nirast, una rete integrata di centri medico-psicologici ospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale e collocati nelle città di Roma, Milano, Torino, Gorizia, Caserta, Foggia, Bari, Crotone, Siracusa e Trapani, ha in realtà chiuso il 1° marzo 2012 causa tagli alle spese sanitarie e mancato rinnovo della convenzione tra il Ministero dell'Interno e la Commissione Nazionale Asilo.

“

È la prima volta che lavoro nell'ambito della migrazione, sono arrivata ad aprile. Prima di me il Centro non aveva nessuno psicologo. Sto cercando di farmi conoscere e di conoscere i ragazzi. Ho organizzato incontri individuali, molti hanno paura e sono restii, non parlano hanno timore che le loro parole possano essere usate contro di loro. Ho cercato di spiegare loro con estrema cautela che si tratta semplicemente di un colloquio conoscitivo. È difficile fare uno screening psicologico perché i ragazzi non si presentano mai agli appuntamenti, sto cercando di capire come migliorare questa parte e vincere la loro diffidenza.

Dai casi che arrivano in cura presso i nostri reparti possiamo dire che le maggiori problematicità dei CAS vengono dallo scarso numero degli operatori, soprattutto di operatori e psicologi formati in psicologia dei traumi. Questi centri sono molto grandi e hanno livelli minimi di accoglienza, manca una capacità di ascolto e di orientamento, di intercettazione dei segnali di disagio prima che diventino azioni esplosive e del trattamento come tale... Questi centri di accoglienza, oggi chi li controlla? Da chi sono garantiti? Questi centri non hanno educatori formati.

”

20. Per una definizione delle vulnerabilità si veda <http://www.unhcr.org/4317223c9.pdf> dove alla sezione 3.4.1, ai fini della procedura per la determinazione dello status di rifugiato, vengono identificate le seguenti categorie: persone con evidente bisogno di protezione, vittime di tortura e persone che hanno vissuto traumi, donne con bisogni speciali, minori non accompagnati o separati, richiedenti asilo anziani, richiedenti asilo con disabilità, richiedenti asilo con bisogni medici.

1.b) Identificazione della vulnerabilità ed eventuale trasferimento nelle strutture ad hoc lenta e spesso inesistente. Manca l'identificazione precoce e tempestiva.

Gli interventi per l'identificazione dei soggetti più fragili e con un disagio mentale più o meno manifesto possono essere diversi, secondo il tipo di vulnerabilità²⁰ e richiedono, oltre all'attività informativa e di raccolta storie, anche un'osservazione dei comportamenti e del linguaggio verbale e non. I tempi ristretti e spesso la mancanza di una specifica formazione degli psicologi presenti nei CAS impediscono o rallentano la pronta segnalazione agli attori competenti al fine di predisporre un'opportuna presa in carico. Fatto salvo per alcuni casi più virtuosi, in linea di massima, non esiste all'interno dei CAS un percorso psicologico strutturato e una chiara identificazione degli interventi di natura preventiva necessari all'intercettazione del disagio e la presa in carico tempestiva di soggetti con seri problemi di salute mentale. I casi vengono segnalati alle autorità competenti solo a seguito di gesti improvvisi di rabbia, aggressività o atteggiamenti preoccupanti.



1.c) Abuso dei Pronto Soccorso ospedalieri e dell'SPDC.

L'accesso ai servizi territoriali funziona attualmente su base emergenziale che spiega il numero crescente di accessi in urgenza e di ospedalizzazioni per disturbi psichiatrici acuti tra migranti in molte delle aree qui prese in esame²¹. Questo dato è attribuibile anche a una diversa modalità di accesso alle cure dei migranti per cui l'SPDC diventa la via di accesso privilegiata e solo nel momento in cui la patologia esplose e non è più controllabile. Il ricorso al Pronto Soccorso resta la pratica più diffusa per una "soluzione" rapida ma non strutturata dei problemi. Sul fronte dei servizi socio sanitari permane una mancanza di pianificazione, di strumenti e pratiche di lavoro adeguati a un'utenza proveniente da aree e culture profondamente diverse, più evidente nelle realtà siciliane.

“

I rapporti con i CAS sono pressoché inesistenti, non esiste un ambulatorio dedicato, solo se ci sono dei problemi e in presenza di casi acuti allora i migranti finiscono in Pronto Soccorso e al reparto emergenza SPDC. Quello che di fatto manca è seguire il paziente e prendersi cura della salute mentale anche in assenza di grosse crisi psicopatologiche.

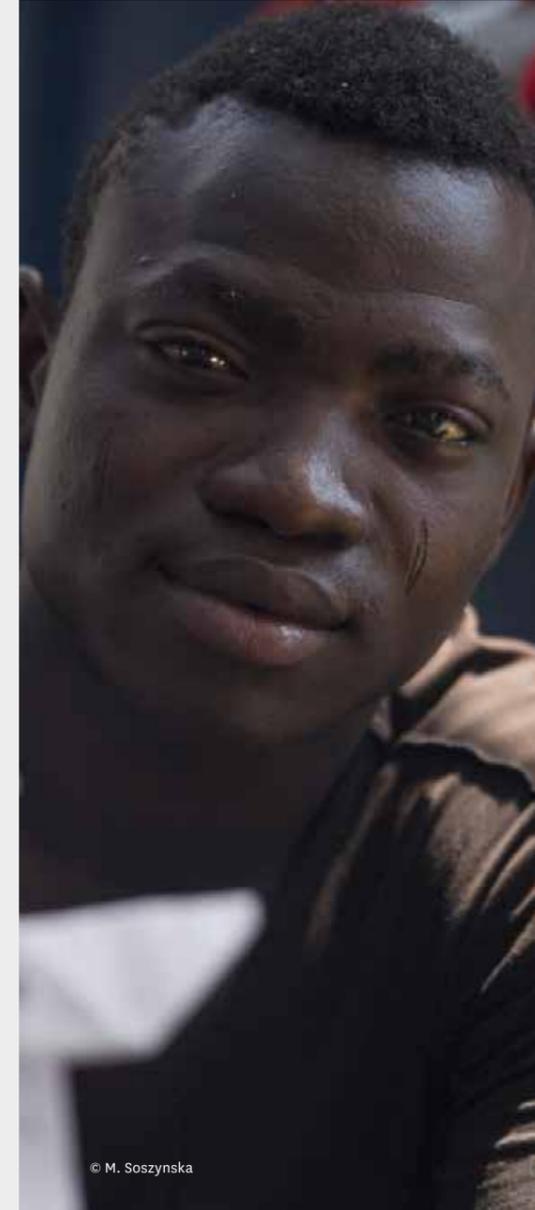
Non abbiamo un'utenza molto ampia, spesso viene utilizzato il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) in maniera impropria e per disfarsi dei soggetti che recano disturbo pur in assenza di patologia psichiatrica. La polizia quando ha a che fare con un paziente che presenta reazioni esasperate lo porta all'SPDC. La definizione psichiatrica diventa un modo per liberarsi del paziente problematico... ma di fatto si tratta spesso di problemi il cui disagio ha preso la forma e le caratteristiche della dis-percezione legata a fattori contingenti (il permesso di soggiorno che non arriva, la richiesta di asilo respinta, il progetto di vita che si allontana, la perdita di riferimenti, l'incapacità di recuperare un'esistenza)... È un comportamento più di gestione che di terapia psichiatrica e andrebbe trattato con un approccio psicologico più che psichiatrico.

Manca una visione sistemica, non si può demandare tutto al Centro di accoglienza, se le istituzioni deputate a farlo non rafforzano le loro capacità e non si dotano di risorse umane necessarie il problema permane. Non abbiamo sempre contatti con le ASL e all'interno dei distretti sanitari se conosci qualcuno riesci a muoverti, altrimenti ti blocchi. Le liste d'attesa e i tempi sono insopportabilmente lunghi, portarli al Pronto Soccorso diventa la cosa più semplice.

I CAS sono un coagulo di situazioni drammatiche a cui, ne sono consapevole, dovremmo dare una risposta. I pochi ragazzi che arrivano da noi ci arrivano in presenza di situazioni acute e scompensati, raccontano di situazioni estreme, i centri hanno professionalità solo parzialmente preparate ad affrontare queste problematiche.

”

21. Secondo i dati forniti dall'SPDC di Trapani e Roma questo dato negli ultimi anni risulta in aumento. Tendenza confermata anche da altri studi presenti in letteratura. Morgan C., Mallett R., Hutchinson G., Bagalkote H., Morgan K., Fearon P., Dazzan P., Boydell J., McKenzie K., Harrison G., Murray R., Jones P., Craig T. & Leff J. Sample characteristics and compulsory admission: a report from the AESOP study. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 186, 281-89. M. Braca, I. Tarricone, F. Chierzi, V. Storbini, T. Marcacci, D. Berardi, I disturbi mentali comuni nelle popolazioni di migranti che afferiscono ai livelli primari di cure: l'esperienza del Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT). Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università di Bologna.



“

Avere dei mediatori sempre disponibili non è facile soprattutto per alcune lingue come il tigrino o il bambara, spesso mi barcameno con l'inglese e con l'italiano (molti ragazzi stanno seguendo dei corsi di italiano).

