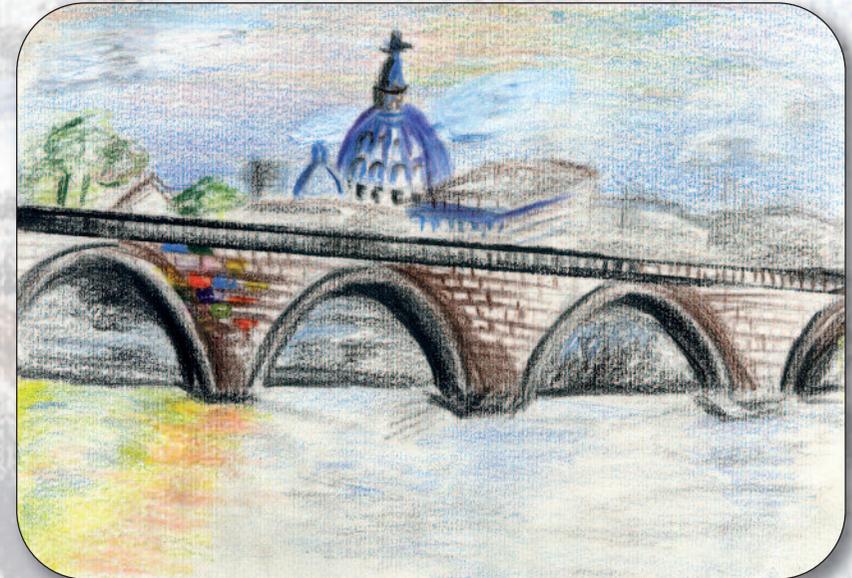




Centro di Salute per Migranti Forzati - SAMIFO

Report 2015



Associazione Centro Astalli
Via degli Astalli, 14/a - 00186 Roma
Tel 06.69700306 - Fax 06.6796783
astalli@jsr.net
www.centroastalli.it

Report 2015

Centro di Salute per Migranti Forzati - SAMIFO



Report 2015

*Presentazione della struttura,
dei processi, degli obiettivi
e delle prospettive*

a cura di Giancarlo Santone

*Dirigente medico del Dipartimento di Salute Mentale - ASL Roma A
Alta professionalità in psichiatria transculturale e delle migrazioni
Coordinatore Centro SAMIFO*

Marco Polo *descrive un ponte, pietra per pietra.*
– Ma qual è la pietra che sostiene il ponte? – *chiede*
Kublai Kan.
– *Il ponte non è sostenuto da questa o da quella pietra, –*
risponde Marco, – ma dalla linea dell’arco che esse formano.
Kublai Kan rimase silenzioso, riflettendo. Poi soggiunse: –
Perché mi parli delle pietre? È solo dell’arco che mi importa.
Polo risponde: – Senza pietre non c’è arco.

Italo Calvino, *Le Città Invisibili*

Comitato di redazione: Martino Volpatti, Maurizio Bacigalupi.

Hanno contribuito alla stesura del presente report:

*Carlo Bracci, Pietro Benedetti, Maria Guerra, Nicoletta Campanini,
Giorgia Rocca, Antonio Spina, Loredana Madonia, Maria Clara Pentella,
Simon Tekeste Zeggai, Nayyareh Nagash Nemayandeh, Lairetta Tribuzi,
Rossella Carnevali, Luciana D’Agostino, Simone Pelle, Annarita Plastino,
Abdoulaye Diarra, Jessica Gonzales.*

Disegno di copertina: “Il ponte”, di Maria Mercedes Gabas Arcos.

© 2015 Associazione Centro Astalli - Roma

PREFAZIONE

Le vent sé leve ... il faut tenter de vivre!
Paul Valery, *Le Cimetière marin* 1920

L'attenzione della ASL Roma A nella promozione e tutela della salute delle fasce fragili della popolazione, in particolare dei migranti, e l'impegno per ridurre gli ostacoli che limitano l'accesso ai servizi hanno radici lontane. Con l'Atto aziendale la ASL Roma A ha istituito l'unità operativa, *a valenza interdipartimentale*, "Assistenza Immigrati" e *l'alta professionalità in "psichiatria transculturale e delle migrazioni"* a conclusione del percorso iniziato nel 1993 con l'apertura dell'*Agenzia immigrati*, seguita dal *gruppo di lavoro "Immigrazione e Salute"* (1996), dallo *Spazio accoglienza immigrati* (1999), e dal *Coordinamento Salute Migranti* (2006).

La ASL Roma A ha elaborato il "Programma Salute Migranti" (2010) che ha permesso di pianificare e realizzare una rete di servizi pertinenti alla evoluzione dei bisogni della propria utenza, in particolare delle persone vulnerabili, basato anche sul partenariato con le agenzie no profit e le istituzioni pubbliche presenti nel territorio cittadino e regionale.

Elementi rilevanti nella promozione e tutela della salute dei migranti sono stati la *formazione e l'aggiornamento* del personale, il *lavoro di rete*, l'organizzazione dei servizi con l'attivazione di *percorsi assistenziali* sanitari e sociali.

Il Centro di Salute per Migranti Forzati – SAMIFO – nasce formalmente nel 2006 dall’incontro-confronto tra persone con esperienze e culture diverse e rivolge la sua attività esclusivamente ai richiedenti e titolari di protezione internazionale, regolarmente presenti nel territorio italiano e aventi diritto all’assistenza sanitaria. Il SAMIFO – modello organizzativo dinamico, unico nel territorio nazionale, che assicura la presa in carico socio-sanitaria, riuscendo a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute degli assistiti che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale – presta particolare attenzione alle numerose vittime di guerre, persecuzioni, torture, abusi sessuali. Le importanti attività di assistenza, trattamento e riabilitazione sono ben illustrate nel report. Il SAMIFO è un esempio di *evidence based helthcare*, dove l’integrazione delle esperienze cliniche e delle migliori evidenze scientifiche disponibili ha permesso di sviluppare un modello di sanità pubblica innovativo e sostenibile, basato sull’analisi partecipata dei bisogni di salute. “*I migranti forzati sono esposti a traumi multipli... molti hanno subito torture, violenze o stupri... sono il gruppo sociale con il più alto rischio di sviluppare disturbi mentali*”. Valutare i bisogni sanitari ha permesso di individuare il profilo di salute dei migranti forzati, di identificare la vulnerabilità come dimensione complessa, che necessita di risposte assistenziali efficaci e appropriate. *Quale è la dimensione e la gravità del problema? Quali sono le soluzioni più appropriate ed efficaci? Le soluzioni proposte sono fattibili?* Il metodo di lavoro del SAMIFO – modello di riferimento di diverse realtà italiane – è finalizzato ad affrontare la complessità del quadro clinico, sociale e giuridico dei richiedenti asilo e rifugiati. L’integrazione di personale della ASL Roma A e del Centro Astalli, l’azione coordinata e integrata di differenti professionalità e discipline, la collaborazione attiva con gli enti di tutela, la partecipazione a progetti (FER, CCM, etc.)

hanno garantito negli anni la realizzazione di importanti iniziative di prevenzione e emersione di malattie, favorendo la diagnosi precoce di gravi patologie, l’accesso ad adeguati accertamenti e cure, la riduzione del ricorso ai servizi emergenziali e quindi la riduzione di costi sanitari. La cultura di rete promossa in questi anni ha permesso di lavorare insieme e di superare l’isolamento reciproco, di sviluppare un approccio sistemico dall’accoglienza e presa in carico alla valutazione dei risultati, di promuovere uno stile clinico interculturale incentrato sulla disponibilità all’incontro, alla relazione con l’altro. La realtà mondiale contemporanea, rapidamente modificata dal continuo aggravarsi di guerre, conflitti e crisi umanitarie, sta causando la fuga di milioni di persone che solo in piccola percentuale arrivano nei paesi europei. Le difficoltà di accoglienza e di inserimento sociale causano situazioni diffuse di sofferenza e emarginazione (insediamenti spontanei, edifici occupati, centri sovraffollati) che stanno peggiorando le già precarie condizioni di salute dei migranti forzati.

La stabile presenza nel territorio italiano e in particolare nella città di Roma di richiedenti/titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosociale richiede una forte *partnership* tra tutti gli attori sanitari, sociali e della comunità. Soltanto una forte *Politica di rete* potrà indirizzare le aziende sanitarie del Lazio a sviluppare adeguate iniziative che coinvolgano sia le istituzioni pubbliche che il privato sociale.

Per un impegno di civiltà, quando si alzano i venti di guerra e si rischia la tempesta...

Filippo Gnolfo

Responsabile UO Assistenza Immigrati, ASL Roma A

ABSTRACT

Forced Migrants, escaped from their countries because of political, ethnic, religious or gender problems, are not comparable to Economic Migrants in terms of health.

In fact Forced Migrants are highly exposed to psychic, social and physical hazard in their destination countries. The healthcare dedicated to asylum seekers and refugees must be conceived through a systemic approach multi disciplinary and multidimensional at the same time. The local health net GRIS Lazio permitted to Public Health Care and Private Social Assistance to confront and share their ideas of good practice in order to create common resources developing common ways of reflection on critical areas in the matter of migrants health. The agreement protocol (decisions ASL Roma A N° 260 - 31 march 2006 and N° 1001 27 july 2010) between ASL RM A and Centro Astalli association officially founded SAMIFO health center: a multi disciplinary integrated system between Public Health Care (ASL Roma A) and Private Social Assistance (Italian Jesuit Refugees Service).

AIMS

- To promote and facilitate the fruition to public health care.
- To inform patients about their rights and about the related information sources.
- To educate healthcare professionals about migration medicine topics.
- To ensure cultural-linguistic mediation to overcome the barrier of language and intercultural communication.
- To promote systemic approach to multidimensional trauma.

SCIENTIFIC COMMITTEE

- Goals and actions planning.
- Promotion of information research and education activities.
- Raise the awareness of social and institutional actors.
- Promotion of the circulation of knowledge and results.
- Definition of a list of evaluation indicators.

In our centre, in 2014 there have been more than 1849 patients and main health visits have been: more than 5600 general medicine, 3000 specialistic visits (psychiatric, gynecologic, forensic medicine, psychological, vaccination, infectivology, orthopedics).

RESUMÉ

Les Migrants Forcés, ayant fuit leur Pays à cause de problèmes ethniques, religieux, politiques, ou d'autres genres, ne sont pas comparables aux migrants économiques sur le plan de la santé. En effet, les Migrants forcés sont hautement exposés aux difficultés psychiques, sociales et physiques dans les pays de destination. L'assistance sanitaire accordée aux demandeurs d'asile et aux réfugiés doit être conçue à travers une approche symétrique multidisciplinaire et multidimensionnelle en même temps. Le réseau sanitaire local «GRIS» de la Région Lazio a permis à l'assistance sanitaire publique et à l'assistance sociale privée de confronter et de partager leurs idées par rapport aux bonnes pratiques dans le but de créer des ressources, en développant des moyens communs de réflexion par rapport aux secteurs critiques en matière de la santé des migrants. Le protocole d'accord (Décision ASL Roma A N° 260 - du 31 Mars 2006 et N° 1001 du 27 Juillet 2010) entre l'ASL Roma A et l'association Centre Astalli a officiellement fondé le centre d'assistance sanitaire SAMIFO: un Système multidisciplinaire intégré entre l'assistance sanitaire publique (ASL Roma A) et l'assistance sociale privée (Service des Jésuites Italiens pour les Réfugiés).

OBJECTIFS DU SERVICE

- Promouvoir et faciliter la réalisation de l'assistance sanitaire publique.
- Informer les patients en ce qui concerne leur droits et par rapport aux sources d'informations relatives.
- Éduquer les professionnels d'assistance sanitaire par rapport à la médecine sur les sujets migrants.
- Assurer la médiation linguistique culturelle pour surmonter la barrière de la communication interculturelle et linguistique.
- Promouvoir l'approche systématique du trauma multidimensionnel.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- Planification des objectifs et des actions.
- Promotion de la recherche d'information et des activités d'éducation.
- Favoriser la prise de conscience des acteurs sociaux et institutionnels.
- Promotion de la diffusion des connaissances et des résultats.
- Définition de liste d'indicateurs d'évaluation.

En 2014, notre Centre a été fréquenté par plus de 1.849 patients. Les principales visites sanitaires effectuées ont été les suivantes: plus de 5.600 en médecine générale, 3.000 en visites spécialisées (psychiatrie, gynécologie, médecine légiste, psychologie, vaccinations, maladies infectieuses, et orthopédique).

INQUADRAMENTO TEMATICO

Il fenomeno della migrazione forzata differisce sensibilmente dalla migrazione "volontaria" finalizzata al miglioramento della propria condizione socio-economica. A differenza dei migranti economici i migranti forzati spesso condividono un **«drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica, che include l'esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale. Le esperienze premigratorie, migratorie e postmigratorie contribuiscono allo sviluppo del rischio...»**. (Friedman M., Jaranson J., 1994). I richiedenti e titolari di protezione internazionale sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese perché vittime di violenza, umiliazioni, minacce, persecuzioni, o in seguito a guerre, disastri ambientali, carestie, epidemie.

La tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali sono state praticate sistematicamente dopo la seconda guerra mondiale e continuano anche nel momento storico attuale in numerosi Paesi del mondo. Le dittature in Sudamerica degli anni settanta, la persecuzione dei monaci Tibetani, la guerra dei Balcani, le "pulizie etniche" e i genocidi degli anni novanta, le guerre in Afghanistan e Iraq, la difficile situazione Palestinese, il problema del popolo curdo, i continui conflitti in Africa, le recenti guerre in Siria e Libia rappresentano solo alcuni esempi più attuali.

Il termine tortura può avere sfumature diverse in relazione al contesto in cui deve essere applicato, giuridico, psicologico, medico, sociale etc. La definizione¹ di riferimento sul piano del diritto internazionale è quella contenuta all'art. 1 della Convenzione ONU contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti del 10 dicembre 1984 dove si legge: «*ai fini della presente Convenzione, il termine "tortura" designa qualsiasi atto con il quale sono inflitti a una persona dolore o sofferenze acute, fisiche o psichiche, segnatamente al fine di ottenere da questa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che ella o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o esercitare pressioni su lei o di intimidire o esercitare pressioni su una terza persona, o per qualunque altro motivo basato su una qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o tali sofferenze siano inflitti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisca a titolo*

¹ Numerose sono le definizioni di tortura nella letteratura internazionale e tutte hanno il limite di cogliere solo alcuni aspetti delle profonde finalità della tortura. La tortura ha infatti «sicuramente la finalità di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona» (Viñar, 1989). In effetti, al centro della violenza politica si ritrova l'attacco all'umanità delle persone: non alla loro astratta o ideale appartenenza al genere umano, ma alla loro umanità specifica, storicamente, politicamente e culturalmente situata. In questo senso, la disumanizzazione dell'altro e la sua deculturazione procedono parallelamente e costituiscono due facce della stessa medaglia. Si colpiscono singoli individui affinché sia impedito ad un intero gruppo, comunque caratterizzato, di esprimere le sue specifiche modalità di esistenza, di coltivare i suoi saperi, le sue credenze ed i suoi valori; affinché sia privato di quelle funzioni che ne permettono la riproduzione sociale e culturale. Si colpisce la cultura di un gruppo nei suoi aspetti materiali e immateriali, affinché ciascuno dei suoi membri sia privato delle risorse che gli garantiscono un mondo vivibile e coerente e che permettono di affrontare i momenti critici dell'esistenza in *Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali*, Progetto finanziato con il FER 2008, Parma, 2011, pagg. 134-135 (Provincia di Parma con A.S.G.I., Centro Astalli, Ce.R.I.S.C., Caritas di Roma, Save the Children, NAGA Onlus, S.I.M.M., SAMIFO-ASL Roma A).

ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore e alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate».

Anche se è oggettivamente riduttivo e troppo schematico, nella pratica la tortura viene suddivisa in 3 tipi: fisica, psicologica (definita anche tortura bianca o senza contatto) e sessuale. Esiste un'ampia letteratura sulle conseguenze fisiche e psichiche delle violenze intenzionali infamanti; il "Protocollo di Istanbul" (1999) manuale per lo studio e la documentazione di tali esiti, elaborato nel 1999 da un gruppo di esperti internazionali rappresenta un punto di riferimento scientifico obbligato per chi si (pre)occupa dei migranti forzati. La tortura determina gravi conseguenze fisiche, mediche, neurobiologiche, psicologiche, sociali ed economiche sia a breve che a medio e lungo termine.