Nei CSM non ci sono i mediatori culturali, quando dobbiamo accompagnare un nostro ospite portiamo i nostri mediatori ma non sempre possiamo. Le ASL non hanno risorse, sarebbe bene che, con tutti i bisogni che ci sono sul territorio, si dotassero di una squadra di mediatori.

La ASP di Trapani ha istituito un albo di mediatori culturali che però resta sguarnito. In fase acuta il servizio dà un supporto ai centri laddove venga richiesto. C'è carenza di personale quindi si interviene rapidamente solo su richiesta.

Io parlo un po' di inglese ma non è adeguato a sostenere un colloquio che vorrebbe stabilire un ponte e creare un rapporto di fiducia, dunque quando posso mi servo di interpreti o mediatori, non sempre disponibili. Stiamo anche stimolando i ragazzi a imparare meglio l'italiano.

”

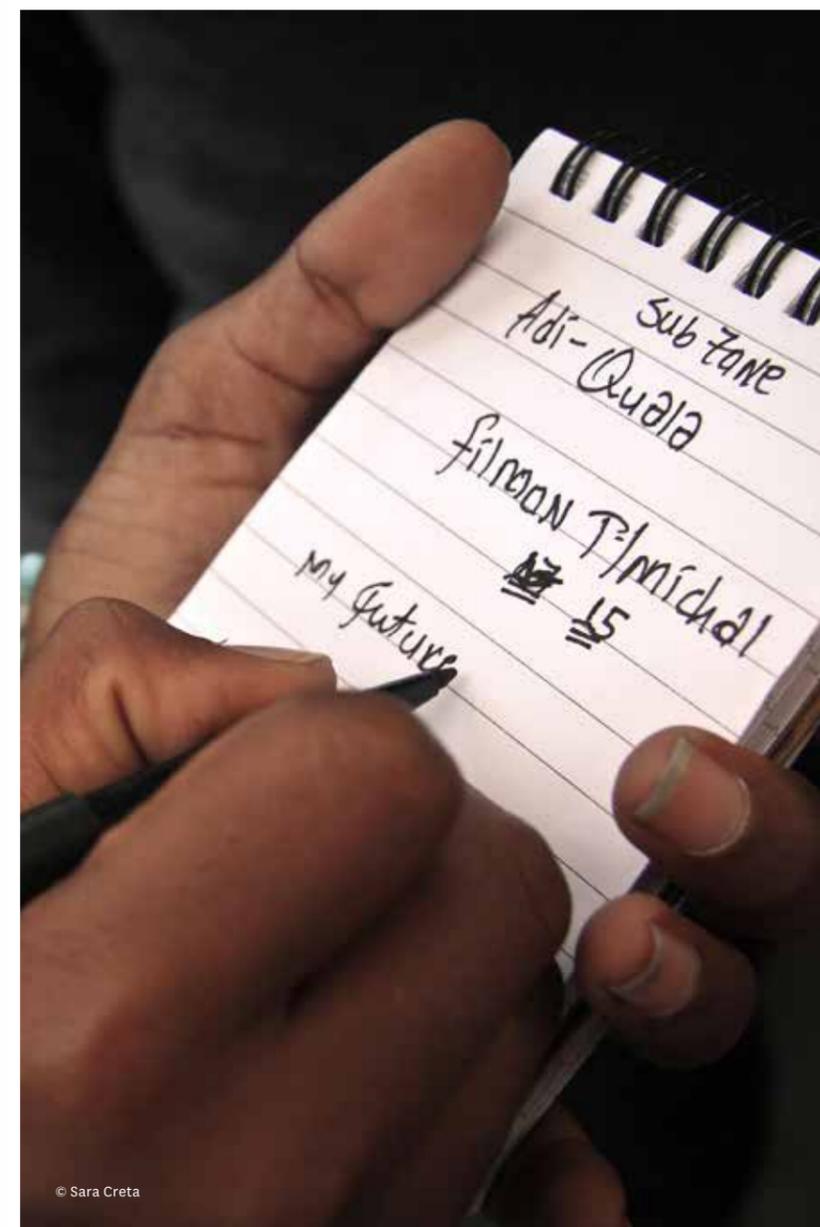


1.d Mediazione culturale a intermittenza, spesso assente o praticata da personale italiano sia all'interno dei CAS che nei servizi territoriali.

In alcuni dei CAS visitati la figura del mediatore è spesso interpretata come mero traduttore e la mediazione che dovrebbe rivestire un ruolo fondamentale per creare con il paziente un rapporto di fiducia, per aiutare a interpretare il sistema culturale, morale e cognitivo della cultura di provenienza del paziente, risulta spesso assente o svolta da personale italiano. Sul fronte dei servizi sanitari sebbene una comunicazione culturalmente adattata al beneficiario sia fondamentale per una corretta comprensione e presa in carico di qualità, i mediatori operanti all'interno delle ASL sono una vera eccezione.

1.e Mancanza di risorse umane, finanziarie e di servizi di salute mentale culturalmente appropriati per trattare i richiedenti asilo.

È stata rilevata una sostanziale distanza tra il bisogno di salute mentale e l'offerta di prestazione dei servizi sanitari spesso imputabile alla mancanza di risorse umane appropriate (operatori che abbiano esperienza nel trattamento della psicologia dei traumi) e di misure finanziarie adeguate per rispondere ai bisogni dei pazienti migranti. Il problema è stato riportato sia dai CSM che dai CAS coinvolti nella ricerca. È assente una rete di offerta di servizi sanitari aderente al reale bisogno di questa popolazione, degli ambulatori transculturali che possano seguire le problematiche afferenti alla loro salute mentale e dotati di mediatori culturali. Inoltre permane una sostanziale mancanza di flessibilità rispetto alle categorie diagnostiche occidentali usate solitamente e che non permettono di utilizzare leve diverse e di significato strategico nella psicoterapia degli immigrati.



“

Combattiamo ogni giorno con le loro fobie, credono che qualsiasi cosa accada sia dovuta a spiriti e riti praticati da chissà chi nei loro paesi. Ho spiegato loro che qui sono in Italia, che queste cose non esistono, ma non c'è stato niente da fare...

... La difficoltà maggiore è la diffidenza e fargli rispettare gli appuntamenti. Non si presentano quasi mai. Prima mettevamo gli annunci nella hall principale ma ritrovavamo il nostro annuncio strappato. Allora abbiamo pensato di mettere l'annuncio nelle loro stanze e anche quello lo abbiamo trovato strappato. Sembra che nulla funzioni ed è molto faticoso.

I servizi pubblici in generale non hanno la preparazione specifica per far fronte al trattamento delle psicopatologie dei migranti. La soluzione sarebbe quella di creare all'interno dei servizi dei piccoli nuclei specializzati e ben formati che magari possano essere integrati con il privato sociale dedicato. Formazione e impegno sono le due parole chiave. Costruire una rete locale di servizi psichiatrici che sappiano curare questi pazienti e abbiano una formazione in psicotraumatologia.

”

“

Abbiamo chiesto ripetutamente e senza successo alla Prefettura un incontro, abbiamo chiesto di costituire un tavolo di lavoro proprio per farci dire le cose che non funzionano e creare un canale di informazione, stabilire un protocollo di intesa che ci consenta di definire meglio i bisogni di questa popolazione e realizzare un piano che possa orientare l'offerta e l'organizzazione dei servizi della nostra azienda ospedaliera. Ad oggi non abbiamo avuto risposta.

Per la presa in carico non esistono protocolli operativi tra i responsabili dell'accoglienza e i servizi presenti sul territorio...

Noi qui facciamo una prima visita, il problema è per quelli che hanno bisogno di una sorveglianza successiva... non sappiamo mai se e come sono seguiti successivamente nei CAS. Non c'è follow up sindromico.

In presenza di persone problematiche o con sintomatologie disturbanti la sola cosa che la Prefettura fa è prendere la persona e trasferirla da un centro all'altro. Esiste un piano per la soluzione dei problemi nell'ambito delle situazioni acute, ma non esiste alcun piano di sviluppo terapeutico futuro. La Prefettura ha mandato di intervento nell'accoglienza, ma non di soluzione di problemi terapeutici futuri.

”



1.g Cambiamento di fattori socio-culturali nella popolazione migrante.

Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia di psichiatri operanti in strutture pubbliche, è emersa una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta e in assenza di un progetto migratorio chiaro.



“

Qualche anno fa erano pazienti forti per i quali avevamo strumenti diversi con cui lavorare... oggi e soprattutto dal 2011 con l'emergenza Nord Africa, da noi arrivano rifugiati e richiedenti asilo vittime di tortura e di molteplici violenze. Il nostro personale è spesso impreparato a gestire queste situazioni complesse. La frustrazione e la demotivazione degli operatori è elevata, il rischio di incorrere in burn out importante... Inoltre la crisi economica non rende facile trovare un eventuale lavoro e un inserimento per i migranti che arrivano.

In Libia è stato molto duro e volevo andarmene da lì, non sapevo di venire in Italia quando mi hanno spinto a forza sul barcone, non avevo un progetto chiaro, volevo solo andarmene da quel paese,... arrivare fin qui non è stato facile, ho visto molta sofferenza, molti torti, ma non voglio parlarne ora.

Ci troviamo di fronte a fenomeni diversi rispetto al passato. Una buona parte di questo nuovo flusso migratorio parte con risorse personali limitate, spesso non ha un progetto migratorio e non ha un network sociale. Lo shock culturale è importante, le condotte di isolamento e depressione elevate.

”

“

Al momento sto seguendo i casi di 3 ragazzi che chiedono espressamente un colloquio e lamentano continuamente mal di testa, ma non ho una stanza tutta per me dove potermi dedicare all'ascolto e al colloquio, lo facciamo così in una stanza di passaggio in mezzo ad altri ospiti... In questo posto non abbiamo neanche un ufficio in cui sederci e poter parlare tranquillamente e privatamente.

Siamo sempre tra di noi, sembra quasi di essere ancora in Africa, non abbiamo i documenti, non parliamo con nessun altro a parte gli altri residenti del centro, non abbiamo amici italiani, non parliamo in italiano, non abbiamo lavoro, senza documenti non riusciamo a fare nulla... Per andare in città bisogna prendere un autobus, il biglietto costa 9 Euro andata e ritorno e non abbiamo i soldi, così preferiamo non uscire.

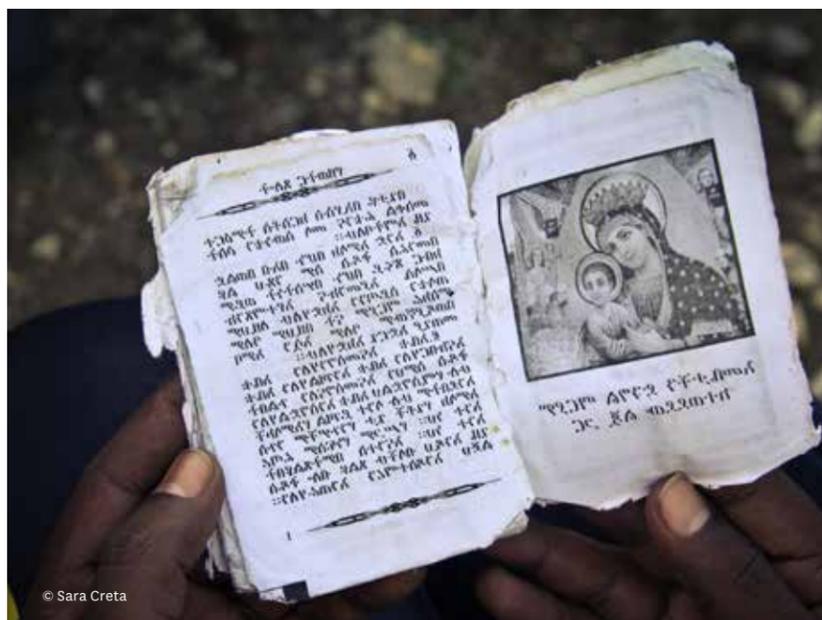
Non abbiamo niente da fare qui. Sono arrivato ormai da 7 mesi e i giorni passano tutti uguali. Se sono venuto qui non è stato per restare chiuso in una stanza. Non faccio che dormire e mangiare e intanto aspetto la Commissione dal mese di aprile.

”

Relativamente alle criticità registrate all'interno delle strutture, alle condizioni di vita dei richiedenti asilo residenti e all'identificazione del disagio psicologico quattro sono le principali tematiche identificate.

2.a Ambienti spesso poco idonei e situazioni di sovraffollamento.

Molti degli operatori intervistati lamentano la mancanza di strutture adeguate e di privacy per stabilire un rapporto di fiducia con gli ospiti del centro e un certo grado di riservatezza. Alcune delle strutture non sono idonee ad accogliere un numero importante di persone, si presentano spesso poco accoglienti e poco rassicuranti, con sbarre alle finestre e porte blindate che certo non aiutano a creare una buona accoglienza soprattutto per quanti hanno vissuto fenomeni di reclusione traumatici durante il loro percorso migratorio.



© Sara Creta

2.b Centri di accoglienza straordinaria particolarmente isolati dove l'integrazione è resa impossibile.

Molti dei centri sono posti in luoghi isolati, difficilmente raggiungibili dove gli ospiti rimangono tagliati fuori dal normale vivere cittadino, impossibilitati a creare sinergie e reti sociali con la realtà in cui sono ospitati. Il loro vivere ruota intorno a un materasso su cui dormire, un pasto da consumare e una televisione da guardare. Gli unici contatti al di fuori del centro si limitano a connazionali ospitati in centri simili e vicini.

2.c Procedure di richiesta di asilo lente. Lunghi mesi di permanenza nei CAS senza prospettive.

La condizione di vita dei richiedenti asilo è molto particolare: si svolge dentro contesti precari e comunitari per periodi prolungati a cui sono impreparati. Spesso non hanno le necessarie informazioni giuridico-legali.

“

Riuscire a ottenere tutte le risposte dalla Questura, avere i dossier in regola diventa lo scopo della loro esistenza, se non riescono ad ottenere tutte le risposte che vorrebbero si rivoltano, si deprimono, cerchiamo di fare il possibile perché capiscano che non dipende da noi e che il sistema è lento e complesso... L'attesa senza prospettive li distrugge.

Il lavoro che vorrei intavolare con loro da un punto di vista psicologico trova un ostacolo nella realtà dei certificati. Non appena io inizio ad intavolare con loro un po' di confidenza, a stabilire un contatto, mi chiedono dei certificati e dei documenti. Solo per darvi un'idea delle lentezze burocratiche, una ragazza ha scoperto di essere incinta appena arrivata. Ora a distanza di 6 mesi è ancora qui e non è stato ancora individuato uno SPRAR in cui possa essere collocata.

Non riesco a dormire. Il tempo non aspetta nessuno e scorre inesorabile, devo pianificare una vita migliore per il mio futuro ora, prima che sia troppo tardi. Non posso passare una vita seduto qui dentro, lasciar passare un giorno dopo l'altro, senza vedere nessuno, senza avere i documenti, mangiare, dormire, senza nessun cambiamento, senza alcun progresso. Questi documenti sono la nostra vita, quando li avremo tutto sarà finito, tutto andrà meglio. Senza documenti non sei nessuno... Non sei nessuno di fronte ai tuoi amici, alla tua famiglia... Quasi 2 anni persi, senza alcun documento... a volte mi sembra di diventare matto.

”



© Francesco Zizola

2.d Somatizzazione dei traumi e difficoltà di vita post-migratorie.

Oltre alle esperienze traumatiche subite nei loro paesi di origine o nel percorso migratorio, una serie di difficoltà di vita nel periodo post migratorio sono state rilevate. In particolare si è visto che molti degli ospiti lamentano un livello di insofferenza e di solitudine spiccato, un non senso rispetto al percorso di adattamento, all'integrazione sociale e all'elaborazione della propria esistenza in un nuovo contesto. Le difficoltà di vita nelle situazioni post migratorie potrebbero esercitare un notevole impatto sulla salute mentale dei migranti e indurre traumi secondari.

“

I pensieri si affollano nella mia testa, è soprattutto di sera quando mi stendo nel letto che i pensieri si fanno più cupi... Per non pensare leggo e cerco di imparare l'italiano e la domenica gioco a football, vado in chiesa, cerco di fare cose per non pensare...

All'inizio non si percepisce nulla di particolarmente problematico, ma poi dopo qualche giorno quando iniziano a rilassarsi si lamentano di tutto, mal di testa, mal di stomaco, tutto il corpo... E non necessariamente sono davvero malati... O forse il corpo esprime un dolore dell'anima. Si lamentano sempre di tutto, hanno malesseri costanti e sono contenti solo quando prendono la medicina...

Non è stato facile arrivare fin qui, ho visto molte persone morire. Ho lasciato il Senegal nel 2011 e sono arrivato in Italia all'inizio del 2015. Non è stato facile e non si può spiegare tutto, ma siamo partiti in tanti dal nostro paese e molti non ce l'hanno fatta. La polizia in Libia attacca ferocemente... So che Dio mi ha aiutato ad arrivare fin qui, ma ora spero mi aiuti ancora un po', voglio avere i documenti, questa è la mia prima preoccupazione. Sto studiando italiano e cerco di preparare la mia vita perché per il momento non sono preparato per avere una vera e propria vita, voglio avere i documenti e trovare un lavoro...

Ho lasciato un paese con una dittatura, sono arrivato in Italia perché sapevo che c'era una democrazia e sono rimasto deluso, la realtà che ho trovato è molto diversa. Ho pensato che dovunque ci fosse una democrazia, si potessero anche risolvere i problemi parlandone, ho imparato che non è così. Siamo molto frustrati, alcuni di noi sono qui ormai da 2 anni e siedono in questo centro senza fare niente. Mettiti nei miei panni, in quanto uomo di famiglia come molti altri qui dentro, ho lasciato mia moglie e i miei 3 figli nel mio Paese, dipendono tutti da me. Vorresti dare loro il meglio, una buona educazione e un futuro brillante... E io siedo qui, senza prospettive da 2 anni. Un giorno mia moglie mi ha chiamato e mi ha detto: domani non abbiamo cibo con cui sfamarci... che cosa ti aspetti che io possa dirle o fare? Cosa posso dire a mia moglie in queste circostanze? Se non sono protetto in Italia e non posso avere i documenti, come posso fare? Questo ti fa sentire male, inutile come uomo e padre.