La condizione dei rifugiati vittime di traumi estremi nel nostro Paese è, tra le diverse vulnerabilità, la più critica perché non può essere considerata una mera possibilità che riguardi singoli casi, bensì trattasi di una condizione diffusa. Numerosi studi pubblicati su riviste scientifiche internazionali hanno messo in evidenza che i richiedenti asilo e i rifugiati hanno un'alta probabilità di essere stati vittime di torture o violenze intenzionali. Stimare con precisione la dimensione del fenomeno è estremamente difficile, talvolta impossibile, per motivi legati, per esempio, alla scarsa sensibilità politica, alla mancanza stessa di strumenti/capacità di rilevazione/individuazione/emersione, alla difficoltà emozionale delle vittime nel raccontare la propria storia (per vergogna, sensi di colpa, o per la perdita della fiducia nell'essere umano, etc). Se l'esatto numero delle vittime di torture non è conoscibile, la ricerca scientifica internazionale ha permesso di evidenziare che la presenza di vittime di tortura tra i richiedenti asilo e rifugiati non è affatto episo-

dica o residuale². Se si assumono i valori inferiori delle possibili “forbici” indicate in materia dalla letteratura scientifica in relazione alla percentuale media di presenza di vittime di tortura tra i rifugiati e si considerino i titolari di protezione internazionale riconosciuti in prima istanza in Italia nell’ultimo decennio³ si può ritenere che i titolari di protezione che abbiano

² Una prima review effettuata da Baker nel 1992 e pubblicata dall’Università di Cambridge ha messo in evidenza che fra il 5% e il 35% dei rifugiati presenti in Europa hanno subito torture nel paese di provenienza. In base a queste stime Engstrom e Okamura nel 2004 (*A plague of our time: torture, human right, and social work*) hanno stimato che i rifugiati vittime di torture nel mondo oscillavano fra 600.000 e 3.4 milioni. Nel 2004 il Centro per le vittime di tortura del Minnesota ha stimato in circa 500.000 le persone sopravvissute alla tortura regolarmente presenti negli USA. Altri studi (Bojholm et al.), stima fra il 20% e il 30% la prevalenza delle vittime di tortura fra i rifugiati. Jaransen nel 2004 in una ricerca su 1.134 rifugiati somali e oromo ha calcolato la prevalenza della tortura per ciascun gruppo, riscontrata nel 36% del somali e nel 55% degli oromo. Fazel et al., nel 2005 ha studiato la prevalenza di gravi disturbi mentali in 7.000 rifugiati presenti in 7 paesi occidentali, compresa l’Italia, evidenziando che i rifugiati hanno 10 volte la possibilità di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico rispetto alla popolazione autoctona. Recentemente (2009) Zachary et al. hanno diffuso una sistematica review di 5.904 articoli pubblicati fra il 1980 e Maggio 2009, per valutare la relazione fra la tortura e altri potenziali eventi traumatici e la prevalenza del Disturbo post traumatico da stress (PTSD) e la Depressione in 81.866 persone provenienti da 40 differenti paesi. Evidenziano come la tortura sia endemica nei paesi in conflitto (29 dei 40 riportati) e rilevano che il 21% dei partecipanti allo studio hanno riportato esperienze personali di tortura. Quest’ultima è presente nel 23.6% delle persone affette da PTSD e nell’11.4% affette da depressione. Gli autori concludono affermando che la tortura emerge come il più forte fattore associato con il PTSD mentre l’esposizione a altri potenziali eventi traumatici è responsabile della depressione. Infine l’OMS stima al 20% la prevalenza di gravi disturbi psichici nelle società esposte a emergenze umanitarie (Van Ommeren et al., 2005). **Rispetto a quanto osservato presso il nostro centro nel 2013 vedasi il rapporto annuale 2014 del Centro Astalli, in particolare nelle pagine dedicate ai dati del SAMIFO, dove si conferma l’elevato numero di persone vittime di tortura, violenza intenzionale o abusi sessuali, in linea con i dati internazionali, seguite dal nostro Centro.**

³ Vedasi dati forniti dalla Commissione nazionale per il diritto d’asilo in www.interno.it

vissuto eventi traumatici di gravissima o grave entità rappresentino un numero significativo, nei cui confronti sussiste un obbligo da parte delle istituzioni sanitarie pubbliche nel fornire il necessario trattamento. Ancora più grave risulta la condizione dei rifugiati **con disagio mentale**, conseguente a traumi subiti nel Paese d’origine o durante il viaggio, ma anche alle condizioni di vita in Italia (insufficienza dei posti di accoglienza, difficoltà di presa in carico che finiscono per colpire in modo particolare le persone più vulnerabili). Le oggettive **difficoltà delle Aziende Sanitarie Locali** a prendersi cura di un’utenza con caratteristiche e **bisogni così specifici** e l’elevato afflusso di migranti forzati giunti negli ultimi due anni, a causa dei cambiamenti politici e delle guerre che hanno coinvolto diversi Paesi, non hanno potuto che aggravare una situazione già di per sé critica.

I Rifugiati nel mondo sono **11.7 milioni** (<http://unhcr.org/trends>), **589.737 in Germania, 149.799 in Gran Bretagna e 64.799 in Italia**: nel 2014 anno di maggior flusso/sbarchi nel nostro paese, sono state presentate 64.886 domande di asilo (in Germania oltre 200.000), esaminate 36.330, delle quali 13.327 – pari al 37% – con esito negativo (diniego) mentre 21.861 hanno ottenuto una forma di protezione, 10% asilo, 22% protezione sussidiaria, 28% protezione umanitaria (fonte Commissione Nazionale per il Diritto d’Asilo, www.interno.it).

A Roma vi è la **più alta concentrazione nazionale di titolari di protezione internazionale**; solo nel **Distretto Primo della ASL Roma A (I° Municipio ex ordinamento comunale)** vi sono **almeno 16.000 residenti** (tale dato riguarda solo i titolari di protezione internazionale e non i richiedenti asilo) dei quali **13.400 in Via degli Astalli** (dati al 6 marzo 2015 forniti da Roma Capitale).

CORNICE GIURIDICA DI RIFERIMENTO E DIFFICOLTÀ DI ESIGIBILITÀ DEI DIRITTI

L'articolo 10 della *Costituzione della Repubblica Italiana* stabilisce che «lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche, ha diritto di asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge». Inoltre «non è ammessa l'extradizione dello straniero per reati politici» (AA.VV., 1947).

Per quanto riguarda la legislazione in materia di difesa della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale l'art. 32 della *Costituzione della Repubblica Italiana* sancisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». Nello specifico relativo alla tutela e salvaguardia della salute dei cittadini stranieri, solo alcuni anni fa, con il *Decreto Legislativo* 25 luglio 1998, n. 286, Titolo V sono state emanate le disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale. Conosciuto come **Testo Unico sull'immigrazione**, negli articoli 34 e 35, provvede a regolamentare l'assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al servizio sanitario. Si sottolinea l'**obbligatorietà di iscrizione al servizio sanitario nazionale** e la **parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani** per quanto attiene all'assistenza erogata dal servizio sanitario nazionale; l'obbligo di iscrizione al SSN riguarda gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiornare...

no... per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo... L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale, ai minori, figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale, è assicurato, fin dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori italiani.

Infine, l'articolo 7 obbliga lo straniero, assicurato al servizio sanitario nazionale, ad **iscriversi nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora** secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione.

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità** considera la salute come un diritto umano fondamentale alla base di tutti gli altri diritti umani fondamentali e la definisce «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità» (*Alma Alta, URSS, 6-12 settembre 1978*). Per quanto riguarda la salute mentale si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale la persona è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

L'accesso all'assistenza sanitaria da parte di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria è del resto uno dei servizi di prima accoglienza riconosciuto dal **Testo Unico sull'immigrazione** (1998) e dall'accordo del 20 dicembre 2012, della **Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano** dal titolo «*Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*», nato per porre rimedio alla disomogeneità di risposte che al bisogno di cure degli stranieri è

stata fino ad oggi registrata sul territorio nazionale, complice anche l'assenza di indicazioni operative in relazione a tutte le diverse ipotesi che si presentano nella pratica applicazione. La scelta di un accordo per l'esercizio condiviso delle funzioni amministrative in materia costituisce una benvenuta espressione del principio di "leale cooperazione" tra Stato e Regioni nella **determinazione delle prestazioni di salute spettanti agli stranieri e ai cittadini dell'Unione**.

L'accordo contiene indicazioni precise finalizzate a garantire il **pieno accesso alle prestazioni sanitarie** da parte dei richiedenti asilo, fin dal momento della formalizzazione della domanda di protezione e per tutta la durata del procedimento di riconoscimento, compresa l'eventuale fase giurisdizionale. I requisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario. Nel caso dei richiedenti e titolari di protezione internazionale è proprio il tema dell'**integrazione socio-sanitaria** a presentarsi particolarmente problematico, perché legato a una serie di criticità che sembrano difficilmente superabili, e che anzi paiono aggravarsi quando lo si affronta all'interno di logiche emergenziali quali quelle che hanno caratterizzato l'operato di enti e istituzioni negli ultimi anni. Nonostante alcune significative sperimentazioni, alcune prassi di eccellenza, e il tentativo di sviluppare modelli organizzativi, sinergie e collaborazioni capaci di una presa in carico attenta ai fattori di vulnerabilità di questo gruppo, nel complesso la situazione nazionale e regionale appare scontare ancora un forte ritardo: l'assenza o l'insufficienza di risorse (strutture, competenze, strumenti) stenta a tradursi in un impulso alla ricerca e alla programmazione e, anzi, finisce con il giustificare meccanismi di deresponsabilizzazione o delega tra enti e servizi, non favorendone certo l'integrazione e l'agire sinergico (*rappor- to finale del monitoraggio nella regione Lazio dell'accesso all'assistenza socio-sanitaria dei migranti forzati arrivati dal nord Africa*

nel corso degli anni 2011 e 2012. Progetto realizzato dall'Associazione Centro Astalli in collaborazione con il centro SAMIFO e finanziato dalla Regione Lazio - Direzione Regionale politiche sociali e famiglia).

Sul tema dei diritti sociali dei migranti forzati si rimanda a "I diritti sociali dei richiedenti e titolari di protezione internazionale: titolarità e esigibilità" in: *Per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturali. Linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale*, Parma, maggio 2011 (coordinato dalla Provincia di Parma, **con la collaborazione del Centro SAMIFO - ASL Roma A**).

Purtroppo, è dimostrato che quanto stabilito dalla *Costituzione della Repubblica Italiana* e dal *Testo Unico sull'Immigrazione* non è di facile applicazione, persistendo una disuguaglianza nell'accesso ai servizi e talvolta una discrepanza nelle prestazioni che colpisce soprattutto i cittadini stranieri più fragili come i rifugiati, gruppo ad alto rischio di malattia, presenti nel territorio dello Stato Italiano da poco tempo, che non parlando ancora bene la nostra lingua hanno difficoltà nel comprendere e nel far valere i propri diritti. Il paradigma della "titolarità e accesso ai diritti alle medesime condizioni del cittadino italiano" non è ancora giunto a consolidarsi in un modello organizzativo e funzionale capace di garantire i diritti sanciti in modo equo, efficiente e sufficientemente omogeneo. L'esercizio dei diritti sociosanitari si trova infatti a dipendere da **limiti strutturali ed organizzativi** (la capienza massima del Sistema di Protezione per quanto riguarda l'accoglienza, ad esempio), **problematiche burocratico-amministrative**, da elementi di **variabilità territoriale** (presenza/assenza di competenze specifiche e di risorse), dal vincolo – nella lettura dei bisogni da parte degli operatori dei servizi territoriali – imposto dalle **categorie di risposta disponibili** (che spesso sono calibrate sulle condizioni

medie di un cittadino italiano con reti familiari) e, non ultimo, dalla possibilità stessa per il richiedente asilo/rifugiato di **essere informato sui propri diritti ed orientato conseguentemente**. Benché sia doloroso affermarlo, è innegabile che nel percorso di ciascun migrante forzato nel nostro Paese, il caso giochi un ruolo determinante. Ogni variabile di percorso (accedere o meno all'accoglienza e alle cure mediche, beneficiare o meno di assistenza legale, avere o meno opportunità formative) va a costituire un bivio che può condurre ad esiti alternativi molto differenti, anche nella prospettiva del medio e lungo periodo: ogni "segmento" di percorso presenta specifiche criticità, potenziali rischi e un livello di aleatorietà tale nella tutela dei diritti da esporre il richiedente asilo/rifugiato a conseguenze anche drammatiche (*rapporto finale del monitoraggio nella regione Lazio dell'accesso all'assistenza socio-sanitaria dei migranti forzati arrivati dal nord Africa nel corso degli anni 2011 e 2012. Progetto realizzato dall'Associazione Centro Astalli in collaborazione con il Centro SAMIFO e finanziato dalla Regione Lazio - Direzione Regionale politiche sociali e famiglia*).

È proprio la presenza delle suddette barriere che ostacolano l'accesso e la continuità dei percorsi di tutela socio-sanitari e più in generale assistenziali ha stimolato la nostra riflessione – frutto dell'esperienza maturata nei primissimi anni del 2000 a seguito di una informale collaborazione tra l'ambulatorio di psichiatria transculturale della ASL Roma A e l'Associazione Centro Astalli – sulla possibilità di adottare nuovi strumenti e nuove prospettive per il futuro. **L'accessibilità e la fruibilità del diritto all'assistenza sanitaria da parte dei richiedenti e titolari di Protezione Internazionale, regolarmente presenti sul territorio italiano e portatori di fragilità e problematiche gravi e complesse, hanno rappresentato questioni chiave per la programmazione delle attività del Centro SAMIFO.** Sono state prese in considerazione la mag-

gior parte dei loro bisogni sociosanitari, pianificato sin dall'inizio un fondamentale lavoro di rete cittadino, nazionale e internazionale. È stato infine strategicamente collocato presso il Primo Distretto della ASL Roma A, nei pressi della Stazione Termini, quindi anche facilmente raggiungibile, dove si osserva la **più alta concentrazione nazionale** di migranti forzati (**13.400 residenti solo in Via degli Astalli**, dati al 6 marzo 2015 forniti da Roma Capitale). In tale territorio troviamo inoltre la sede dell'**Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà** e delle più importanti associazioni del terzo settore, come il **Centro Astalli, la Caritas, la Comunità di Sant'Egidio, la Casa dei Diritti Umani, Medici Contro la Tortura** e numerose altre. Si può certamente dire, anche se non formalmente espresso, che il Centro SAMIFO – sin dall'inizio delle attività risalenti al 2006 – nel suo **modello di accoglienza e presa in carico ha anticipato forme organizzative avviate recentemente come la Casa della Salute e il Punto Unico di Accesso (PUA)**.

A conclusione di questa breve analisi sul quadro giuridico relativo all'assistenza sanitaria per richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale o umanitaria non può non essere ricordata la recentissima importante innovazione apportata con il **D.Lgs 21 febbraio 2014, n. 18**, che all'art. 27, comma 1, ribadisce come «*I titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria hanno diritto al medesimo trattamento riconosciuto al cittadino italiano in materia di assistenza sociale e sanitaria*». Ma è soprattutto il comma 1bis di detto articolo a richiamare l'attenzione in quanto esso sancisce che «*il Ministero della salute adotta linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugia-*

to e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente». Pur con grave ritardo, il Legislatore riconosce l'importanza di un'attenzione specifica (in termini di organizzazione dei servizi socio-sanitari e di formazione del personale) da rivolgere ai richiedenti asilo e beneficiari di protezione vittime di tortura o di violenza estrema.