”

Dati quantitativi: la salute mentale dei richiedenti asilo secondo l'esperienza di MSF

I dati analizzati e presi in esame in questo studio si limitano ai pazienti visti e presi in carico da Medici Senza Frontiere nel periodo che intercorre dal 1 ottobre 2014 al 31 dicembre 2015 nei CAS della Provincia di Ragusa. Sul totale dei 521 individui inseriti nei gruppi psico-educativi, 387 soggetti sono stati sottoposti a un colloquio individuale e di questi 153 (39,5%) non manifestavano sintomi di disagio psicologico. Sui restanti 234 (60,5%) pazienti individuati con bisogni di salute mentale e di cura, 12 (3%) pazienti sono stati riferiti ad altre strutture, 5 (1%) hanno rifiutato le cure e 18 (4,7%) sono stati trasferiti in un altro centro prima che MSF potesse intervenire. Oggetto di questo studio saranno i 387 pazienti oggetto di una valutazione individuale e i 199 pazienti che al 31 dicembre presentavano un esito definitivo del loro outcome (Fig. 2). La maggior parte dei pazienti è stata identificata dal team di MSF (66%), il 18% si è autoriferito, il 15% è stato riferito dal team operante nei CAS e il restante 1% dalle autorità sanitarie locali.

Tra i pazienti sottoposti a un primo colloquio individuale 33 (8,5%) erano donne e 354 (91,5%) uomini, l'età media era di 23,9 (±5,5) con un range compreso tra 3 anni e 45 anni (Fig. 3). Tra i pazienti registrati, 78 (20%) proveniva dalla Nigeria, 65 (16,8%) dal Gambia, 51 (13,2%) dal Senegal, 47 (12,1%) dal Mali, 43 (11,1%) dal Bangladesh. In percentuale minore si collocano altre nazionalità come Eritrea, Afghanistan, Somalia, Egitto, Costa d'Avorio, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Iraq, Ghana. Tra i pazienti ascoltati 37 (9,6%) erano vulnerabili e tra i vulnerabili 16 (4%) erano minori non accompagnati, 7 (1,8%) erano portatori di handicap, 3 (0,7%) registravano problemi psichiatrici, 10 (2,6%) erano donne incinte. Per 210 (54,3%) pazienti il viaggio è durato più di 12 mesi, per 70 pazienti (18%) il viaggio è durato tra i 6 e i 12 mesi, per 78 pazienti (20%) il viaggio è durato tra i 2 e i 6 mesi e solo per 24 pazienti (6,2%) il viaggio è durato meno di 2 mesi. Tra i 234 pazienti che presentavano sintomi di disagio mentale si identificavano 206 (88,1%) uomini e 28 (11,9%) donne. Tra la popolazione in osservazione, 166 (70,9%) erano single, 62 (26,5%) erano sposati e 4 (1,7%) separati.

Figura 2. Percorso dei casi di salute mentale presi in cura da MSF, Provincia di Ragusa, Sicilia, 2014-2015

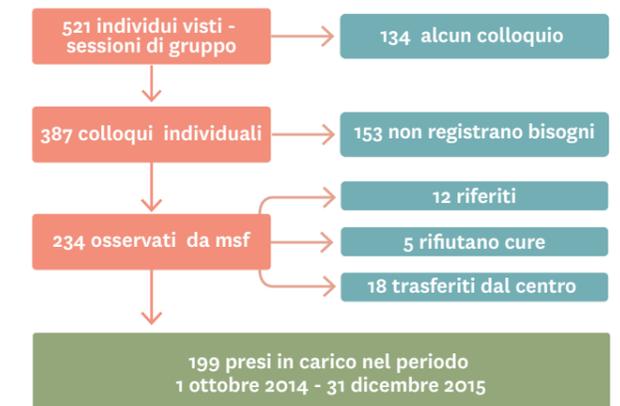
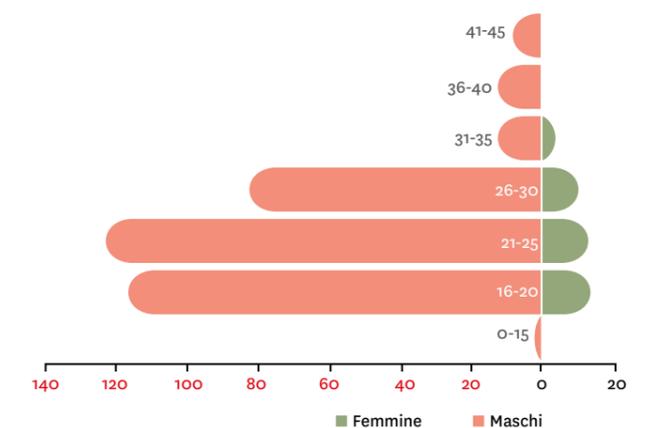


Figura 3. Piramide demografica della popolazione oggetto di studio, Provincia di Ragusa, Sicilia, 2014-2015



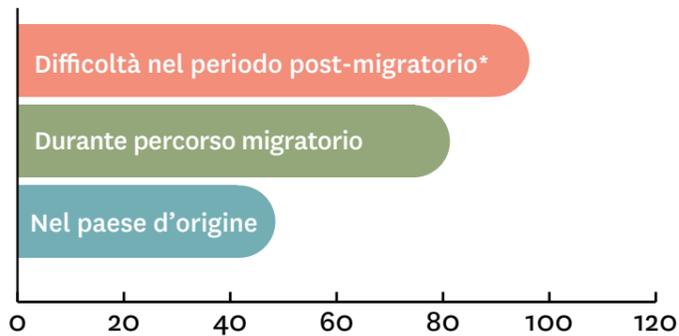
Disagi riscontrati

Tra i soggetti sottoposti a colloquio, i disturbi attribuibili all'ansia sono stati quelli maggiormente rilevati (n=130, 33,6%), seguiti dai disordini da stress post traumatico (n=63, 16,3%), dai disturbi depressivi (n=46, 11,9%), da disturbi della personalità (n=8, 1,8%) e da disturbi cognitivi (n=3, 0,7%). Tra i 387 pazienti visti in questo periodo, 189 (48,8%) sono stati vittime di eventi traumatici prima del viaggio e 319 (82,4%) durante il viaggio (Fig. 4). Informazioni sul tipo di evento traumatico sono state raccolte per 311 individui.

Gli eventi traumatici più frequentemente registrati **prima di lasciare il proprio paese** di origine (Fig. 5) sono stati l'aver assistito al rapimento o incarcerazione di un proprio familiare (n=52, 28%), i conflitti tra famiglie (n=58, 31%) e il sentimento di rischio per la vita (n=13, 7%). Gli eventi traumatici maggiormente riscontrabili **durante il percorso migratorio** sono stati il carcere e la detenzione (n=113, 35%), il coinvolgimento in combattimenti (n=38, 12%), il lavoro forzato (n=17, 5%), la tortura²² (n=27, 9%), la violenza sessuale (n=13, 4%) e il sentimento di rischiare costantemente la propria vita (n=33, 10%).

In totale il 37,6 % della popolazione analizzata ha dichiarato di aver subito eventi traumatici nel proprio paese di origine o durante il percorso migratorio. Per i pazienti colpiti da eventi traumatici prima o durante il percorso migratorio (n=144), la mediana di dilazione nella presa in carico rispetto all'arrivo è risultata di 80 giorni e l'IQR [45-128]. Le caratteristiche socio-demografiche del campione sono descritte nella Tabella 3. Analizzando il gruppo affetto da sintomatologia mentale e confrontandolo con il gruppo dei pazienti che non presenta alcun sintomo non sono emerse differenze significative per età, stato civile, durata del viaggio; differenze significative sono invece emerse per il genere, lo stato di vulnerabilità, la nazionalità, il tempo di attesa prima di essere visto da uno specialista e gli eventi traumatici avvenuti prima o durante il percorso migratorio. La presenza di eventi traumatici impatta significativamente con una sintomatologia psicopatologica.

Figura 4. Frequenza di eventi traumatici subiti dai richiedenti asilo presi in carico, Provincia di Ragusa, Sicilia, ottobre 2014 - dicembre 2015



* Le difficoltà riscontrate nel periodo post-migratorio sono state calcolate solo per i 199 pazienti presi in carico da MSF (171/199)

Figura 5. Tipologia di eventi traumatici subiti dai richiedenti asilo, prima e durante il percorso migratorio, Provincia di Ragusa, Sicilia, ottobre 2014 - dicembre 2015

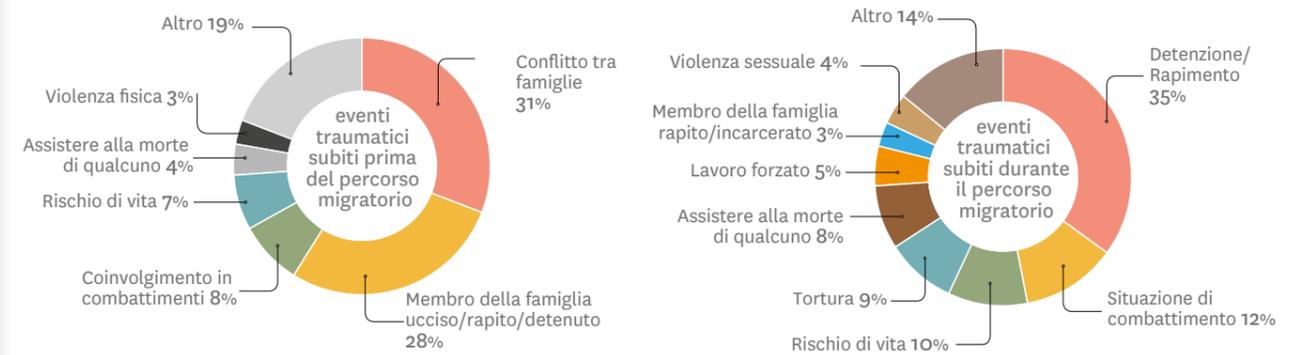


Tabella 3. Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti sottoposti al primo colloquio individuale di baseline, Provincia di Ragusa, Sicilia, ottobre 2014-dicembre 2015.

	Pazienti senza alcun sintomo di disagio mentale (n=153)	Pazienti con sintomi di disagio mentale (n=234)	Totale (n=387)	P-value
Sesso				
Maschi	148 (41,8)	206 (58,2)	354	
Femmine	5 (15,2)	28 (84,8)	33	0,003
Gruppi di età				
0-15	0	1	1	
16-30	141 (40,2)	210 (59,8)	351	0,5
31-45	12 (34,3)	23 (65,7)	35	
Stato Civile *				
Coniugato/a	36 (36,7)	62 (63,3)	98	
Vedovo/a	0	1	1	0,7
Single	113 (40,5)	166 (59,5)	279	
Separato/a	2 (33,3)	4 (66,7)	6	
Durata del viaggio**				
< 2 mesi	6 (25)	18 (75)	24	
2-6 mesi	35 (44,9)	43 (55,1)	78	0,5
7-12 mesi	28 (40)	42 (60)	70	
> 12 mesi	82 (39,1)	128 (60,9)	210	
Vulnerabilità				
No	151(43,1)	199 (56,9)	350	
Si	2 (5,4)	35 (94,6)	37	0,000
Eventi Traumatici***				
No	122 (51,1)	117 (48,9)	239	
Si	31 (21,5)	113 (77,8)	144	0,000
Tempi di attesa †				
< 2 mesi	41 (30,2)	95 (69,8)	136	
≥ 2 mesi	109 (45)	133 (54,9)	242	0,005

* 3 dati mancanti ** 5 dati mancanti *** 4 dati mancanti † 9 dati mancanti

22. Si noti che la definizione di tortura utilizzata è quella fornita dall'ICRC: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/torture-icrc-definition-faq-2011-06-24.htm>



Fattori di rischio e difficoltà di vita post-migrazione

Nel modello multivariato con regressione logistica (Tabella 4) inclusivo della vulnerabilità, del sesso, del tempo di attesa prima di accedere alle cure e degli eventi traumatici subiti, le variabili associate con una psicopatologia mentale, aggiustate per potenziali fattori confondenti, sono risultate la vulnerabilità OR=9,1 [CI: 2,1-39,9] e gli eventi traumatici OR=3,7 [CI: 2,3-6,1]. Tuttavia la numerosità del campione della variabile 'vulnerabilità' è talmente esigua (n=37) da risultare in una scarsa precisione e in un intervallo di confidenza molto ampio. La probabilità di avere dei disturbi psicopatologici è 3,7 volte superiore tra gli individui che hanno subito eventi traumatici rispetto a chi non ne ha subiti.

Tabella 4. Fattori di rischio di disturbo mentale, Provincia di Ragusa, Sicilia, ottobre 2014-dicembre 2015

Variabili	Disordini di Salute Mentale	
	Non aggiustato OR (95% CI)	Aggiustato OR (95% CI)
Sesso		
Maschi	1	1
Femmine	0,2 (0,09 - 0,6)	0,4 (0,15 - 1,19)
p-value	0,001	0,08
Vulnerabilità		
No	1	1
Si	13,2 (3,1 - 56,0)	9,1 (2,05 - 39,9)
Likelihood Ratio Test (p-value)	0,000	0,006
Tempi di attesa		
< 2 mesi	1	1
≥ 2 mesi	0,5 (0,33 - 0,82)	0,6 (0,38 - 1,02)
Likelihood Ratio Test (p-value)	0,08	0,06
Eventi Traumatici		
No	1	1
Si	3,8 (2,3 - 6,09)	3,7 (2,3 - 6,10)
Likelihood Ratio Test (p-value)	0,000	0,000
Eventi Traumatici nel paese di origine		
No	1	1
Membro della famiglia detenuto/ucciso	5,8 (2,4 - 13,9)	6,4 (2,7 - 15,5)
Conflitto tra famiglie	2,5 (1,2 - 5,2)	2,2 (1,07 - 4,8)
Rischio di vita	4,1 (1,03 - 16,2)	4,6 (1,1 - 18,4)
Likelihood Ratio Test (p-value)	0,000	0,000
Eventi Traumatici durante il percorso migratorio		
No	1	1
Detenzione	3,7 (1,6 - 8,6)	5,04 (2,04 - 12,4)
Rischio di vita	1,6 (0,5 - 4,4)	1,7 (0,5 - 5,2)
Combattimenti	2,5 (0,9 - 6,5)	3,2 (1,1 - 9,2)
Likelihood Ratio Test (p-value)	0,000	

Tra gli eventi traumatici subiti prima di lasciare il proprio paese di origine, chi ha avuto un proprio familiare rapito o incarcerato ha una probabilità 6 volte superiore di avere un disagio psicologico OR=6,11 [CI: 2,5 - 14,5] rispetto a chi non ha subito alcun trauma e quanti hanno vissuto conflitti tra famiglie hanno una probabilità di 2,2 volte superiore rispetto a chi non ha subito alcun trauma OR=2,2 [CI: 1,06 - 4,7]. Tra gli eventi traumatici accaduti durante il percorso migratorio, chi è stato incarcerato ha una probabilità di avere disturbi di salute mentale 5 volte superiore rispetto a chi non lo è stato OR=5,04 [CI: 2,04 - 12,4], quanti sono stati coinvolti in combattimenti hanno una probabilità 3,2 volte superiore rispetto a chi non lo è stato OR: 3,2 [CI: 1,1 - 9,2].

Le diagnosi²³ maggiormente rilevate tra i pazienti presi in cura da MSF (n=199) sono state il 42,2% (84) con disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti primo tra tutti il PTSD, seguito dal 27% (54) con disturbi dovuti all'ansia, dal 19% (38) con una depressione moderata e dal 4% con disturbi di personalità. Tra i pazienti presi in carico da MSF il 65% (130/199) ha fatto registrare una duplice diagnosi psicopatologica. Il PTSD come diagnosi primaria (n=84) spesso coesiste con disturbi legati all'ansia (57/84, 68%) e con una depressione moderata (34/84, 40%).

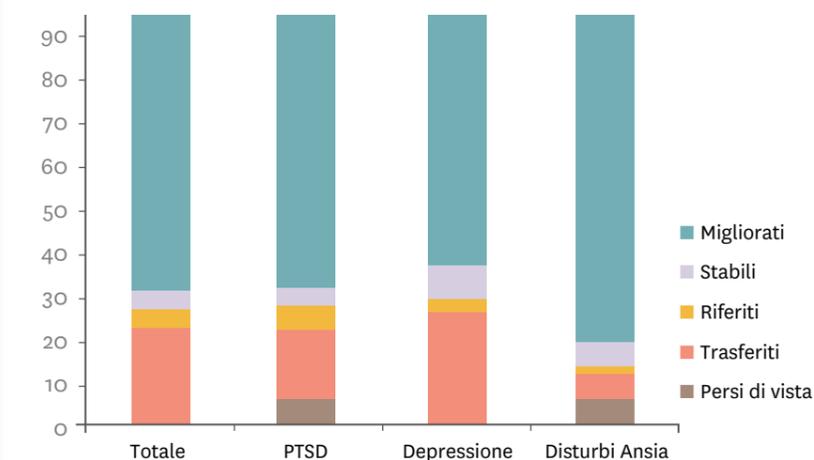
Il numero mediano delle sessioni nel periodo che intercorre tra il primo ottobre 2014 e il 31 dicembre 2015 è di 4 [IQR=2 - 6] con un range che va da 1 a 20. Nessuna associazione significativamente rilevante è stata trovata tra il numero delle sedute e l'esito finale della terapia.