CENTRO DI SALUTE PER MIGRANTI FORZATI - SAMIFO

Il Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) **nasce nel 2006** dalla collaborazione tra l'Azienda USL Roma A e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service (Del. n° 260/2006, Del. n° 1001/2010, Del. n° 409/2015) per dare risposte concrete alla difficoltà di esigibilità dei diritti dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. È un servizio **dedicato esclusivamente alla tutela e alla promozione della salute dei migranti forzati**. Ha come obiettivo principale la **presa in carico e la cura temporanea** dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, per un periodo non superiore a 24 mesi. Nelle fasi iniziali dell'arrivo, ma spesso anche a distanza di tempo, le ridotte capacità di comunicazione linguistica possono compromettere gravemente le relazioni con il nuovo contesto e inficiare l'interazione clinica, terapeutica e di autonomia. Trascorso tale tempo gli utenti dovrebbero aver appreso la conoscenza basilare della lingua italiana, quindi essere in grado di capire, di farsi capire, di "muoversi" autonomamente nel territorio e di fruire liberamente dei servizi sociosanitari, a parità con gli altri cittadini. Particolare attenzione è rivolta alla cura delle vittime di tortura e di violenza intenzionale, alle donne straniere vittime di abuso sessuale, per persecuzione politica, matrimonio forzato, violenza domestica, alle quali garantiamo, oltre al supporto psichiatrico, psicologico e ginecologico, l'accompagnamento a visite specialistiche (per esempio infettivologia, etc.).

La sede del SAMIFO è in via Luzzatti n° 8, presso il presidio territoriale del Distretto Primo della ASL Roma A. È coordinato dallo scrivente, dirigente medico del Dipartimento di Salute Mentale, con incarico di alta professionalità in psichiatria transculturale e delle migrazioni. Pur non essendo formalmente inserito nell'atto aziendale il SAMIFO è di fatto "incaricato" nell'Unità Operativa Semplice Assistenza Immigrati, a valenza interdistrettuale, diretta dal Dr. Filippo Gnolfo, che ha la funzione di coordinamento dei progetti sui migranti.

Il metodo di lavoro scelto è quello del *governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati.*

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di **percorsi interdisciplinari** di cura e/o di sostegno individuale appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati, sull'**integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica**. La complessità dei bisogni deve prevedere un approccio multidimensionale, interdisciplinare e interculturale.

Il servizio (a valenza cittadina, ma con invii da tutta la regione Lazio) è diventato, nel corso degli anni, un punto di riferimento per gli enti di tutela dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, ma soprattutto per i richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura e di violenze intenzionali.

In accordo con le indicazioni contenute nelle Linee d'indirizzo per la salute mentale del Ministero della Salute, la **ASL Roma A ha da molti anni avviato una fattiva collaborazione con gli enti locali ed associazioni di tutela operanti nella presa in carico di titolari/richiedenti protezione internazionale**, anticipando di circa 10 anni quanto ricordato da Vostanis nell'editoriale pubblicato recentemente (Meeting of the mental health needs of refugees and asylum seekers BMJ (2014)

204, 176–177) che sostiene che non è sufficiente un servizio con specialisti preparati che incentrano il proprio lavoro sul trauma e sul sintomo bensì serve l'integrazione con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante, il miglioramento della sua capacità di resilienza, l'assistenza al resettlement (reinsediamento). Perciò, dice Vostanis, **serve un lavoro strettamente integrato del personale sanitario con enti ed associazioni che tengano in considerazione i bisogni essenziali, le condizioni di vita e gli stressors quotidiani della persona.** Siamo consapevoli e orgogliosi del nostro lavoro di rete e condividiamo da anni un metodo di assistenza integrato.

ORGANIZZAZIONE

Il Centro SAMIFO è aperto dal lunedì al venerdì ed è articolato nelle seguenti linee d'attività:

1. Sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario - *front office*.
2. Spazio di ascolto per richieste più "delicate" che richiedono maggior privacy - *back office*.
3. Servizio strutturato (non a chiamata) di *mediazione linguistico-culturale* per le lingue farsi, dhari, tigrino, amharico, wolof, bambara, djoula, mandingo, arabo, inglese, francese, spagnolo. Il servizio è finanziato dal Centro Astalli e, attraverso bando pubblico, da Roma Capitale.
4. Ambulatorio di *medicina generale* (2 medici di assistenza primaria).
5. Ambulatorio di *psichiatria transculturale e delle migrazioni* (4 psichiatri, 2 dipendenti ASL -di cui 1 a tempo pieno e 1 a 12.40 ore settimanali - e 2 volontari del Centro Astalli).
6. Ambulatorio di *psicologia* (2 psicologhe - 1 dipendente Centro Astalli, 1 tirocinante).
7. Ambulatorio di *medicina legale* (2 medici legali volontari del Centro Astalli).
8. Ambulatorio di *ginecologia e ostetricia* (personale ASL ginecologa, ostetrica, infermiera, mediatrici di

Roma Capitale in convenzione con la ASL Roma A, e dipendenti del Centro Astalli).

9. Ambulatorio di *infettivologia* (personale ASL, infettivologa, infermiera).
10. Ambulatorio di *ortopedia* (personale Centro Astalli e ASL Roma A).
11. **Vaccinazioni** (personale ASL e Roma Capitale).

L'accesso al front office del Centro SAMIFO è libero. Le visite specialistiche si effettuano previo appuntamento, riservando comunque sempre uno spazio di ascolto alle urgenze. Alla medicina generale si accede senza prenotazione.

L'Azienda USL Roma A ha assegnato alle attività previste dal progetto sei (6) locali, siti nel piano rialzato del presidio sopraindicato, dotati di arredi e beni strumentali (strumenti informatici, fotocopiatrice, telefax, telefoni, etc.). Sono altresì garantite dall'Azienda USL Roma A le linee telefoniche, la linea ADSL, la fornitura di alcuni farmaci di classe C e materiale di consumo, la manutenzione ordinaria e straordinaria, la pulizia dei locali.

Il **personale** è misto (ASL Roma A, Centro Astalli). Inoltre è attualmente attiva una collaborazione con l'Ufficio Immigrazione di Roma Capitale che garantisce una parte del servizio di mediazione linguistico-culturale per la presa in carico degli ospiti dei Centri di Accoglienza convenzionati con Roma Capitale. Infine la partecipazione a progetti (FER, CCM, etc.) ha garantito negli anni la realizzazione di importanti iniziative di prevenzione e emersione di malattie, favorendo la diagnosi precoce di gravi patologie, l'accesso ad adeguati accertamenti e cure, la **riduzione del ricorso ai servizi emergenziali (118 e DEA) e quindi la riduzione di costi sanitari.**

PRINCIPALI PROTOCOLLI D'INTESA

Oltre alla collaborazione con il **Centro Astalli** per l'assistenza sociosanitaria a richiedenti asilo, rifugiati e alle vittime di tortura (formalizzata con Deliberazioni n. 260 del 31 marzo 2006, n. 1001 del 29 luglio 2010, n. 409 del 29 maggio 2015 e n. 997 del 12 agosto 2009 per la costituzione del comitato scientifico del centro di salute per migranti forzati, allegati alla presente relazione), che ha portato alla nascita del SAMIFO, la ASL Roma A ha in essere diversi protocolli d'intesa per l'assistenza sociosanitaria a richiedenti asilo e rifugiati. I più rilevanti sono:

- Rinnovo e integrazione del protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e l'**Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà - INMP** ex San Gallicano - ... Assistenza ai richiedenti protezione internazionale e vittime di tortura... Etnopsichiatria e psicotraumatologia in collaborazione con il SAMIFO... Deliberazione n. 000214/CS del 7.4.2015.
- Protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e il **Consorzio Roma Solidarietà – Caritas Diocesana** di Roma – per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E. Deliberazione n. 1444 del 24.12.2001.
- Protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e l'**Associazione FOCUS casa dei Diritti Sociali Onlus** per l'as-

sistenza sociosanitaria a persone in situazione di fragilità sociale... Deliberazione n. 538 del 7.5.2010.

- Protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e l'**Associazione Comunità di Sant'Egidio ACAP Onlus** per lo sviluppo di reti integrate e interdisciplinari al fine di favorire l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini deboli... Deliberazione n. 765 del 5.12.2012.
- Protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e la **Cooperativa Sociale Programma Integra** per attivare processi di collaborazione per supportare i richiedenti/titolari di protezione internazionale nelle varie fasi del processo... Deliberazione 9.4.2014.
- Protocollo d'intesa tra l'Azienda USL Roma A e l'**Associazione Infermieristica Transculturale** per elaborare e attuare programmi di formazione sui temi di nursing e progetti comuni, anche sperimentali, orientati agli aspetti transculturale dell'assistenza infermieristica. Deliberazione n. 1218 del 5.10.2010.

PRINCIPALI PROGETTI IN CORSO

1. Tavolo tecnico finalizzato alla predisposizione di **linee guida** per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito violenze, stupri o altre forme gravi di violenza fisica, psicologica o sessuale. Il tavolo è stato istituito con DD del Direttore Generale della Prevenzione del 12 settembre 2014 in ottemperanza all'art.1 del D.L.vo 18/2014. Ministero della Salute.
2. **“Tutela psicoterapeutica e socio-sanitaria delle vittime di discriminazione”** in collaborazione con l'UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali del Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Roma Capitale.
3. **“Unità Mobile di Supporto. Equipe Transculturale di Salute Mentale”**. Progetto sperimentale per favorire l'emersione della condizione di vulnerabilità psicosociale dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e umanitaria ospiti nei Centri SPRAR di Roma Capitale. Finanziato da Roma Capitale con fondi del Ministero dell'Interno.
4. **“Step by step”**. Interventi sociosanitari per l'integrazione di titolari di protezione internazionale vulnerabili. In partenariato con la Cooperativa Roma Solidarietà della Caritas Diocesana di Roma. Finanziato dal FER - Fondo Europeo per i Rifugiati. Ministero dell'Interno. PROG. 105020 - Azione 4.
5. **“F-attori”** Interventi sociosanitari per persone non vulnerabili titolari di protezione internazionale. In partenariato con la Cooperativa Roma Solidarietà della Caritas Diocesana di Roma. Finanziato dal FER - Fondo Europeo per i Rifugiati. Ministero dell'Interno. PROG. 105075 - Azione 1.
6. **“Vaccinazioni gratuite per richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria presenti nel territorio di Roma Capitale al fine di ridurre l'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino e le loro conseguenze in termini di mortalità e morbilità”**. Le prestazioni sono erogate da medici e infermieri della ASL Roma A affiancati da mediatori linguistico-culturali.
7. **“Promozione dell'accesso al test salivare e capillare per l'HIV”**. In collaborazione con l'INMI Lazzaro Spallanzani e Anlaids Onlus (Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS). Finanziato dal Ministero della Salute/Regione Lazio.
8. **“La mediazione linguistico-culturale nel centro SAMI-FO”**. Favorire l'accesso alle cure dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e umanitaria ospiti nei Centri SPRAR di Roma Capitale. Finanziato da Ministero Interno/Roma Capitale. Avviso Pubblico - Servizi di Mediazione interculturale. Codice CIG n. 60720920D6 - Numero Gara 5883491.
9. **“Nessuno escluso. Interventi per il superamento di situazioni di forte emarginazione connessi a disabilità o grave fragilità psi-**

cosociale”. In collaborazione con l’Associazione Centro Astalli. Finanziato dalla Regione Lazio. Assessorato Politiche Sociali e Famiglia.

10. **“Prevenzione e contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili”**. Progetto finanziato dal Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Capofila ASL Roma A.
11. **“Informatizzazione della cartella clinica”**. Finanziato dall’Associazione Centro Astalli.

PRINCIPALI PROGETTI REALIZZATI NEGLI ANNI PRECEDENTI

In collaborazione con enti di tutela dei diritti dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, istituzioni italiane ed europee

- **Lontani dalla violenza** - *Progetto di realizzazione e condivisione di servizi territoriali per la presa in carico integrata delle persone vittime di tortura.* FER - Fondo Europeo per i Rifugiati. Ministero dell’Interno. Programma annuale 2008 azione 1.1.D PROG 0678. I 13 partner e i 18 aderenti al progetto tra Regioni, Enti Locali, Associazioni, ASL e Centri di ricerca hanno costituito una rete nazionale per sperimentare un modello di presa in carico integrato sociale e sanitario delle persone vittime di tortura.
- **Lontani dalla violenza 2** - *Presa in carico integrata di situazioni vulnerabili.* FER - Fondo Europeo per i Rifugiati. Ministero dell’Interno. Programma annuale 2009 azione 1.1.D PROG 0678. I partner e gli aderenti al precedente progetto hanno rafforzato la rete nazionale per sperimentare un modello di presa in carico integrato sociale e sanitario delle persone vittime di tortura.
- **Per un’accoglienza e una relazione d’aiuto transculturali** - *Linee guida per una accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti/titolari di protezione internazionale.* FER - Fondo Europeo per i Rifugiati. Ministero dell’Interno. Programma annuale 2009 - Azione 1.1.B PROG. 2429. Hanno collaborato: Provincia di Parma, Centro Immigrazione Asilo Cooperazione internazionale onlus, Save the Children, Associazione per gli Studi Giu-

ridici sull'Immigrazione, Associazione Centro Astalli, Caritas di Roma tramite la Cooperativa Roma Solidarietà, NAGA, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Centro Ricerche e Interventi nei Sistemi Complessi, Regione Emilia Romagna, AUSL Parma, Università degli Studi di Milano - Dipartimento Studi Sociali e Politici, ASL Roma A, Centro SAMIFO.

- **Salut-are:** *formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale.* FER - Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Ministero dell'Interno. Programma annuale 2010 - Azione 1.2.B - N.1/PROG 5132. Hanno partecipato: Provincia di Parma, Centro Immigrazione Asilo Cooperazione internazionale, Save the Children, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Associazione Centro Astalli, Caritas di Roma tramite la Cooperativa Roma Solidarietà, NAGA, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Centro Ricerche e Interventi nei Sistemi Complessi, Cooperativa sociale Camelot, Cooperativa sociale Ethica, Associazione ADL, ICS ufficio rifugiati Onlus, LESS Onlus, Fondazione San Giovanni Battista, Gruppo di Lavoro Rifugiati Onlus, Regione Emilia Romagna, ASS1 Trieste, AUSL Parma, AUSL Ferrara, Università degli Studi di Ferrara - Dipartimento Studi Sociali e Politici, ASL Frosinone, Gruppo articolo 32, Associazione la Kasbah, Associazione NAGA, Associazione Progetto Accoglienza, Regione Toscana, Provincia Ancona, Provincia di Prato, Centro SAMIFO - ASL Roma A.
- **La persona al centro** - Progetto finanziato dall'ANCI con fondi straordinari 8 per mille IRPEF dedicati a richiedenti o titolari di protezione internazionale portatori

di disagio mentale con particolare attenzione alle vittime di torture o trattamenti disumani e degradanti.

- **Diritti migranti, per una cultura della salute.** FER - Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Ministero dell'Interno. Programma annuale 2010 - Azione 1.2.C-N. 1/PROG4987. Il Centro SAMIFO è tra i promotori, con la SIMM, l'ICS e Anlaid Onlus, capofila la cooperativa Ethica, del progetto che si è avvalso della adesione di 29 enti territoriali, tra Comuni, ASL, Province, La Sapienza Università, Università Palermo e Fondazione Celli (PG), oltreché organismi del Terzo Settore aderenti al sistema SPRAR.
- **Monitoraggio nella Regione Lazio dell'accesso all'assistenza socio-sanitaria dei Migranti Forzati arrivati dal Nord Africa nel corso del 2011 e 2012.** Finanziato dalla Regione Lazio - Direzione Regionale Politiche sociali e Famiglia.
- **Spes 2. Sostegno psicologico e sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di torture e violenze.** FER - Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Ministero dell'Interno. Prima annualità. Programma annuale 2012 - Azione 5. In collaborazione con l'Associazione Centro Astalli e la Caritas di Roma tramite la Cooperativa Roma Solidarietà.
- **Spes 2. Sostegno psicologico e sociale per richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di torture e violenze.** FER - Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Ministero dell'Interno. Seconda annualità. Programma annuale 2013 - Azione 5. In collaborazione con l'Associazione Centro Astalli e la Caritas di Roma tramite la Cooperativa Roma Solidarietà.

- **Sfida per l'autonomia:** *interventi per l'integrazione dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.* FER - Fondo Europeo per i Rifugiati 2008-2013. Ministero dell'Interno. Programma annuale 2010 - Programma annuale 2012 - Azione 1. In collaborazione con l'Associazione Centro Astalli e la Caritas di Roma tramite la Cooperativa Roma Solidarietà.
- **Talk Hiv, Test Hiv. European Hiv Testing 2013.** *Promozione dell'accesso al test rapido dell'HIV.* In collaborazione con la Clinica Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma e Anlaid Onlus.
- **Efficacia della ricerca attiva e promozione dell'accesso alle cure per la tubercolosi nei migranti (forzati) in aree metropolitane di Roma e Milano.** Anno 2013. Progetto CCM Finanziato dal Ministero della Salute, Capofila INMI Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma.
- **Salute senza esclusione: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze.** Progetto finanziato dalla Regione Lazio. La ASL è stata individuata capofila degli obiettivi C1 e C2. Decreto del Commissario ad acta, 6 febbraio 2013, N.U00015, Det. N.G01441 del 4.11.2013.

LINEE DI ATTIVITÀ: I DATI

Dal 1° luglio 2007 al 31 dicembre 2014 sono presi in carico e iscritti al Servizio Sanitario Regionale oltre **9.000 (novemila)** fra richiedenti e titolari di protezione; sono state effettuate circa **38.000 visite di medicina generale** e **25.000 visite specialistiche** (psichiatria, psicologia, ginecologia, medicina legale, infettivologia). Le prestazioni del front office facilitano l'accesso all'informazione sui diritti e la loro fruibilità (iscrizioni al SSR, scelta e revoca del medico di base, prenotazioni visite e accertamenti, orientamento all'utilizzo dei servizi e, ove necessario, accompagnamento, informazioni varie, etc.); sono difficilmente quantizzabili ma superano certamente le **120.000**.

È utile ricordare che l'iscrizione al servizio sanitario, al pari di ogni altro cittadino italiano, è un *diritto e dovere* (Art. 34 D.Lgs 286/98) per i richiedenti e titolari di protezione. Inoltre la normativa vigente vincola la persona a richiedere la maggior parte delle prestazioni di assistenza presso il distretto sanitario di appartenenza rispetto al proprio domicilio, reale o "virtuale" che sia.

La **popolazione assistita** – circa **80% uomini** e il **20% donne** – è stata e continua ad essere prevalentemente **africana**, seguita da quella afgana.

Sono almeno **300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti compresa la tortura** seguite dal SAMIFO ogni anno.

Nella tabella n. 1 e nel grafico sottostante sono riassunte

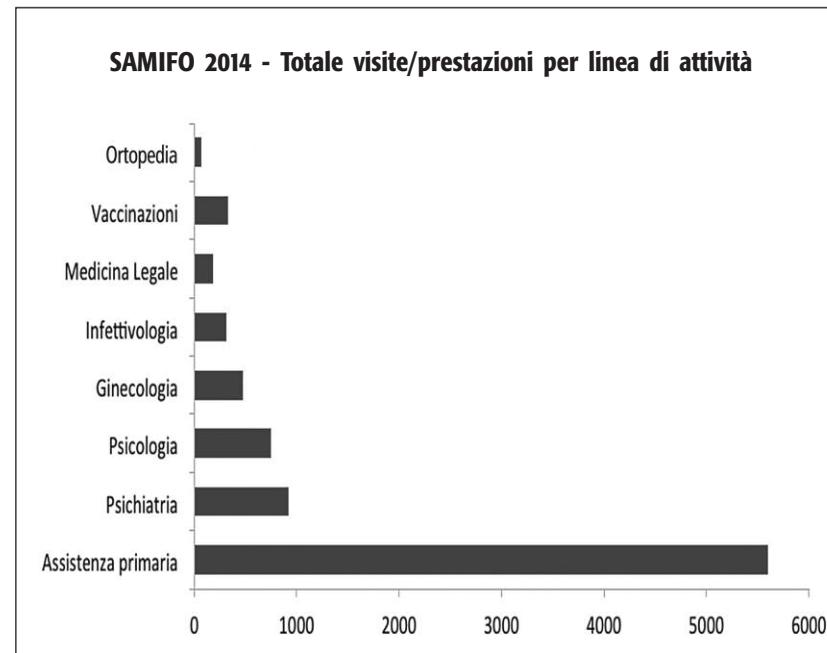
tutte le prestazioni effettuate nell'anno 2014. Di particolare rilievo è il numero delle persone vulnerabili seguite dagli specialisti delle varie discipline e la grande attività svolta dagli operatori del front e back office di accoglienza, orientamento e accompagnamento socio-sanitario.

Tabella n. 1 - Dati statistici relativi all'anno 2014

	Visite totali	di cui prime visite	Totale
Front/back office	20.000	nd	20.000
Vulnerabili	556	372	556

Front/Back office: range di 80-100 contatti giornalieri per un totale circa di 20.000 prestazioni

L'assistenza primaria in medicina generale svolge un ruolo di prima osservazione medica. L'accesso è riservato agli utenti regolarmente presenti nel territorio cittadino; si effettuano mediamente 30 visite al giorno. Alle linee di attività specialistiche si accede su prenotazione. I mediatori linguistico-culturali facilitano la comunicazione tra clinico e paziente, *permettendo anche l'esplorazione del malinteso e del conflitto culturali* e riducendo quindi i *rischi di misgnosis*. La fiducia nel sistema di cura favorisce l'adesione al progetto terapeutico, riduce accertamenti e visite inopportune se non improprie, il ricorso a strutture emergenziali, abbatte quindi anche i costi sanitari e le liste d'attesa. La medicina legale effettua solo certificazioni di esiti di violenze intenzionali; non incluse quindi le certificazioni INPS, di invalidità civile, di sana e robusta costituzione, di malattia etc. comunque fornite a titolo gratuito dai medici di medicina generale.



Vulnerabilità

La vulnerabilità, ben oltre l'inquadramento di un singolo caso nelle categorie "personologiche" definite dalla normativa, è una **dimensione articolata** e complessa dove aspetti giuridici, sanitari e sociali vanno considerati sia nella loro specifica autonomia, sia nelle possibili e a volte problematiche interazioni.

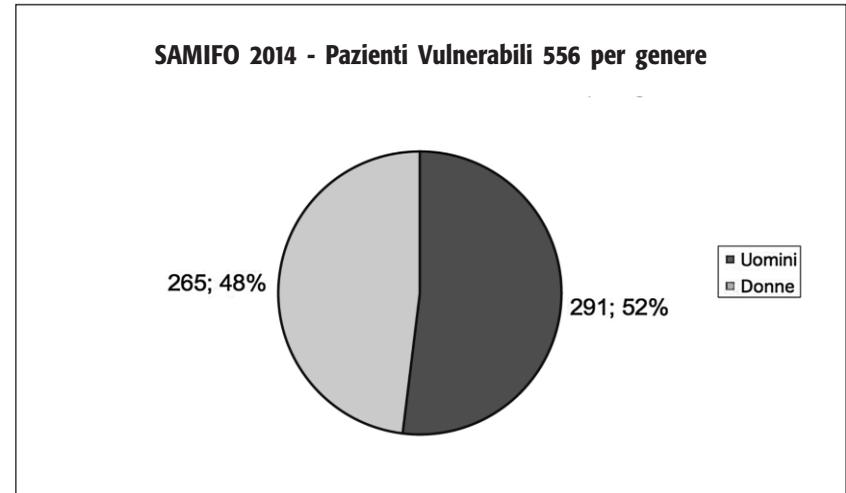
La vulnerabilità non è circoscrivibile come mera condizione soggettiva, ma **afferisce alla relazione tra un individuo ed un contesto**, costituito da molteplici fattori (culturali, ambientali, giuridici, relazionali e di genere).

Tale interazione si sviluppa nel tempo attraverso un percorso di evoluzione dei bisogni e dei diritti, sia in funzione dello status giuridico, sia in funzione della capacità/incapacità di risposta dei diversi soggetti preposti ad erogare le prestazioni e i servizi.

La vulnerabilità non è una condizione statica e determinata una volta per tutte: è una condizione potenziale che può evolvere (talvolta anche indipendentemente dal contesto) verso cronicizzazioni, patologie, marginalità. Tali esiti non sono tuttavia necessariamente e deterministicamente prestabiliti. (Relazione del Comitato Scientifico relativamente agli interventi socio-sanitari rivolti ai titolari di protezione internazionale. FER-Lontanidallaviolenza **con la partecipazione del SAMIFO-ASL Roma A**).

Nel grafico che segue si può facilmente notare che le **donne** appartenenti al gruppo dei vulnerabili rappresentano quasi il 50% delle persone fragili seguite durante l'anno 2014, con un incremento significativo rispetto agli anni precedenti. Tale proporzione è superiore di circa 3 volte la prevalenza della popolazione femminile che affrisce al SAMIFO. La quasi totalità (circa il 90%) delle donne che accedono al consultorio del SAMIFO e all'ambulatorio di psichiatria/psicologia sono state **vittime di violenza di genere e tortura** (oltre al fatto che molte hanno anche subito **mutilazioni genitali** di diverso grado). I percorsi di assistenza, trattamento e riabilitazione per queste persone risultano più complessi e richiedono più tempo e un approccio multidimensionale.

Al SAMIFO si rivolgono per visite specialistiche di settori particolarmente delicati (ginecologia, salute mentale, infettivologia) anche persone iscritte presso altri studi di assistenza primaria. La loro vulnerabilità e fragilità psicosociale, le difficoltà oggettive di accesso e fruibilità dei servizi territoriali o ospedalieri (barriere burocratiche, amministrative, organizzative etc.)

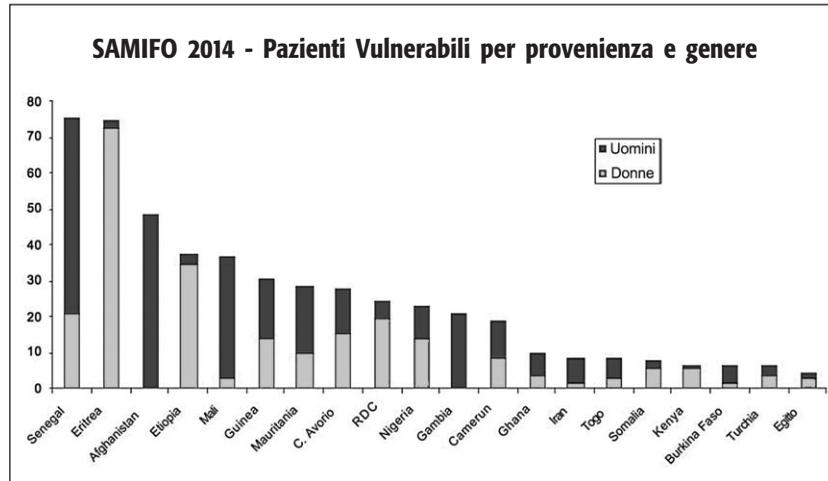


e dall'altra la fiducia nel Centro Samifo ritardano l'invio presso altre strutture del territorio.

I principali **paesi di provenienza** sono rappresentati dall'Eritrea, Senegal, Afghanistan, Etiopia, Guinea, Mauritania, Costa d'Avorio, Mali. Paesi in condizione di guerra o violenza diffusa, o dove vengono perseguitati singoli individui per ragioni politiche, etniche, religiose o di orientamento sessuale. La maggior parte delle donne proviene dal Corno d'Africa (in Eritrea, per esempio, dove il servizio di leva è obbligatorio e di fatto a tempo indeterminato anche per le donne, la diserzione e la libertà di espressione vengono duramente repressi), ma anche da alcuni Paesi dell'Africa francofona dove la schiavitù e i matrimoni forzati sono all'ordine del giorno.

Va inoltre sottolineato che alcuni pazienti vulnerabili vivono da anni in **strutture occupate** (per esempio Anagnina, Colatina, Piazza Indipendenza) dove sono ammassate migliaia di persone, in condizioni igieniche e sociali precarie. Sono luoghi dove frequentemente le donne devono sopportare minacce di espulsioni se non accettano la sottomissione, le violenze e gli

abusi sessuali. Questi traumi postmigratori contribuiscono alla riacutizzazione di sintomi psichiatrici o allo sviluppo di patologie mentali più o meno gravi.



Medicina generale (Assistenza Primaria)

Come accennato precedentemente il Centro SAMIFO rappresenta un modello assistenziale innovativo ed efficace grazie alla profonda collaborazione tra il servizio pubblico (ASL Roma A), il terzo settore (Associazione Centro Astalli) e l'assistenza primaria (Medici di Medicina Generale - MMG). Operando sinergicamente nella stessa struttura gli interventi risultano oggettivamente più efficaci e rapidi, riducendo la cronicizzazione di alcune patologie, il ricorso a prestazioni emergenziali (118 e DEA) e quindi abbattendo anche costi sanitari e liste d'attesa.

L'assistenza primaria in medicina generale svolge un ruolo di prima osservazione e indirizzo alle altre linee tematiche, oltre a quello tradizionale, strettamente sanitario.

La presenza di 2 medici di medicina generale di genere diverso garantisce quella necessaria attenzione *gender and cultural oriented*.

Viene richiesta una particolare attenzione anche verso tematiche più proprie di altri settori (sociale - psicologico - culturale), in accordo con quanto stabilito dall'art. 3-septies comma 1 D.Lgs. 229/99 sulla definizione delle **prestazioni socio-sanitarie**: *Tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.* Già durante la prima visita medica si cerca di dare risposte chiare ai bisogni di salute; si procede alla prescrizione di alcuni esami di screening riguardanti le patologie più probabili in base alla storia anamnestica, traumatica, migratoria e al paese di provenienza.

Risulta assolutamente vitale oltre che proficuo dal punto di vista dei risultati ottenuti la collaborazione e il continuo confronto con le altre figure professionali sanitarie del centro e del presidio territoriale. D'altro canto, vista l'alta incidenza nella popolazione dei richiedenti asilo di patologie e sintomi che si collocano "al confine" tra le varie linee di attività (vedi i **disturbi somatoformi**) tale collaborazione risulta assolutamente necessaria per una corretta diagnosi e il conseguente adeguato trattamento.

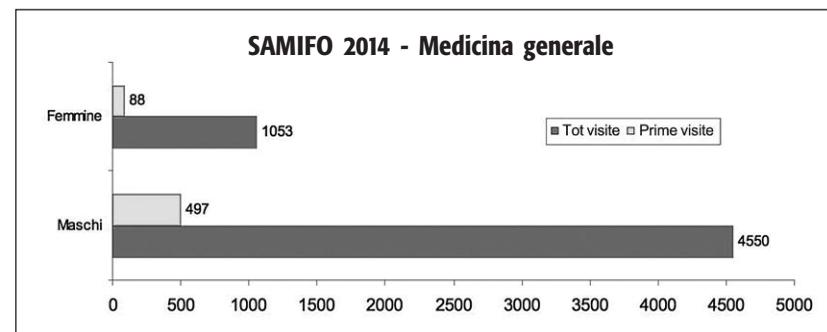
La modalità operativa del SAMIFO in generale e dell'assistenza primaria in particolare raggiunge in tal modo il duplice obiettivo di fornire un'assistenza qualificata e "specialistica" ai richiedenti asilo e rifugiati e contemporaneamente di ridurre l'incidenza di esami di laboratorio e indagini strumentali a vol-

te superflui e sicuramente costosi, in un ambito generale di riduzione del costo della spesa sanitaria globale.