Tra i pazienti presi in carico da MSF l'86,9% (173/199) dichiara di avere difficoltà nella vita post migrazione e questo disagio è significativamente associato con una diagnosi da PTSD (42,2% vs 22,2%, p=0,05) seguita da una diagnosi di disturbi legati all'ansia (28,9% vs 22,2% p=0,05). Le difficoltà di vita durante il periodo post migratorio maggiormente riscontrate sono "il sentimento di incertezza e di paura per il futuro" (18,8%), "la preoccupazione per la famiglia rimasta a casa" (13,8%), "i conflitti all'interno del CAS" (11%), "il timore del respingimento della richiesta di asilo" (8,8%), "la sensazione di sentirsi trascurati" (7,2%), "l'incapacità

di integrarsi e sentirsi integrato" (7,7%), "i prolungati tempi di attesa per gli esiti della Commissione" (5,5%), "la mancanza di attività quotidiane" (3,9%), "un senso di solitudine e noia" (2,2%) e, in percentuale minore, altre difficoltà quali un senso diffuso di ingiustizia e un sentimento di incapacità di controllo degli eventi. In generale i pazienti lamentavano una molteplicità di difficoltà di vita post migratorie per una media pari a 6,3 (±4,6). Gli eventi traumatici subiti durante il percorso migratorio concorrono parimenti ai disturbi PTSD (94% vs 3,5%, p=0,02) e depressione (84% vs 10,5%, p=0,02). La maggior parte dei pazienti (n=134, 67,3%) alla fine del percorso terapeutico presentava un miglioramento, il 4,5% (n=9) non presentava alcun miglioramento, il 21,6% (n=43) è stato trasferito fuori dal centro prima che MSF potesse intervenire, il 4,5% (n=9) è stato riferito.

La figura 6 di seguito illustrata riporta le differenti categorie di esito per le tre principali psicopatologie registrate: PTSD, depressione e disturbi riferibili all'ansia. I pazienti affetti da PTSD e da depressione mostrano un miglioramento superiore al 60% dei casi e i soggetti affetti da disturbi di ansia registrano un miglioramento dell'80%. I pazienti che non mostrano alcun miglioramento si rilevano in percentuale più elevata tra quelli affetti da depressione (8%). La percentuale maggiore di pazienti riferiti si registra tra i soggetti affetti da PTSD.

Figura 6. Outcomes finali per numero totale di pazienti presi in carico e per le tre principali psicopatologie, Provincia di Ragusa, Sicilia ottobre 2014 - dicembre 2015



23. Seguendo le indicazioni del DSM V, le diagnosi sono state così categorizzate: disordini da stress acuto, disordini da stress post traumatico complesso, stress psicologico e disordine da stress post traumatico in disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, depressione moderata e severa in disturbi depressivi, ansia e disturbi somatoformi, disordini psicotici, dissociativi e cognitivi in disturbi cognitivi, disturbi di personalità (disturbi del sonno).

DISCUSSIONE

24. Si consulti: Tol W.A., Barbui C., Galappatti A., Silove D., Betancourt T.S., Souza R., Golaz A., Van Ommeren M.: *Mental Health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research*, *Lancet* 2011, 378: 1581-91. Van Ommeren M., Saxena S., Saraceno B.: *Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?* *Bull. World Health Organ.* 2005, 83 : 71-76.

25. Moro M.R.: *Psychiatric interventions in crisis situations*. *The Signal* 1994, 2 :1-4.

26. Si consulti: Silove D., Sinnerbrink I., Field A., Manicsvasagar V., Steel Z., *Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: association with pre-migration trauma and post-migration stressors*. *British Journal of Psychiatry*, 170: 351-357. Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S.: *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, *Ann Ist. Super. Sanità* 2013, Vol. 49 N2:169-175.

27. Robjant K., Hassan R., Katoma C.: *Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review*, *The British Journal of Psychiatry* (2009), 194:306-32.

Sulla base dell'analisi della letteratura esistente, dei risultati della ricerca qualitativa effettuata e dello studio delle caratteristiche dei pazienti osservati nel nostro progetto in Sicilia, emerge l'ipotesi che l'esposizione a violenze, traumi subiti dalla popolazione migrante durante il percorso migratorio e situazioni complesse vissute nel periodo successivo all'arrivo costituiscano una fonte importante del disagio psichico.

Il repertorio dei fenomeni psicopatologici appare ampio e si esprime su diversi piani. Tra i soggetti analizzati cui si è fatta una diagnosi di disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti e di PTSD si riscontra spesso la copresenza di altri disturbi quali l'ansia, la depressione, i disturbi di personalità e di carattere cognitivo.

Benché ci sia la necessità di ulteriori rigorose valutazioni, il supporto psicologico ha dimostrato un benefico effetto sul trattamento del trauma sia in contesti di crisi umanitaria sia tra i migranti e la popolazione rifugiata²⁴. Tra la popolazione migrante, diversi interventi che includevano la

componente di supporto psicologico e terapeutico, hanno mostrato risultati promettenti nella riduzione dello stress e nel rafforzamento di strategie di compensazione e di resilienza²⁵. I dati in nostro possesso sulla coorte di pazienti seguita per tutto il 2015 sembrano confermare questa tendenza.

Parallelamente alle esperienze traumatiche vissute nel proprio paese di origine ma soprattutto durante il percorso migratorio, è stata rilevata un'alta prevalenza di difficoltà nella vita post migrazione. La letteratura ha ampiamente dimostrato come, tra i rifugiati e tra i richiedenti asilo, avere un'accumulazione di esperienze di questo tipo comporta un aumentato rischio di sviluppare un PTSD anche nel paese ospite e una maggiore problematicità nell'integrazione sociale²⁶. Secondo una revisione sistematica, il PTSD è stato diagnosticato maggiormente nei richiedenti asilo con storia traumatica precedente mentre, per le altre categorie di disagio psichico, la permanenza nei centri di accoglienza e detenzione ha agito come trauma attuale²⁷.

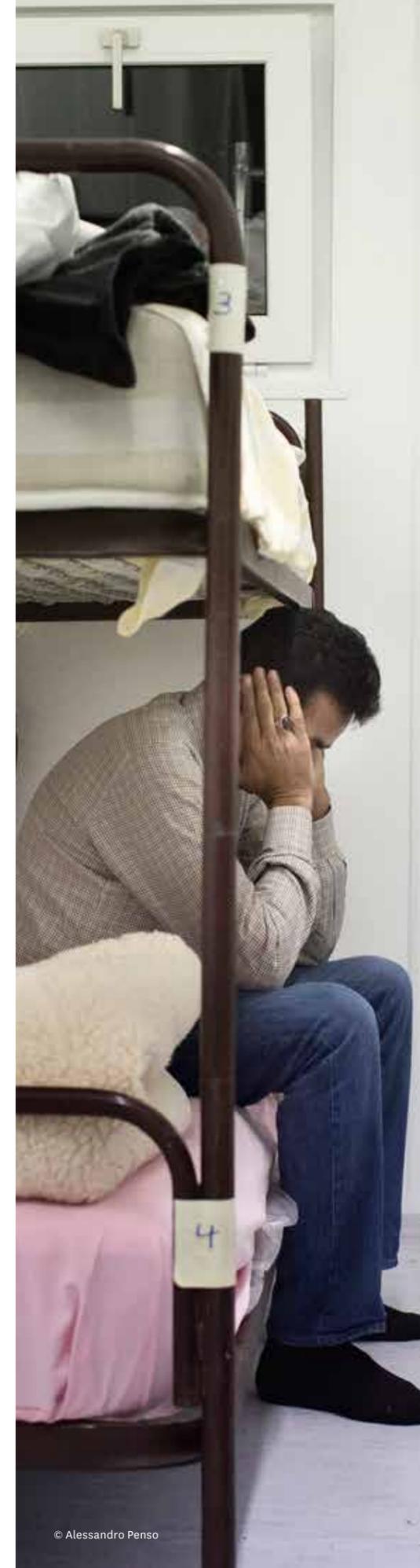
Come abbiamo avuto modo di constatare durante le discussioni con i migranti e con gli operatori dei CAS, vivere in centri di accoglienza concepiti per far fronte all'emergenza e che spesso si limitano a garantire i servizi di base, senza un chiaro progetto volto all'inclusione e dove i richiedenti asilo passano l'intera durata della loro permanenza fino all'audizione con la Commissione territoriale senza chiare prospettive di vita, potrebbe costituire un'esperienza patogena. Inoltre, questo vivere in una sorta di limbo e di vuoto occupazionale potrebbe riacutizzare vecchi traumi e incrementare i fattori di rischio di una traumatizzazione secondaria. La lunga attesa per la preliminare formalizzazione della domanda di protezione internazionale attraverso il modello C3 accordata a distanza di diverse settimane dall'arrivo nelle strutture, in alcuni casi di mesi (come è nel trapanese), rappresenta già un motivo di destabilizzazione per il richiedente che si aggrava durante l'ulteriore attesa della convocazione per sostenere l'audizione in Commissione territoriale.