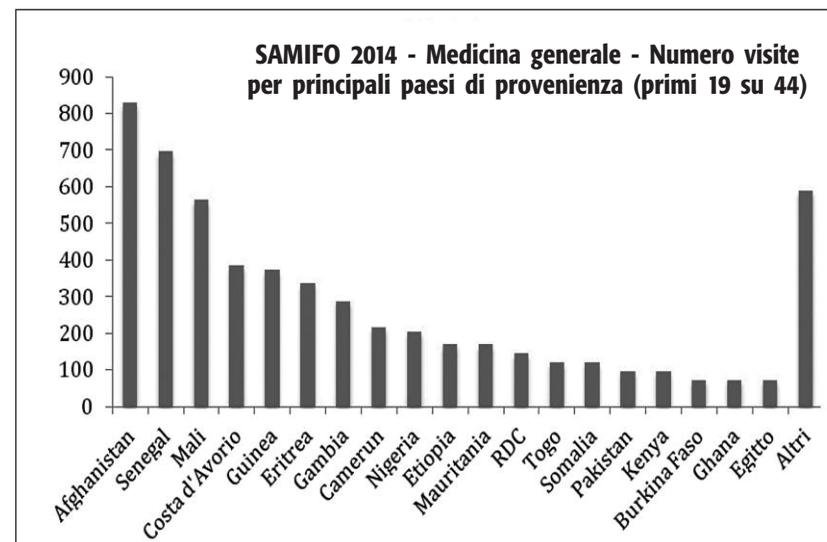
L'attività clinica si svolge attualmente **quattro giorni alla settimana** dalle h 9.00 alle h. 13.00, anche nei giorni prefestivi; è effettuata sempre da due medici in due sale visita differenti. Il mercoledì è dedicato alle riunioni cliniche e organizzative di staff. Recentemente in tale sede, nell'ottica della condivisione delle scelte organizzative per rispondere al meglio ai bisogni di salute dei nostri utenti, è stato deciso di aumentare l'offerta dell'assistenza primaria programmando l'apertura pomeridiana di tale attività nei giorni di martedì e mercoledì, riservata alle persone di lingua araba e farsi, provenienti dalla Siria, Libia, Territori Palestinesi, Afghanistan e Iran.

Durante il **2014** sono state effettuate un totale di circa **5.600 visite**, di cui circa 1.050 per popolazione femminile, 4.550 per popolazione maschile. Si evidenzia dunque un rapporto m/f di circa 4,5/1; il numero delle prime visite, dunque dei nuovi utenti, è stato di 585.

Le patologie di cui è previsto un particolareggiato esame nel corso dell'anno 2015 sono quelle **infettive, il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa**; a dispetto dell'età giovanile dei soggetti afferenti al servizio si è riscontrata negli anni passati una diversa e maggiore incidenza di tali patologie rispetto alla popolazione italiana di riferimento. Sono attivi da anni **percorsi diagnostici mirati**, sia di primo che di secondo livello, attraverso collaborazioni con il servizio di diabetologia del Distretto Primo della ASL Roma A e con il Policlinico Umberto I di Roma (pac ipertensione). Inoltre sono attive intense collaborazioni con l'infettivologia della ASL Roma A – in particolare per la cura delle epatiti e il counseling per l'HIV – e con l'Istituto Lazzaro Spallanzani (anche con progetti CCM) per la cura delle malattie infettive quali la TBC e l'AIDS.



L'**Africa** rappresenta, con oltre il 75% degli utenti, il continente maggiormente rappresentato mentre **l'Afghanistan**, con circa il 15%, rappresenta il primo Paese di provenienza per numero di visite effettuate, seguito dal Senegal e dal Mali; segnaliamo come negli ultimi mesi dell'anno si sia registrato un aumento di pazienti provenienti dall'Egitto, dalla Libia e dall'Ucraina. Ultimo dato, comunque significativo, è il numero totale dei Paesi di provenienza: 44.



Le attività di salute mentale, in particolare di psichiatria, pur svolgendosi nella sede del SAMIFO sono strettamente collegate con il Dipartimento di Salute Mentale, in particolare con le strutture del Modulo Primo. Dopo l'iniziale fase di cura presso il SAMIFO i pazienti gravi che necessitano di continuità terapeutica e di percorsi integrati sociosanitari (invalidità civile, assegno di accompagnamento, tirocini/lavoro protetto, inserimento presso strutture residenziali e riabilitative, etc.) vengono accompagnati presso i Centri di Salute Mentale di Via Palestro e di Santa Balbina. Lo scrivente partecipa settimanalmente alle riunioni di tali strutture per garantire tutto il sostegno specialistico transculturale agli operatori dei centri.

In accordo con Jablensky et al., abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti dalla cultura, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nella **reazione acuta da stress, nel disturbo da stress post traumatico (PTSD), nella depressione maggiore, nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica** e in altre categorie diagnostiche.

Il nostro lavoro di presa in carico psichiatrica si basa **sull'approccio biopsicosociale**, come strategia migliore per la cura delle vittime di tortura e tenendo presente anche i bisogni speciali dei rifugiati (Kinzie & Jaranson).

Le violenze subite dai migranti forzati nel paese d'origine o durante il percorso migratorio producono un disagio psichico caratterizzato da una **complessa reazione psicopatologica, insicurezza e diffidenza**.

Inoltre, le situazioni di *incontro-confronto-scontro* tra diversi riferimenti culturali sottopongono il migrante forzato ad un ripetuto e continuo sforzo per ridefinire gli *schemi cognitivi, valutativi e comportamentali* precedentemente acquisiti. Infine, **la precarietà alloggiativa e lavorativa favoriscono ulteriori percorsi di male/malessere/malattia su quelli di bene/benessere/salute**.

Le principali manifestazioni psichiche (disturbi dell'umore, post traumatici e dissociativi) possono prescindere dalla temporalità del trauma. Il dolore e lo stress che la tortura determina a livello psichico possono essere **più distruttivi e inabilitanti delle conseguenze fisiche**.

Sulla base della esperienza maturata in questi anni abbiamo osservato che qualsiasi comportamento o azione mirati a calmare il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell'essere umano e a ridare dignità e speranza ai sopravvissuti alla tortura possono essere considerati "atti terapeutici". Inoltre che gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale sono altrettanto indispensabili che quelli specifici sulla salute mentale e fisica.

In linea con la letteratura internazionale la nostra **pratica clinica** si articola generalmente in **tre fasi**:

1. Comprensione e **superamento dei sintomi maggiormente invalidanti**: disturbi del sonno, condotte di evitamento, sintomi somatici e dissociativi.
2. **Lavoro sulle memorie traumatiche** con ricostruzione dettagliata, attraverso la libera narrazione degli eventi traumatici in ambiente protetto. Questa fase mette la vittima in condizione di elaborare il vissuto e di integrarlo costruttivamente nella propria identità. Inoltre può avere una funzione preparatoria per l'audizione presso la Commissione che dovrà valutare la richiesta d'asilo.

3. **Ricostruzione dei legami:** migliorare le capacità relazionali, accedere a nuove esperienze interpersonali.

La costruzione di una **solida alleanza terapeutica** che si sviluppa attraverso un graduale cammino di conoscenza e fiducia reciproci è alla base di questo percorso.

Particolare attenzione viene posta ai tempi e ritmi dei colloqui. È essenziale **garantire piena libertà** di espressione nei modi, forme e contenuti.

Durante i colloqui si verificano frequentemente reazioni emotive intense e dolorose (pianto, disperazione, fenomeni dissociativi, ecc.), che possono contagiare le persone del setting terapeutico. Al fine di evitare che il terapeuta-testimone diventi “vittima del paziente” abbiamo messo in atto opportuni **meccanismi di prevenzione delle malattie correlate con lo stress** lavorativo.

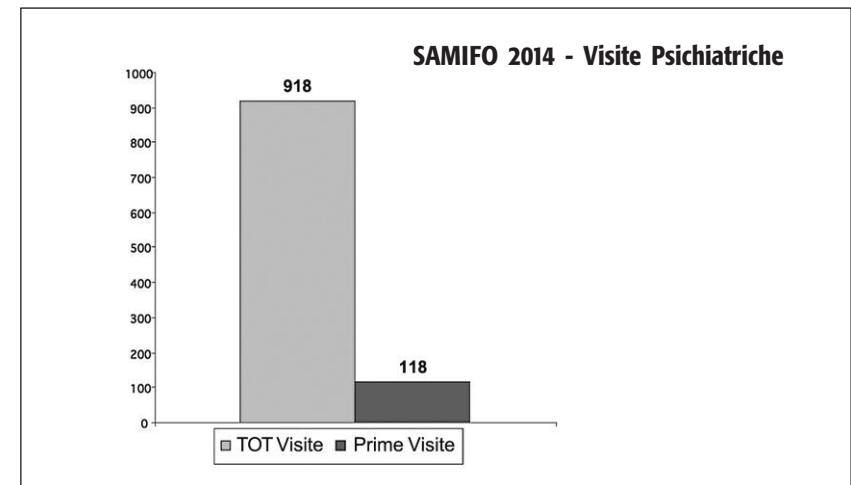
Il **mediatore linguistico-culturale** è un operatore qualificato che, oltre a padroneggiare la lingua della vittima, conosce la realtà dei paesi di provenienza, transito e accoglienza, rappresentando così il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente.

La nostra terapia con le vittime di tortura non segue schemi rigidi. Le sue fasi, definibili ma non definite, sono modulate in base ai bisogni individuali della vittima e ponendo attenzione alle difficoltà che i terapeuti vivono nell’incontro con situazioni così estreme.

L’approccio terapeutico interagisce con numerose variabili – ognuna delle quali gioca un ruolo importante – di tipo emotivo, culturale, giuridico, sociale, politico e religioso.

Accanto a questa modalità di presa in carico si affianca un’attività di consultazione su richiesta di altri medici o per migranti che, concluso il loro trattamento in passato, ritornano con nuove problematiche psicosociali.

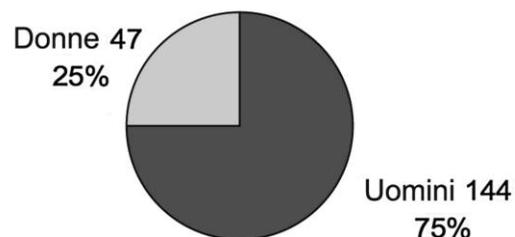
Durante l’anno 2014 sono state effettuate **918 visite psichiatriche** (quasi il 10% in più rispetto al 2013), di cui **118 prime visite**. L’invio viene effettuato dai medici di medicina generale, dalla psicologa e dalla ginecologa del SAMIFO. Inoltre il lavoro di rete consolidato negli anni attraverso accordi formali e informali con enti e persone ha favorito la fiducia nel nostro approccio assistenziale determinando invii anche da parte di altre istituzioni sanitarie e enti di tutela presenti nel territorio cittadino e regionale.



Gli utenti in carico nell’anno 2014 sono stati 191, di cui il 75% di genere maschile e per il restante femminile. Tale dato è pressoché sovrapponibile a quello dell’anno 2013.

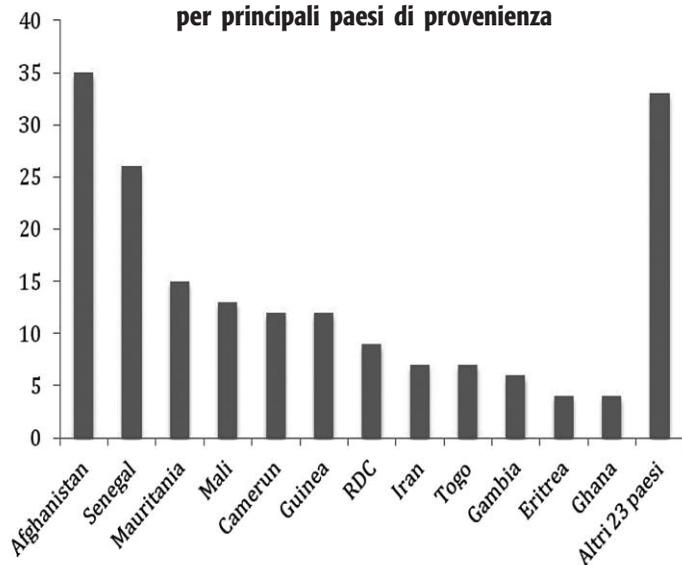
I Paesi di provenienza dei nostri utenti sono in totale 35; troviamo al primo posto l’Afghanistan a conferma della persistente diffusa **violenza nel territorio esercitata anche su singoli o gruppi etnici**. Tutti i pazienti afghani sono di genere maschile. Da evidenziare al 2° e 4° posto il Senegal e il Mali,

SAMIFO 2014 - Psichiatria per genere - Totale Utenti 191



con un'alta presenza di donne vittime di **matrimoni forzati** e al terzo posto la Mauritania, paese in cui la **schiavitù** è ancora largamente praticata. Infine si conferma la presenza di iraniani fuggiti dal loro Paese per motivi di persecuzione politica.

SAMIFO 2014 - Psichiatria per principali paesi di provenienza



Psicologia

Il Servizio di psicologia del SAMIFO fa parte della linea di attività dedicata alla salute mentale.

È impegnato nel sostegno e nella cura dei richiedenti asilo e rifugiati, in particolar modo delle vittime di violenza e di tortura.

Gli utenti accedono al servizio previo appuntamento, su **invio dei medici di medicina generale, degli operatori interni al SAMIFO e di quelli esterni** (centri di accoglienza, enti di tutela).

Sono previsti almeno tre colloqui di analisi della domanda e raccolta della storia familiare e migratoria in seguito ai quali si definisce un **percorso individuale di sostegno, di counseling o di psicoterapia**.

L'obiettivo è quello di costruire una relazione significativa e di fiducia capace di fronteggiare la sofferenza emotiva e la rielaborazione del trauma.

Il lavoro si svolge sempre in collaborazione con le altre figure professionali del SAMIFO, e in rete con le strutture e gli attori che sul territorio si occupano di accoglienza e cura dei richiedenti asilo.

Questa modalità di intervento olistica ha in molti casi permesso, attraverso una precoce segnalazione e presa in carico del paziente, di **evitare il ricovero in SPDC e la cronicizzazione del disagio psichico**.

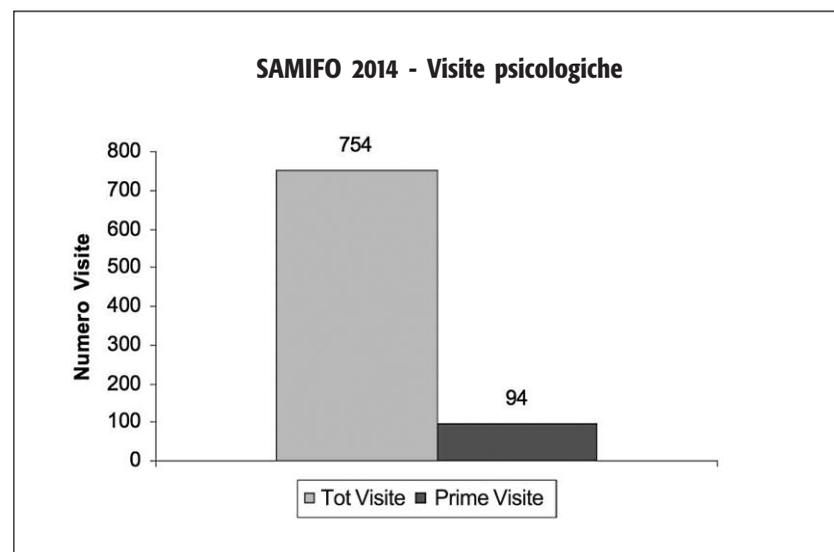
I casi che presentano una maggiore criticità e che necessitano di percorsi di cura e accompagnamento specifici e complessi vengono discussi durante le riunioni di Equipe settimanali.

Particolare attenzione viene dedicata alla cura e al sostegno delle **donne con una storia di violenza sessuale** non solo nel

Paese di origine (stupri di gruppo, matrimoni forzati etc.), ma, spesso, anche durante il viaggio, nei Paesi di transito e addirittura nei Paesi di asilo.

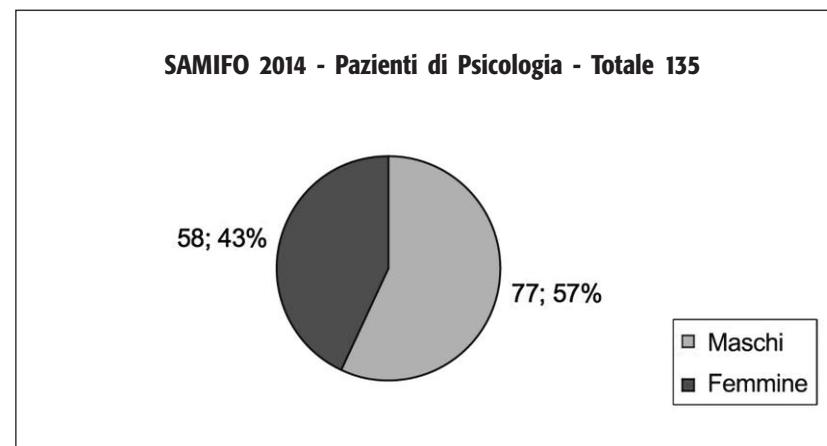
La richiesta di presa in carico psicologica **rispetto al 2013 è aumentata del 10 per cento**: la difficoltà di inserimento lavorativo, di autonomia alloggiativa e la lunghezza dei procedimenti riguardanti il regolamento Dublino e i ricorsi hanno determinato l'accesso al servizio di utenti in Italia da più di un anno. Queste persone presentano sintomi non riferibili esclusivamente ad eventi traumatici pregressi, ma a situazioni di disagio e sofferenza reattivi alla condizione attuale.