Le testimonianze degli operatori dei CAS e soprattutto degli ospiti non hanno fatto che confermare queste criticità evidenziando quanto l'attesa logorante di una convocazione e risposta da parte della Commissione sia un fondamentale fattore di instabilità per i richiedenti asilo ospitati e un elemento di disturbo nella gestione faticosa del CAS da parte degli operatori. Il richiedente asilo residente in queste strutture straordinarie spesso perde la concezione del tempo, vive in una sorta di limbo. Giornate che si alternano tutte uguali, scandite soltanto dall'alternarsi dei pasti nell'attesa che la decisione della Commissione interrompa il loro ritmo alienante. Questa fase di attesa che può durare da qualche mese a più di un anno, a seconda dei casi, non fa che enfatizzare la fragilità in cui si trova il richiedente asilo, che da poco ha compiuto un viaggio in condizioni estreme, che è fuggito da una dittatura o da una situazione disperata e che ha lasciato spesso una famiglia alle spalle. Lo stato di incertezza e la situazione di transitorietà vissuta dal richiedente asilo che si protrae per mesi può portare gli individui a uno stato di

instabilità psicologica da sommare a vicende di traumi subiti durante il percorso migratorio. I pensieri si avvolgono intorno alle preoccupazioni più impellenti: il rilascio dei documenti e il pensiero dei propri famigliari rimasti nel paese di origine.

Molti dei CAS si trovano in zone isolate, lontane dai centri abitati, l'integrazione con la popolazione autoctona è impossibile, lo scambio è limitato ai residenti del centro o a quelli di altri affini, il sentimento di ghettizzazione e di impossibilità di avere accesso ai servizi è alto. La forzata inattività con cui le persone sono costrette per diversi mesi a passare il loro tempo le porta a un sentimento di apatia e depressione, un senso di inutilità, dipendenza e frustrazione.

Le caratteristiche stesse delle strutture rappresentano spesso un fattore di rischio per l'insorgere o l'aggravarsi della sofferenza psicologica. Molte strutture sono state improvvisate a centri di accoglienza (in alcuni casi, per esempio in Sicilia, si tratta di IPAB - Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza riconvertiti e che nello stesso stabile offrono assistenza ad anziani e migranti) e confondono la complessità dei beneficiari che accolgono con semplici soggetti bisognosi. Una persona sopravvissuta a violenza o vittima di trattamenti inumani e degradanti, costretta a vivere in condizioni di sovraffollamento o in ambienti poco idonei, è ancora più esposta al rischio di sviluppare sintomi psicologici connessi al trauma vissuto precedentemente o sintomi connessi alle dinamiche dell'emarginazione sociale, dell'isolamento e della convivenza prolungata per un periodo significativo di tempo. Il personale che lavora nei CAS non sempre è adeguatamente preparato a rispondere alle esigenze e ai bisogni di questa popolazione, una parte rilevante della quale potrebbe essere portatrice di complesse vicende personali, vittima di tratta, aver subito o assistito a terribili violenze. Tra i centri visitati soprattutto nel Sud (Province di Trapani e Ragusa) il raccordo con il territorio è del tutto assente e l'attività di supporto e presa in carico è demandata al privato sociale quando esiste. Del resto, le



28. <http://www.interno.gov.it/notizie/sistema-accoglienza-oggi-rapporto-qualificato-e-aggiornato-aspetti-procedure-e-problemi>.

29. Si consulti: Medici Senza Frontiere, *Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale*, marzo 2016. Ministero dell'Interno, *Rapporto sulla Protezione Internazionale in Italia*, 2015. http://www.interno.gov.it/sites/default/files/t31ede-rapp_prot_int_2015_-_rapporto.pdf.

stesse condizioni di accoglienza in queste strutture rendono spesso difficile individuare tempestivamente i migranti che sono in stato di disagio psicologico e che hanno bisogno di cure urgenti. La situazione cambia a Roma e a Milano ma l'impegno è ancora troppo poco strutturato, la formazione degli operatori sui richiedenti asilo affetti da disagio mentale non ancora abbastanza diffusa e le risorse umane disponibili non sufficienti.

Oggi di fatto, il sistema messo a punto nel 2014 e coordinato territorialmente dalle Prefetture, ha dato vita a un apparato parallelo collocando i richiedenti asilo e protezione internazionale nelle strutture più disparate, con standard di accoglienza nettamente inferiori rispetto a quelli assicurati nel sistema SPRAR e svincolati da una progettualità di integrazione dell'individuo. Un rapporto a cura dello stesso Ministero dell'Interno²⁸ conferma il quadro di un sistema di accoglienza dei richiedenti asilo composto di strutture dalla natura diversa e affidate alla gestione di soggetti differenti²⁹. Se ne ricava un'immagine di interventi finalizzati prevalentemente alla ricerca di rapide soluzioni e di spazi dove collocarli nella lunga attesa delle risposte della Commissione sulle domande di protezione internazionale.

Limiti dello studio

Una serie di limitazioni vanno tenute in considerazione rispetto ai risultati dello studio presentato. I dati esposti nell'analisi quantitativa sono basati su dati di routine raccolti nel progetto gestito da Medici Senza Frontiere nella Provincia di Ragusa e soffrono pertanto della mancanza di un disegno epidemiologico iniziale basato su una chiara ipotesi investigativa e su un confronto diretto con un campione di controllo. Nonostante gli sforzi e le misure prese per la standardizzazione delle valutazioni e della definizione dei casi, il turn over tra gli psicologi potrebbe aver comportato una potenziale incoerenza nell'assegnazione delle diagnosi e degli outcomes. Non è stato possibile valutare, dal tipo di dati raccolti, l'evoluzione dei pazienti a parte l'esito terapeutico attribuito. Questi risultati sono da intendersi come una proposta di ipotesi e avrebbero bisogno di essere confermati da uno studio longitudinale propriamente disegnato. La selezione dei CAS in cui si sono svolti interviste e focus groups nelle Province di Milano e Roma è avvenuta sulla base delle indicazioni della Prefettura che ne ha autorizzato la visita. Questo potrebbe aver costituito un bias di selezione tale da determinare l'inclusione dei CAS più virtuosi impedendo la partecipazione dei centri più problematici. Tuttavia il clima aperto della discussione ha consentito in molti casi un confronto trasparente e l'espressione di critiche, anche severe, sia verso il sistema che verso la Prefettura.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

I risultati sopra esposti fanno emergere la necessità di riformare l'approccio della problematica del trattamento della salute mentale nel contesto migratorio in Italia. La diffusa assenza di figure professionali con una 'expertise' del contesto migratorio è aggravata dalla frequente mancanza di figure di mediazione culturale anche presso le strutture pubbliche di riferimento, con conseguenze deleterie sulla precoce ed essenziale identificazione dei casi di disagio mentale tra la popolazione migrante ospitata.

Bisognerebbe prevedere la presenza di team multidisciplinari e multiculturali che prendano in esame tutte le dimensioni coinvolte. Al momento le strutture esistenti sono insufficienti e gestite da enti privati nella maggioranza dei casi, il ruolo del servizio sanitario nazionale risulta limitato, le aziende sanitarie locali sono impreparate a rispondere alle richieste dei centri di accoglienza presenti nel territorio di loro competenza. L'emersione di patologie legate ai traumi connessi al contesto di origine e a quello migratorio richiede perciò un approccio strutturato e comprensivo, frutto di una coordinazione sinergica tra i diversi attori coinvolti nella risposta a un fenomeno, quello migratorio, oramai consolidato e che richiede soluzioni la cui natura non sia solo di carattere temporaneo o emergenziale. È stato dimostrato che, per poter curare efficacemente i richiedenti asilo costretti a migrare forzatamente e spesso vittime di eventi traumatici, è necessario attivare un sistema integrato di accoglienza tra istituzioni pubbliche e privato sociale e di lavorare sulle resilienze degli individui sin dal loro arrivo³⁰.

Alla luce di quanto esposto, Medici Senza Frontiere ritiene opportuno avanzare delle raccomandazioni volte alla definizione di soluzioni concrete rispetto alle problematiche rilevate nel presente studio con l'auspicio che le istituzioni e gli enti competenti possano trovarvi degli spunti di riflessione utili a realizzare le necessarie modifiche a livello legislativo.

In particolare, MSF raccomanda che:

1. Le Prefetture competenti formulino **criteri stretti di selezione per i bandi di reclutamento di cooperative ed enti gestori** nonché del personale impiegato dagli stessi al fine di garantire la presenza di figure altamente professionalizzate nel contesto della migrazione.
2. Le strutture pubbliche, con particolare riferimento ai DSM e ai CSM, si dotino di **personale formato nel contesto della psicologia transculturale e/o dell'etnopsichiatria**. Sarebbe auspicabile, inoltre, la creazione presso le strutture sopra citate di dipartimenti specializzati nella psicologia transculturale e nell'etnopsichiatria.
3. Il Ministero della Salute a livello nazionale e le ASL a livello locale designino una **figura di riferimento nell'area migrazione, responsabile di coordinare, a livelli diversi, la risposta tra i servizi sanitari locali, i dipartimenti di salute mentale, i centri di accoglienza, le associazioni, le università** al fine di assicurare un'organica presa in carico di pazienti con esigenze complesse e specifiche. I servizi pubblici dovrebbero prevedere dei nuclei medici organizzati integrati con il privato sociale per l'assistenza e la riabilitazione psicologica di questa utenza.
4. **Le Prefetture e le ASL**, al fine di ridurre i fattori di rischio di stress psicologico e di ri-traumatizzazione dei richiedenti asilo legati alle condizioni dei centri di accoglienza, **dovrebbero garantire un monitoraggio congiunto sistematico delle strutture e un controllo capillare della qualità dei servizi erogati**.
5. Il Ministero della Salute e le autorità sanitarie locali elaborino **linee guida in grado di capitalizzare le esperienze e le buone pratiche già esistenti sul territorio italiano** al fine di rispondere adeguatamente a un contesto migratorio in trasformazione, le cui complessità richiedono nuovi strumenti di comprensione e che includano anche l'aspetto della salute mentale.