Nel 2014 il servizio di psicologia ha effettuato **754 visite, di cui 94 nuovi pazienti**, provenienti da 32 paesi.

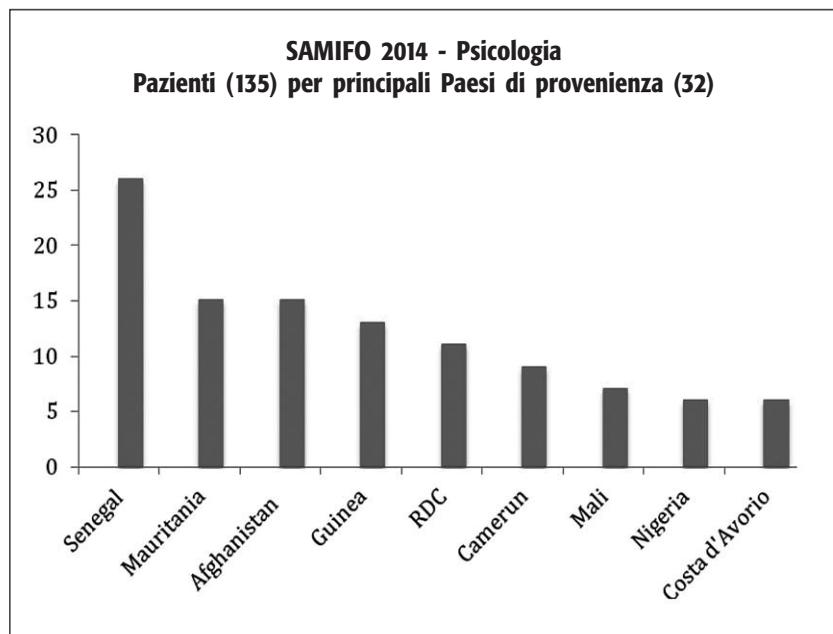


Le **donne** che nel 2014 hanno utilizzato il servizio psicologico sono il **43 per cento** della totalità degli utenti come evidenziato dal grafico sottostante e sono di solito coloro che

mantengono una continuità terapeutica anche dopo la conclusione del percorso di richiesta di asilo. A conferma del fatto che i tempi terapeutici non sempre coincidono con quelli giuridici.



Le persone che beneficiano del servizio di psicologia provengono da **32 Paesi**. Il Senegal rappresenta il primo, seguito dal Camerun. Sono aumentate le richieste di aiuto da parte dei richiedenti protezione internazionale provenienti dall'Afghanistan che si trovano maggiormente in una condizione di particolare difficoltà legata al regolamento Dublino che prevede l'invio delle persone nel primo Paese di identificazione. Molti migranti identificati in Italia e che fanno successivamente richiesta d'asilo in altro Paese europeo vengono rinvii nel nostro Paese. Altra particolare situazione riguarda persone diniegate (ovvero alle quali non viene riconosciuta nessuna forma di protezione) nei Paesi del nord Europa per motivi procedurali, ma che presentano un reale rischio di subire un danno grave in caso di rimpatrio. Per evitare tale situazione fuggono dal Paese che li ha diniegate, cercando asilo altrove.



Ginecologia e attività consultoriale

La maggior parte delle nostre assistite fugge da gravi situazioni di violenza familiare e di genere per le quali non ha potuto trovare protezione nel proprio paese. Il particolare contesto sociale di provenienza e la relativa posizione di subalternità alla quale sono ridotte le donne, fanno sì che in caso di conflitto armato, la violenza sulle donne diventi una pratica molto frequente. La Convenzione di Ginevra, nelle sue interpretazioni più recenti, tra cui una risoluzione del Parlamento Europeo del 1996, riconosce la violenza sessuale come forma di tortura, arma di guerra.

Incontriamo molteplici forme di violenza: stupri collettivi commessi sotto gli occhi delle famiglie, stupri perpetrati dai militari nei centri di detenzione, nonché stupri “legali” commessi dai mariti nei matrimoni forzati, mutilazioni dei genitali. **Le donne sono spesso vittime di queste violenze anche durante il viaggio, nei Paesi di transito e addirittura nei Paesi di asilo.**

Le donne vittime di stupro vivono un’umiliazione che si ripercuote sulla comunità (intesa come famiglia, villaggio o gruppo etnico) che non ha saputo/potuto proteggerle, e per questo motivo la comunità stessa spesso le rifiuta. Molte donne che sono seguite dal nostro centro di assistenza, dopo le violenze sono anche state ripudiate dal marito, dal loro compagno o dalla famiglia, subendo così un altro terribile e ingiusto atto di violenza.

L’impatto che la violenza sessuale ha sulle vittime ha conseguenze devastanti sia dal punto di vista fisico che da quello emotivo e psicologico: amenorrea, incubi, paura del contatto fisico, infezioni frequenti, menopausa precoce e frigidity sono sintomi molto comuni.

“L’invasività” della visita ginecologica (attraverso l’uso anche di strumenti clinico-diagnostici), può essere vissuta come estremamente traumatica, riproponendo anche sensazioni legate alle violenze subite.

Per la peculiarità del contesto culturale di provenienza e della persecuzione subita, si è reso necessario garantire alle pazienti la possibilità di essere prese in cura da una ginecologa donna, affiancata da **personale sanitario e mediatrici linguistico-culturali, tutte di genere femminile.**

Grazie alla presenza della mediatrice, ogni azione del medico è descritta nella lingua madre o in una lingua veicolare comprensibile dalla paziente, in modo da prepararla ad ogni tempo della visita e alla possibilità di esprimere compiutamente le proprie preoccupazioni e i propri bisogni.

La ginecologa segue le **gravidezze** e la loro evoluzione, effettua controlli di prevenzione e, ove necessario, ecografie ginecologiche ed ostetriche.

Il vantaggio di lavorare in un poliambulatorio consente di avere, attraverso **percorsi interni**, brevi tempi di attesa per consulenze specialistiche (chirurgia plastica in caso di mutilazioni genitali femminili, dermatologia, infettivologia, etc.) o per accertamenti diagnostici di vario tipo. La possibilità di effettuare rapidamente le analisi del sangue permette la diagnosi precoce e il trattamento adeguato di eventuali malattie infettive, estremamente importante in particolare per le donne in stato di gravidanza.

La collaborazione con il consultorio familiare è iniziata nel mese di luglio 2007 con invii e accompagnamenti presso l'allora poliambulatorio di Via San Martino della Battaglia, mentre dal 2010 si svolge direttamente all'interno dei locali della ASL Roma A dedicati al SAMIFO.

Le visite ginecologiche si effettuano a breve distanza dall'ingresso in Italia, attraverso **invii** diretti da parte dei medici di medicina generale, da servizi sociosanitari pubblici e del privato sociale, ma **anche su indicazioni di altre donne già seguite dal nostro servizio**.

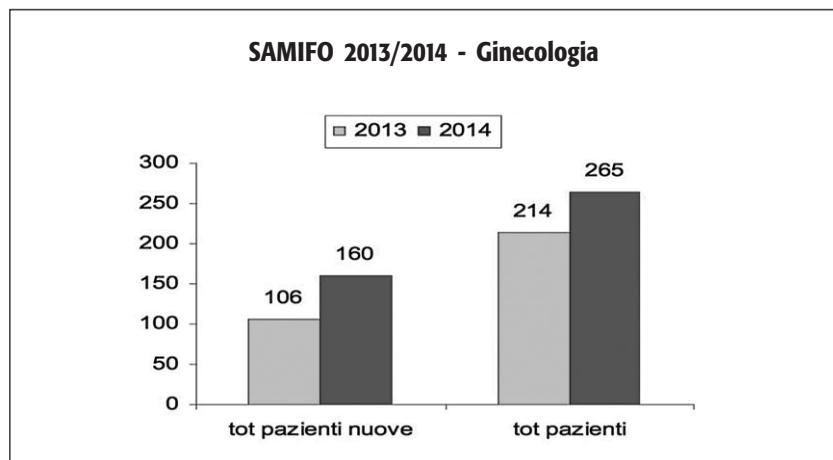
Di grande importanza è anche il **lavoro di rete**, rafforzatosi negli anni, con il consultorio di via San Giovanni in Laterano 15, il reparto di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale San Giovanni Addolorata, il Polo Regionale per le Deinfibulazioni dell'Ospedale San Camillo-Forlanini e il Sant'Anna.

Come evidenziato nei grafici relativi alle attività svolte durante l'anno 2014 il Servizio Ginecologico del SAMIFO, pur mantenendo gli stessi spazi ed orari degli anni precedenti (mercoledì e giovedì dalle 14.00 alle 17.00 per visite e consulenze ginecologiche e ostetriche e il giovedì dalle 11.00 alle 13.00 per le ecografie) ha visto un **consistente aumento** del totale

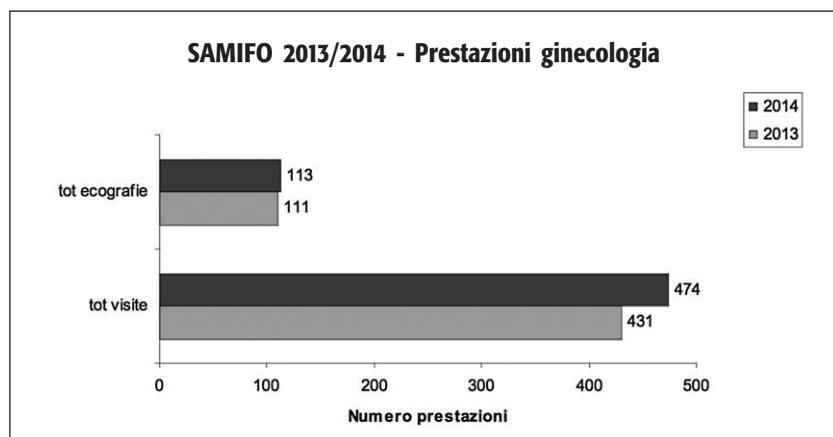
delle pazienti rispetto all'anno precedente (265 nel 2014 rispetto alle 214 del 2013) ed anche delle prime visite (160 nel 2014 rispetto alle 106 del 2013). Molti sono i motivi di questo incremento:

- l'equipe consultoriale composta da donne (ginecologa, ostetrica, infermiera, interpreti di diverse lingue), con grande esperienza, professionalità e sensibilità;
- la presenza da anni di 3 mediatrici fisse (lingue tigrino, amarico, francese, inglese, spagnolo) permetta alle pazienti di comunicare le loro difficoltà (anche culturali o relazionali) e i loro problemi di salute e di comprendere le terapie e le indicazioni proposte dalla ginecologa;
- la possibilità di richiedere mediazioni a chiamata per le altre lingue (prevalentemente somalo, arabo, wolof, bambara, farsi) grazie a progetti vinti (Fondo Europeo per i Rifugiati, etc.);
- la riferita scarsa attenzione da parte di servizi consultoriali o ambulatoriali presenti nelle vicinanze del luogo di effettiva dimora.

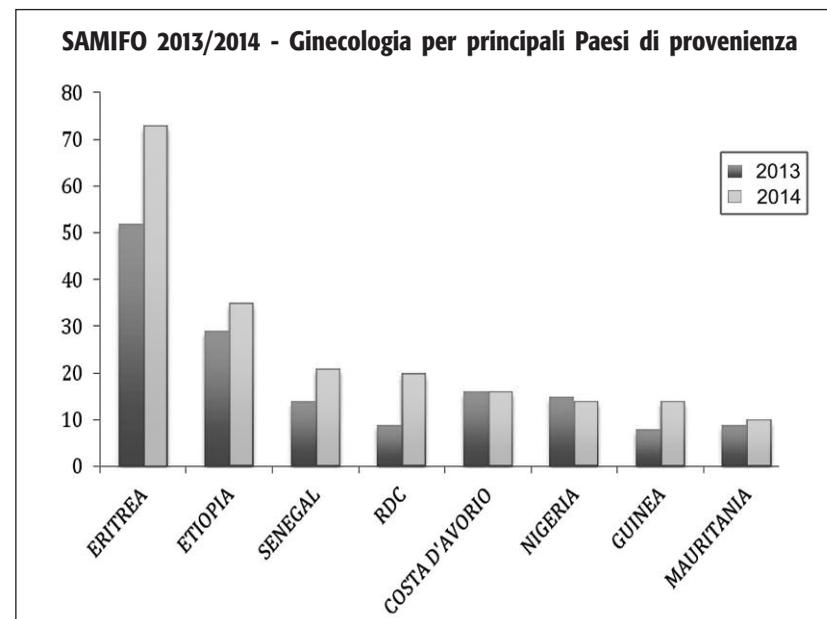
Notoriamente la presenza di mediatrici linguistico-culturali non è garantita nella maggior parte dei presidi sanitari dei territori limitrofi, periferici o provinciali e già solo questo rende molto difficile predisporre i servizi in modo da essere accoglienti per tutti gli aventi diritto. Inoltre la particolare organizzazione del Centro SAMIFO, la presenza di operatrici motivate e la sua missione specifica di assistenza ai richiedenti/titolari di protezione internazionale ne ha fatto negli anni un inequivocabile polo di attrazione, soprattutto per le categorie più vulnerabili.



Durante la visita ginecologica o attraverso accertamenti diagnostici specifici è possibile accertare segni e sintomi riferibili agli abusi sessuali subiti. In questi casi la relazione specialistica e/o la **certificazione** medico-legale possono essere presentate alla Commissione Territoriale per il riconoscimento dello status di protezione internazionale. La diagnosi tempestiva di malattie fisiche ha un effetto benefico anche sullo stato psicologico.



Le donne provengono principalmente dal **Continente africano**, in particolare dai Paesi del Corno d'Africa, dalla Nigeria e da Paesi dell'Africa francofona. Come per la medicina generale negli ultimi mesi dell'anno 2014 si è registrato un **aumento di pazienti** provenienti dall'Egitto, dalla Libia, dall'Iran e dall'Ucraina.



Infettivologia

L'ambulatorio di Malattie Infettive del Presidio Territoriale del Nuovo Regina Margherita collabora con il Centro SAMIFO dal 2008 per la prevenzione e la cura delle malattie infettive e per il Counseling dell'HIV.

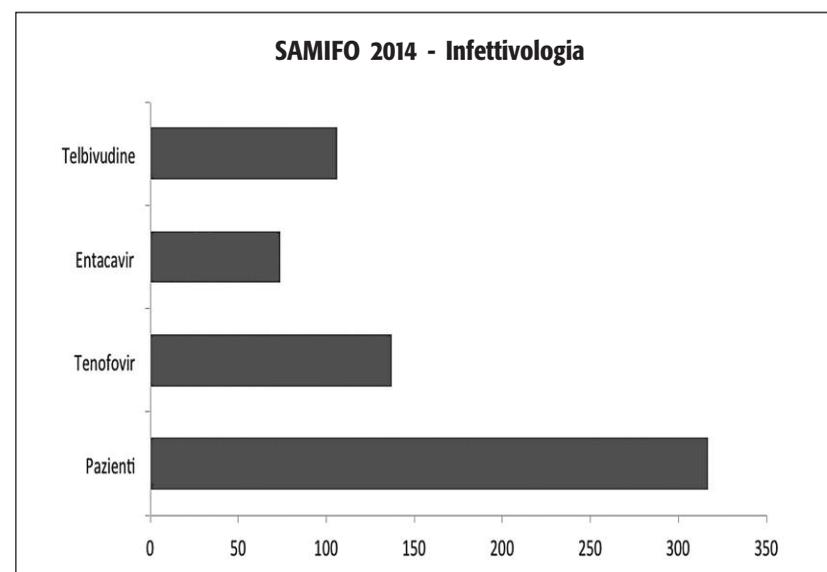
Il lavoro di rete si è rivelato particolarmente utile per rispondere alle complesse esigenze di salute perché l'interazione clinica può essere inficiata non solo dalle difficoltà linguistiche, ma anche dalle possibili divergenze fra le diverse concezioni di malattia e cura del curante e del paziente. Per esempio alcune malattie sono considerate contagiose e mortali nella cultura di provenienza (ed in effetti la storica assenza, in alcuni Paesi di provenienza, di adeguate strutture, personale specialistico e farmaci di ultima generazione, di fatto rende alcune patologie non curabili). Per tali ragioni può manifestarsi, a seguito della notizia di essere affetti da una di queste malattie, una grave reazione depressiva e persino l'esclusione sociale da parte della comunità di appartenenza. Inoltre la precarietà alloggiativa e la sbilanciata alimentazione complicano di fatto il decorso della malattia e l'adesione al trattamento. Infine bisogna ricordare che i migranti forzati oltre alle malattie infettive presentano un'alta incidenza di disturbi di altra natura (gastroenterologici, psichiatrici, osteoarticolari, dermatologici, cardiovascolari, ematologici etc.) che richiedono un lavoro integrato con i medici di medicina generale e specialistici, con le strutture di accoglienza e in generale con gli enti di tutela. Risulta fondamentale, soprattutto nelle prime fasi, la presenza di mediatori linguistico-culturali per favorire la comprensione della malattia e la possibilità di essere curati a parità degli altri cittadini.

Spesso accade che alcune malattie infettive siano state trasmesse a seguito di violenze sessuali (si pensi all'HIV, epatiti B e C) o per le pessime condizioni igieniche durante le disumane lunghe detenzioni (TBC, etc.). Lo stress prolungato e la conseguente interazione patologica fra i sistemi neuropsicoimmunoendocrinologici determinano un abbassamento delle difese immunitarie che aggravano ulteriormente il decorso delle malattie contratte.

Si presta estrema attenzione alla consegna del referto di HIV e

il relativo colloquio di counseling sia per le risposte negative che per quelle positive; si spiegano (e ci si accerta che abbiano compreso) tutte le tappe successive riguardanti eventuali accertamenti e trattamenti farmacologici. In tale fase si rende spesso necessaria la presenza di mediatori linguistico-culturali del SAMIFO.

Sono stati arruolati in terapia antiretrovirale 317 persone, provenienti da numerosi Paesi, prevalentemente africani, affetti da epatite HBV, distinti per tipologia di farmaco prescritto: 137 con Tenofovir, 74 con Entecavir e 106 con Telbivudine.



Grazie al counseling si è riusciti ad instaurare un rapporto umano di rispetto reciproco e fiducia che ha consentito l'adesione dei pazienti alla terapia prescritta, la loro puntualità agli incontri mensili, il superamento della paura pregiudiziale di sottoporsi a prelievi e controlli ematologici periodici. Inoltre la soddisfazione per i buoni risultati terapeutici ottenuti ha permesso di superare alcune reciproche barriere culturali della malattia e della cura.

A partire da settembre 2013 è in corso una ricerca di dottorando in antropologia della salute: «Accesso alla salute e politiche dell'immigrazione in Europa. Il percorso di vita di migranti subsahariani affetti da AIDS e da epatite B in Francia e in Italia».

La ricerca è svolta in collaborazione con SESSTIM - Université d'Aix-Marseille e La Sapienza di Roma con l'obiettivo di analizzare come le due patologie influenzino i comportamenti degli attori socio-istituzionali considerati e la percezione che i migranti hanno di loro stessi, in quanto "malati" e "immigrati".

Ortopedia

Esiste un'ampia letteratura scientifica sulle **conseguenze fisiche**, sia a breve sia a lungo termine, della tortura e delle violenze intenzionali infamanti.

Alcune review (Goldfeld et al., 1988, Rasmussen et al., 2006) hanno messo in evidenza le diverse sequele fisiche in persone vittime di differenti forme di violenza. **Le più comuni riguardano il sistema muscolo-scheletrico e osteoarticolare** (dolore cronico da percosse, esiti di mutilazioni, di sospensioni, di fratture esposte, eccetera).

In questi anni i nostri medici di assistenza primaria hanno visitato numerose persone che presentavano problemi ortopedici di differenti gravità; situazioni cliniche che talvolta si risolvevano attraverso la prescrizione di farmaci antinfiammatori e analgesici o con l'invio e l'accompagnamento presso la fisioterapia del poliambulatorio di Via Luzzatti.

Risultava invece difficile l'invio a visita specialistica orto-

pedica soprattutto per le persone arrivate da poco in Italia, che presentavano difficoltà di comprensione della nostra lingua. Abbiamo persino riscontrato forme di discriminazione, se non di razzismo.

Per tale ragione molti pazienti tornavano al SAMIFO riferendo di non essere stati visitati o di non aver minimamente capito le indicazioni dello specialista. Parimenti anche gli invii presso i reparti ospedalieri, per eseguire interventi ortopedici di diversa gravità, erano pieni di ostacoli.

Per tali sintetiche ragioni al fine di prevenire la cronicizzazione di alcune situazioni cliniche, il ricorso a strutture emergenziali (118 e DEA) o persino a "sistemi" sanitari paralleli non scientifici (ricorso a terapie tradizionali, con effetto placebo se non tossico) abbiamo deciso di attivare un ambulatorio di ortopedia all'interno del SAMIFO che consentisse di creare una continuità tra medico di assistenza primaria e specialista per garantire un appropriato, efficace e integrato ricorso alle cure.

Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati hanno portato al riscontro di patologie ortopediche di varia natura, con prevalenza per gli esiti scheletrici di maltrattamenti, di patologie infettive articolari e osteomieliti secondarie a lesioni, e di traumatismi di origine lavorativa.

Nella maggioranza dei casi la richiesta di assistenza sanitaria per la patologia ortopedica è correlata alla necessità di disporre di efficienza fisica per coloro che, per lo meno nelle fasi iniziali di un percorso di inserimento, occupano spazi lavorativi spesso lasciati liberi perché faticosi, scomodi e talvolta rischiosi.

Il ricorso a terapie farmacologiche individualizzate, a cure fisioterapiche mirate ed in alcuni casi ad interventi chirurgici programmati dallo specialista presso strutture assistenziali di riferimento sul territorio capitolino, hanno condotto nella gran parte dei casi alla risoluzione dei disturbi lamentati.

Tuttavia diversi sono gli elementi di difficoltà emersi nei percorsi differenziati di riconoscimento e cura delle affezioni ortopediche.

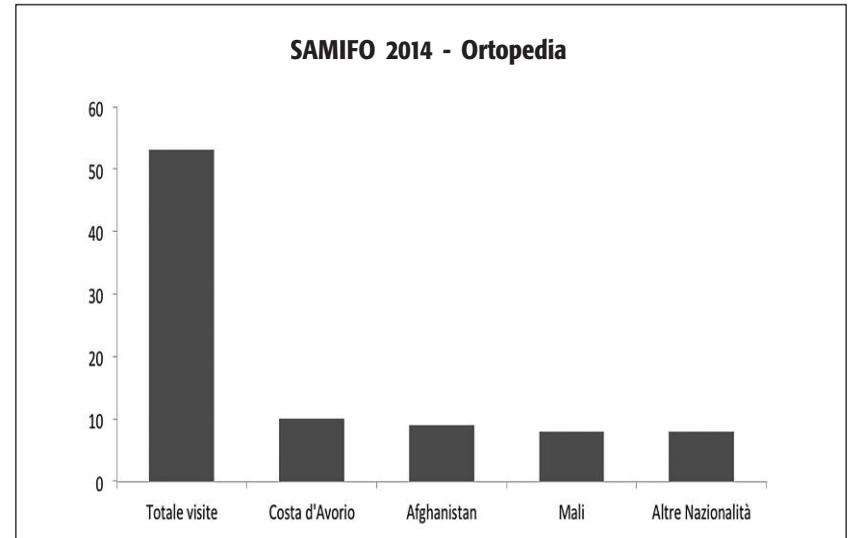
Un primo elemento di **difficoltà clinico-diagnostico** frequentemente posto dalle sequele di maltrattamenti è rappresentato dall'influenza del disagio psichico di soggetti con vissuto di violenze talvolta reiterate e di attuale frustrazione per difficoltà nei percorsi di integrazione.

In questi casi il ruolo dell'ortopedico può risultare solo marginale nell'esclusione di una reale attualità della problematica medica lamentata e fondamentale risulta un approccio assistenziale globale che contempi una cooperazione multi-disciplinare.

In secondo luogo devono essere considerati i **limiti terapeutici** intrinseci ad un severo esito di patologia osteo-articolare che spesso rappresenta oggetto della richiesta di assistenza sanitaria. Talvolta non esistono reali rimedi curativi conservativi o chirurgici che risultino efficaci nella risoluzione definitiva di un quadro complesso e strutturato da anni. L'aspetto comunicativo e psicologico rappresenta in tali casi elemento essenziale per l'approccio al paziente con una patologia di elevata complessità intrinseca e parziali opzioni terapeutiche.

Appare evidente come una organizzazione assistenziale così strutturata e variegata nell'ambito della patologia ortopedica necessiti di una capacità comunicativa efficiente, una compatibilità culturale ed una individualizzazione delle cure che vadano oltre la focalizzazione della sola affezione muscolo-scheletrica.

Da queste considerazioni scaturisce l'assoluta necessità di un **approccio multi-settoriale** che coinvolga il medico di assistenza primaria, lo specialista ortopedico, lo psichiatra, i mediatori culturali e gli operatori sociali.



Le certificazioni mediche degli esiti di violenze intenzionali e di torture

L'attività del servizio di medicina legale del Centro SAMIFO propone un modello di certificazione degli esiti di trattamenti disumani e degradanti che si delinea come un **percorso multidisciplinare**, dentro il quale si colloca la figura del medico certificatore.

Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione al tema delle certificazioni mediche come strumento di verifica delle dichiarazioni del richiedente protezione internazionale, soprattutto in ambito giuridico, ma anche come diritto del richiedente di poter accedere a percorsi diagnostici che possano confermare la storia delle violenze subite. Può essere utilizzata in differenti sedi: Commissioni Territoriali, Tribunali, Unità Dublino, etc.

L'esperienza maturata negli anni dal SAMIFO, dotato di un'équipe interdisciplinare qualificata e specializzata, che lavora in rete e sinergia con numerosi operatori di strutture e servizi presenti nel territorio della Regione Lazio, delinea un percorso di cura che cerca di **conciliare i tempi riabilitativi** e le esigenze di ascolto e di cura **con le scadenze imposte dalle procedure di legge** applicate dagli apparati statali che hanno la competenza sulla dimensione giuridica dei nostri utenti.

Sappiamo che le persone che hanno subito violenze estreme, non solo rifugiati, ma anche bambini abusati o donne violentate, presentano un quadro psicologico dominato dalla **vergogna**, dalla **paura** di subire nuove violenze e di non essere credute.

Non sono pochi i casi in cui la tortura è emersa, nei suoi terribili particolari, dopo anni e i casi in cui le domande sugli avvenimenti passati hanno risvegliato grandi sofferenze e disturbi talora misdiagnosticati.

D'altronde una vasta letteratura scientifica è concorde nell'indicare come la presa in carico di chi ha subito violenze estreme debba essere in una prima fase orientata sul presente; solo più tardi si potrà affrontare il passato ed infine in una terza fase lavorare a un progetto per il futuro.

La raccolta delle storie traumatiche da parte dei centri d'ascolto che collaborano con il nostro servizio e la certificazione medico-legale degli esiti delle violenze subite sono strumenti importanti per il riconoscimento di una protezione.

Il **processo della certificazione** può costituire anche un **fattore di rischio** perché sollecita la memoria traumatica in un momento che può non essere opportuno, o perché il rifugiato etichettato come "vittima" può essere orientato verso un percorso di pura assistenza e non di progressiva autonomia. Fondamentale è quindi inquadrare la pratica della certificazione all'interno di un percorso complesso di accoglienza e cura.

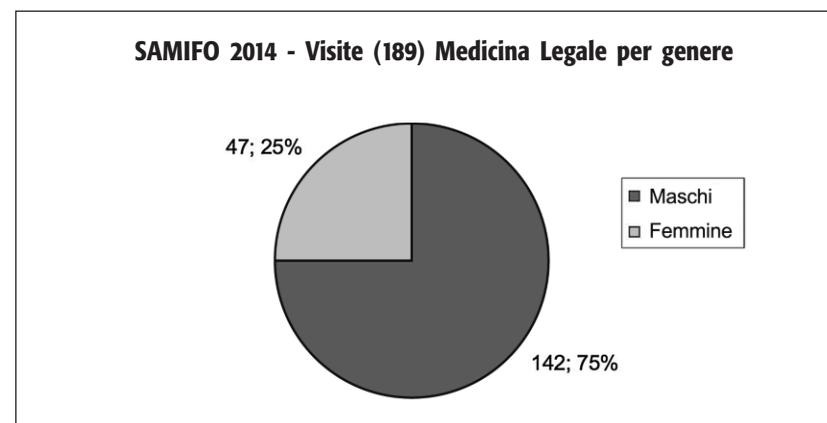
Il Centro SAMIFO negli ultimi 5 anni ha prodotto oltre

1.000 certificazioni medico-legali e centinaia di certificazioni psichiatriche, **allineandosi ai dati internazionali** sulla percentuale di vittime di torture tra i migranti forzati, che sono generalmente stimati tra il 20 e il 30 per cento.

Si ritiene che la certificazione debba attenersi alla **rigorosità scientifica e giuridica**, raccogliere tutti gli indizi possibili (storia, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, etc.) e solo alla fine produrre e sottoscrivere la perizia.

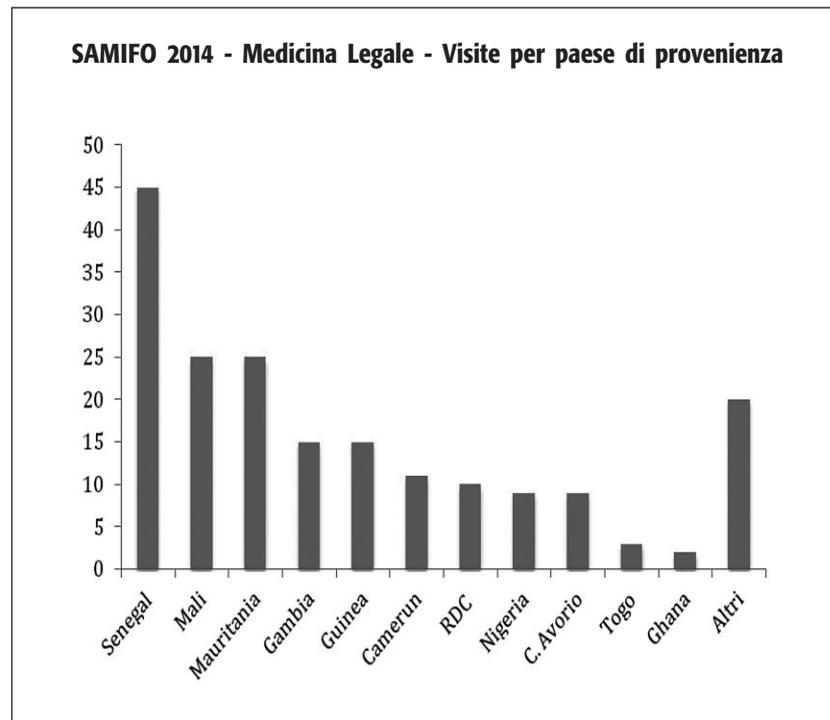
L'elemento della certificazione medico-legale e psichiatrica deve pertanto intendersi all'interno di un modello complesso e integrato di presa in carico dei Richiedenti Protezione Internazionale e delle vittime di persecuzioni e torture.

Il numero di certificazioni medico-legali prodotte nel 2014 è di 189 dato sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Rispetto allo scorso anno è **umentata sensibilmente la percentuale di donne visitate** e certificate (passata dal 10 al 25 per cento). Questo può dipendere in parte da una maggiore capacità dell'ambulatorio di intercettare le donne vittime di abusi e torture e in parte dalla copresenza di un medico legale uomo e uno donna che permette una maggior attenzione al genere e al rispetto di pudori personali e codici culturali.