30. Geraci S., Aragona M., Mazzetti M.: *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenze: strategia di cura*. Roma, ott. 2014.

BIBLIOGRAFIA

1. Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S.: *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, Ann. Ist. Super Sanità 2013, Vol. 49 N2: 169-75.
2. ASGI – Associazione Studi Giuridici sull’Immigrazione, *Il sistema Dublino e l’Italia: un rapporto in bilico*, Open Society Foundation, 2015.
3. Beneduce R., Jourdan L., Raeymakers T., van Vlassenrot K.: *Violence with a purpose. Exploring the functions and meaning of violence in the Democratic of Congo, Intervention*. International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, vol 4 (1), p. 32-46.
4. Bhugra D., Gupta S., Bhui K., Craig T., Dogra N., Ingleby J.D., Kirkbride J., Moussaoui D., Nazroo J., Qureshi A., Stompe T., Tribe R.: *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*, World Psychiatry 2011; 10: 2-10.
5. Cantor-Graae E., Selten J.P.: *Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review*, Am. J. Psychiatry 162: 12-24, January 2005.
6. Dauvrin M., Lorant V.: *Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? BMC Health Services Research*, 2014; 14: 294.
7. Fazel M., Wheeler J., Danesh J.: *Prevalence of serious mental health disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review*. Lancet 2005; 365: 1309-14.
8. Geraci S., Aragona M., Mazzetti M.: *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, 2014.
9. Hsieh H.F., Shannon S.E.: *Three Approaches to Qualitative Contents Analysis*. Qualitative Health Research 2005, 15: 1277-88.
10. Jones L., Asare J.B., El Masri M., Mohanraj A., Sherief H., Van Ommeren M.: *Severe mental health disorders in complex emergencies*. Lancet, 2009; 374: 654-61.
11. Lester H., Tait L., England E., Tritter J.: *Patient involvement in primary care mental health: a focus group study*, British Journal of General Practice 2006; 56: 415-22.
12. Llosa E. A., Ghantous Z., Souza R., Forgiione F., Bastin P., Jones A., Antierens A., Slavuckij Grais R.F.: *Mental Disorders, disability and treatment gap in a protected refugees setting*. British Journal of Psychiatry, 2014; 204: 208-13.
13. Mazzetti M.: *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, Harmattan Italia, 1996.
14. Medici Senza Frontiere, *Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale*, Marzo 2016.
15. Medu - Medici per i Diritti Umani, *Fuggire o Morire. Rotte migratorie dai Paesi Sub-Sahariani verso l’Europa*, luglio 2015.
16. Miller K.E., Rasmussen A.: *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*. Soc. Sci. Med 2010; 70: 7-16.
17. Morgan C., Mallett R., Hutchinson G., Bagalkote H., Morgan K., Fearon P., Dazzan P., Boydell J., McKenzie K., Harrison G., Murray R., Jones P., Craig T. & Leff J.: *Sample characteristics and compulsory admission: a report from the AESOP study*. British Journal of Psychiatry, 2005, 186 (4), 281-89.
18. Moro M.R.: *Psychiatric interventions in crisis situations*. The Signal 1994, 2: 1-4.
19. Patton M.Q.: *Qualitative Research and Evaluation Method*, 3rd edition. Thousand Oaks, CA: Sage 2002.
20. Reed R.V., Fazel M., Jones L., Panter-Brick C., Stein A.: *Mental Health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors*. Lancet 2012; 379: 250-65.
21. Santone G., Gnolfo F.: *Immigrazione e salute mentale. Eventi psicotraumatici nel percorso migratorio*. Conferenza Europea SMES, Roma 2008.
22. Silove D., Sinnerbrink I., Field A., Manicsvasagar V., Steel Z.: *Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: association with pre-migration trauma and post-migration stressors*. British Journal of Psychiatry, 170: 351-57.
23. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., Van Ommeren M.: *Associations of torture and other potentially traumatic event with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis*. JAMA 2009, 302: 537-49.
24. Tol W.A., Barbui C., Galappatti A., Silove D., Betancourt T.S., Souza R., et al.: *Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research*. Lancet 2011; 378: 1581-91.
25. Tribe R.: *Migration and mental health*, in Migrants and mental health: working across culture and languages. Edited by Bhugra D., Gupta S., Cambridge University Press; 2011: 261-273.
26. UNHCR, *Global Trends, Forced Displacement 2015. Rapporto completo su:* <https://s3.amazonaws.com/unhcr-sharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>
27. UNHCR, *Operational guidance, Mental Health and Psychosocial Support Programming for Refugees Operations*, Geneva, 2013.
28. Van Ommeren M., Saxena S., Saraceno B.: *Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?* Bull World Health Organ 2005, 83: 71-76.
29. Ventevogel P., Van Ommeren M., Schilperoord M., Saxena S.: *Improving mental health care in humanitarian setting*, Bull World Health Organ, 2015; 93: 666-666A.

La decisione di aprire una Missione MSF in Italia, come in altri paesi europei, è maturata alla fine degli anni '90, quando Medici Senza Frontiere si è resa conto che le stesse persone curate e assistite a migliaia di chilometri di distanza, in altri continenti, si trovavano anche qui, in Italia e in Europa, molto spesso in condizioni di estrema precarietà e bisogno. Oggi MSF continua il lavoro con la popolazione migrante attraverso diversi progetti: a Gorizia, dove offriamo riparo e assistenza medica (in partnership con l’Arcidiocesi, Croce Rossa Italiana - CRI e l’Azienda Sanitaria Locale - ASL) a richiedenti asilo rimasti esclusi dal sistema di accoglienza; a Roma, dove abbiamo aperto ad aprile 2016 un centro di riabilitazione per i sopravvissuti a tortura e per le vittime di trattamenti crudeli e degradanti (in partnership con Medici Contro la Tortura e ASGI - Associazione per gli Studi Giuridici sull’Immigrazione) e forniamo servizio di screening dei casi positivi di cardiopatia reumatica nei gruppi di popolazione migrante; a Trapani, dove siamo presenti in 15 Centri di Accoglienza Straordinaria per richiedenti asilo, per offrire assistenza psicologica di gruppo e individuale. Infine, da aprile 2016, Missione Italia coordina le attività di ricerca e soccorso nel Mediterraneo della nave di MSF Bourbon Argos. Abbiamo inoltre riattivato il servizio di Primo Soccorso Psicologico: un’équipe mobile è pronta a raggiungere qualsiasi porto del sud dell’Italia per fornire assistenza di base e supporto psicologico a persone vittime di naufragio o eventi traumatici nel corso della traversata in mare.

In questa sede si desidera ringraziare quanti hanno partecipato alla realizzazione di questo studio rendendolo possibile. Un ringraziamento particolare va ai medici operanti nei Centri di Salute Mentale e nelle ASL visitate per il loro fattivo apporto, per il tempo e la competenza che ci hanno dedicato. Agli operatori del privato sociale e delle organizzazioni con cui ci siamo confrontati per aver condiviso con noi la loro esperienza. Agli operatori e ai gestori dei diversi CAS visitati per averci accolti. A Missione Italia per il fondamentale supporto organizzativo nella gestione della ricerca e in particolare al team di Pozzallo per il prezioso contributo. Agli ospiti dei CAS visitati per la loro disponibilità nel raccontare e la forza nel superare le indicibili difficoltà incontrate.

 facebook.com/msf.italiano

 twitter.com/MSF_ITALIA

Medici Senza Frontiere (MSF) è la più grande organizzazione medico umanitaria indipendente al mondo creata da medici e giornalisti nel 1971. Oggi MSF fornisce soccorso umanitario in quasi 70 paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze o catastrofi dovute principalmente a guerre, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o disastri naturali. MSF fornisce assistenza indipendente e imparziale a chi si trova in condizioni di maggiore bisogno.

MSF si riserva il diritto di denunciare all'opinione pubblica le crisi dimenticate, di contrastare inadeguatezze o abusi nel sistema degli aiuti e di sostenere pubblicamente una migliore qualità delle cure e dei protocolli medici.

Nel 1999, MSF ha ricevuto il premio Nobel per la Pace.

www.msf.it

Sede di Roma:

Via Magenta 5, 00185 Roma
Telefono: 06 888 06 000
Fax: 06 888 06 020

Sede di Milano:

Largo Settimio Severo 4, 20144 Milano
Telefono: 02 43 91 27 96
Fax: 02 43 91 69 53



Premio Nobel per la Pace 1999