Le nazionalità di maggior accesso al servizio di medicina legale sono quelle dove si verificano gravi violazioni dei diritti umani come il Mali o la Costa d'Avorio dove continuano episodi di guerra civile o come la Mauritania dove persistono, anche se formalmente abolite, vere e proprie forme di schiavitù.

È piuttosto basso il numero di alcune nazionalità come l'Eritrea o l'Afghanistan, seppur molto presenti nella presa in carico generale, perché gli utenti provenienti da questi Paesi accedono generalmente al servizio già in possesso di un permesso di soggiorno, solitamente ottenuto nei luoghi di frontiera, e quindi meno interessati alla certificazione medico-legale.



Vaccinazioni

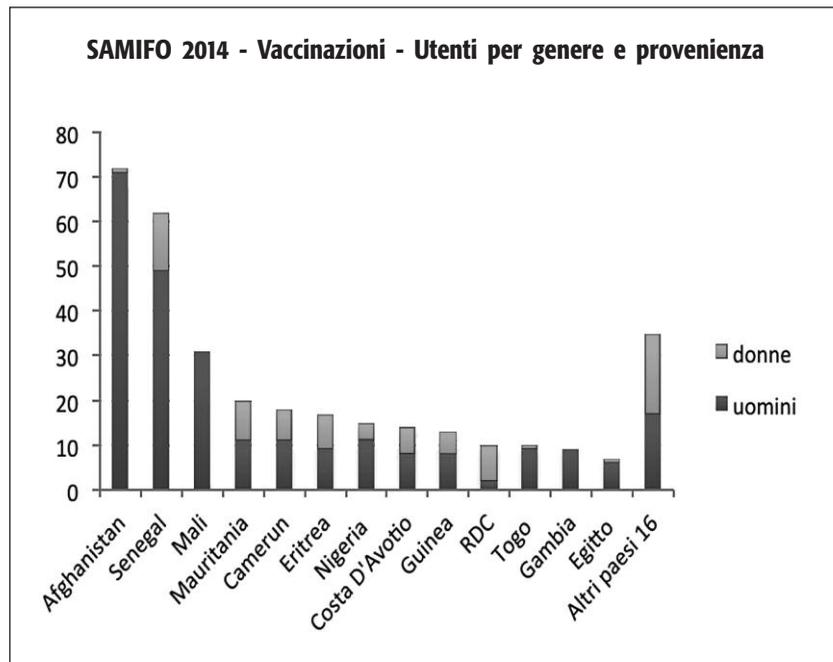
Nel **Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012/2014** sono stati definiti gli obiettivi specifici da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio al fine di garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie sviluppando iniziative per promuovere le vaccinazioni di gruppi difficili da raggiungere. I nostri utenti rientrano sicuramente in queste categorie. Per tale ragione da oltre 2 anni è attiva anche la campagna sulle vaccinazioni gratuite per richiedenti e titolari di protezione internazionale presenti nel territorio cittadino al fine di **ridurre l'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino e le loro conseguenze in termini di mortalità e morbilità** ed è funzionale al raggiungimento di obiettivi specifici di sanità pubblica come **l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenite**.

In ottemperanza alle raccomandazioni presenti nel PNPV 2012/2014 questa iniziativa promuove l'offerta delle vaccinazioni sopraelencate ai migranti forzati, attraverso l'attivazione di canali professionali rappresentati da MMG e specialisti della ASL Roma A che operano all'interno del Centro SAMIFO e la successiva presa in carico da parte di operatori della UOS MPEE del Distretto Primo.

Un team di medici della ASL Roma A effettua vaccinazioni quali DTP, Polio, HBV, MPR, ma anche antiinfluenzale, Varicella, Meningococco C, PCV (queste ultime gratuite solo per soggetti a rischio). **Roma Capitale** in collaborazione con il programma integra, sostiene l'iniziativa garantendo la presenza di mediatori linguistico-culturale.

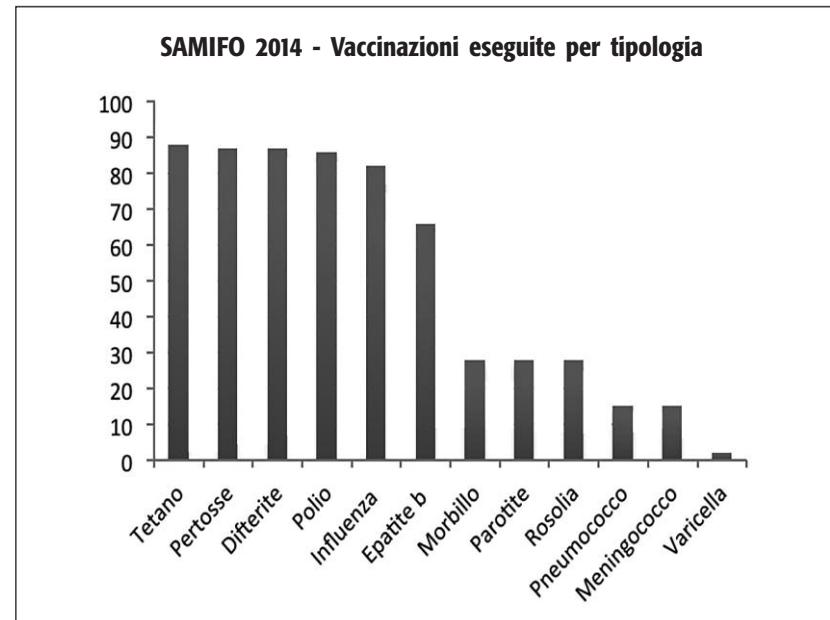
Nel 2014 sono state raggiunte **333 persone**, somministrate in totale 612 dosi vaccinali in soggetti maggiorenni, prevalen-

temente di sesso maschile, provenienti da 20 diversi Paesi, dall'Africa del nord e quella subsahariana (incluse i paesi del corno d'Africa), dall'Eurasia e dal Kenia.



Non abbiamo dati che possano quantizzare la **riduzione dei costi ospedalieri ed extra ospedalieri** dovuti alle malattie prevenibili da vaccino, ma sicuramente gli utenti vaccinati e contattati successivamente hanno riferito di non aver dovuto ricorrere a cure ospedaliere durante l'anno 2014.

L'attività vaccinale non è stata interrotta e prosegue anche durante l'anno in corso.



Attività di assistenza sociale

Nel prendersi cura dei migranti forzati è necessario comprendere la dimensione della salute in modo ampio e complesso.

La salute non si può rappresentare come semplice assenza di sintomi patologici, ma come dimensione ampia, che comprenda sia il corpo che la mente e, più in generale, che abbia a che fare con il raggiungimento di un livello anche minimo, ma sufficiente e dignitoso di qualità della vita.

La condizione esistenziale dei richiedenti e titolari di pro-

tezione internazionale si caratterizza spesso per una forte precarietà e fragilità sociale. La lunga attesa per un posto in accoglienza, comunque temporaneo, la mancanza di un reddito proprio, l'assenza della sponda sociale e dei legami familiari, l'incertezza della procedura giuridica di riconoscimento dello status di rifugiato sono solo alcuni dei fattori di fragilità che incidono profondamente sulla condizione di salute dei nostri assistiti.

Consapevoli che la tutela della salute non riguarda solo la medicina, e per rispondere a complessità di bisogni dei rifugiati il Centro SAMIFO si è costituito nella direzione di un servizio integrato multi-disciplinare, capace di accogliere nella dimensione sanitaria elementi riguardanti la condizione sociale, giuridica e culturale dei suoi assistiti.

Ad affiancare il lavoro delle diverse linee di attività sanitarie vi è quindi uno spazio di ascolto e assistenza sociale. In questo servizio vengono orientate le persone che accedono alle diverse linee di attività del Centro SAMIFO e che vivono in una particolare condizione di disagio. L'assenza di un alloggio dove dormire, l'impossibilità per esempio di poter acquistare presidi sanitari o farmaci di fascia C, rischia di lasciare l'intervento sanitario incompleto e inefficace. In questo modo la presa in carico dell'utente diventa globale, rispondendo a bisogni reali e concreti e offrendo al personale medico una risorsa in più per favorire la fiducia nel sistema di cura e la adesione del paziente al progetto assistenziale/terapeutico individuale. Spesso dietro ad un malessere fisico lamentato dal rifugiato si nasconde un bisogno sociale pendente; la possibilità di avere un servizio sociale offre quindi al medico ed al paziente una risposta appropriata ed immediata.

Le attività maggiormente svolte dallo sportello sociale riguardano:

- la ricerca di un alloggio attraverso l'orientamento all'ufficio immigrazione del Comune di Roma, la segnalazione per i casi più urgenti e vulnerabili, l'attivazione di reti informali per soddisfare richieste alloggiative in situazioni di emergenza (prevalentemente attraverso forti relazioni con le strutture religiose di accoglienza che ospitano anche persone con disturbi mentali, spesso rimaste fuori dal circuito istituzionale di accoglienza proprio a causa della gravità psicopatologica);
- l'orientamento sul territorio per l'attivazione di percorsi di formazione e inserimento lavorativo;
- l'attivazione di reti per il sostegno economico di bisogni primari ed emergenziali;
- il reperimento di medicinali o materiali sanitari non erogati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale;
- la pianificazione e l'accompagnamento di progetti per l'ospedalizzazione e la riabilitazione post-operatoria;
- l'assistenza all'inoltro della domanda per l'invalidità civile;
- l'inserimento dentro progetti di assistenza socio-sanitaria finanziati da enti e istituzioni come il Fondo europeo per i Rifugiati.

In accordo con le più recenti linee guida sull'assistenza sanitaria ai migranti forzati il Centro SAMIFO considera l'attenzione alla dimensione sociale come fondamentale per la costruzione di percorsi di cura, d'integrazione e di autonomia.

Nell'anno 2014 sono state prese in carico 141 persone, delle quali il 60% uomini, 30% donne sole e il 10% donne con minori. I beneficiari delle azioni di protezione sociali provenivano da 18 Paesi, la maggior parte dall'Africa occidentale (60%), il 10% dal Corno d'Africa e il restante 30% dall'Asia.

MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE

Tra le principali criticità all'accesso ai servizi socio-sanitari figura certamente **la carenza di informazioni** sul funzionamento del sistema italiano da parte dei migranti forzati. Ciò è dovuto principalmente alle **difficoltà linguistiche** (cui sono soggetti soprattutto coloro che sono in Italia da poco tempo) ma anche alla mancata formazione degli operatori di sportello e alla **scarsa tutela** di cui godono richiedenti e titolari di protezione che non sono presi in carico da un'associazione o da un progetto residenziale. Il mediatore può ricoprire una funzione molto importante, al di là del semplice ruolo di traduttore, instaurando nel paziente un più forte senso di fiducia nel sistema di cura e una maggiore continuità con esso. I responsabili dei servizi che godono della presenza di un mediatore concordano nella necessità di inserire tale figura in un'ottica strutturale per garantire un **servizio professionale e continuativo**, capace, quando necessario, anche di filtrare tutte le richieste avanzate e gestire le conflittualità che possono sorgere. I richiedenti/titolari di protezione internazionale soprattutto nelle fasi iniziali dell'arrivo, ma spesso anche a distanza di tempo, hanno difficoltà di comunicazione, di capire e farsi capire, perché semplicemente non conoscono la nostra lingua. La ridotta capacità linguistica, oltre a rendere più complicato l'accesso ai percorsi di tutela dei loro diritti, può compromettere gravemente le relazioni con il nuovo contesto e inficiare l'interazione clinica, terapeutica, di autonomia e inserimento sociale. Sono molte

plici i fattori che possono ritardare l'apprendimento della nostra lingua, rappresentati per esempio dai disturbi cognitivi, molto frequenti nelle vittime di torture, oppure dalla convivenza, talvolta obbligata, con gruppi di persone provenienti dallo stesso Paese. Nelle **Linee di Indirizzo Nazionale per la Salute Mentale** emanate dal Ministero della Salute del 2008 – cui si rimanda per ulteriori riflessioni e approfondimenti – vengono suggerite chiare indicazioni per supportare lo sviluppo di strategie integrate di cura, ricerca e formazione rispetto ai problemi di salute mentale dei migranti. Tra gli indirizzi operativi, la necessità di sperimentare metodologie cliniche innovative in grado di tener conto delle specificità linguistiche e culturali e di incentivare l'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come supporto delle funzioni cliniche e del lavoro comunitario. *L'interazione clinica può essere inficiata non solo dalle difficoltà linguistiche ma anche dalla divergenza che può esserci fra le diverse concezioni di malattia e cura del curante e del paziente. Il ricorso alla lingua madre dell'utente costituisce lo strumento di accesso non solo al mondo interno e al vissuto personale del paziente ma anche al suo mondo culturale, con le sue specifiche antropologiche della salute e della cura. La mediazione linguistico-culturale offre la possibilità di esplicitare le posizioni teoriche ed ideologiche del clinico e del paziente ed avviare così la costruzione di un'alleanza terapeutica altrimenti sovraccaricata dai rischi di una mancata esplorazione del malinteso e del conflitto culturali; è pertanto uno strumento operativo a disposizione dei Servizi per affrontare e gestire le difficoltà che si possono incontrare nella relazione tra operatore e utente straniero (in: Per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturali. Linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, Parma, maggio 2011 - coordinato dalla Provincia di Parma, con la collaborazione del Centro SAMIFO - ASL Roma A).*

Svolge in definitiva una funzione-ponte fondamentale per

favorire l'integrazione in una prospettiva volta a tutelare il diritto al benessere bio-psico-sociale di ogni individuo. Il mediatore rappresenta quindi un punto di riferimento tanto per il richiedente/titolare di protezione internazionale che per gli operatori degli enti di tutela.

Recentemente Roma Capitale ha riconosciuto il Centro SAMIFO – per le attività che da anni svolge a favore dei richiedenti e titolari di protezione internazionale ospiti nei Centri SPRAR cittadini – garantendo il finanziamento di 40 ore settimanali di tale attività. “*La mediazione linguistico-culturale nel centro SAMIFO*”. Favorire l'accesso alle cure dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e umanitaria ospiti nei Centri SPRAR di Roma Capitale. Finanziato da Ministero Interno/Roma Capitale. **Avviso Pubblico** - Servizi di Mediazione interculturale. Codice CIG n. 60720920D6 - Numero Gara 5883491.

I mediatori che lavorano al SAMIFO sono 12, **10 in possesso di diploma universitario e 2 di scuola secondaria**, di cui 9 donne e 3 uomini. 9 sono nati all'estero. Hanno tutti un regolare contratto di lavoro con il Centro Astalli o con il Programma Integra attraverso uno specifico finanziamento di Roma Capitale.

Mediatori linguistico-culturali – per genere e lingua – presenti nel Centro SAMIFO

Lingua	Donne	Uomini	Totale
Francese	4	2	6
Inglese	3	2	5
Farsi	3	0	3
Bambara	1	1	2
Wolof	0	1	1
Mandingo	0	1	1
Djoula	1	0	1
Tigrigno	1	1	2
Amarico	1	1	2
Arabo	1	0	1
Altre	3	3	6

In totale sono 12 i mediatori che fanno parte dello staff del SAMIFO, con differenti orari di servizio.

Tutti parlano almeno 2 lingue, oltre l'italiano.

TUTELA DELLA SALUTE DEGLI OPERATORI

Il **Burn out** viene definito come «esaurimento della forza o della motivazione fisica o emotiva abitualmente dovuto a stress o frustrazione prolungata, causato da stress lavorativo cronico non adeguatamente gestito». (Felton 1998). È inserito nell'ICD 10 - Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, più precisamente nel Capitolo XXI fra i fattori che influenzano lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari - Problemi correlati a difficoltà nella gestione della propria vita - Z 73.0. Il **trauma vicario** invece è la complessa risposta emotiva, fisica e comportamentale delle persone che lavorano con le vittime di gravi forme di violenza intenzionale (tortura, stupri, trattamenti disumani e degradanti). I segni e sintomi sono molto simili a quelli dei pazienti assistiti. Molti di coloro che lavorano con i sopravvissuti al trauma trovano la loro attività arricchente e gratificante. Tuttavia, esporsi alle esperienze traumatiche delle persone è un duro lavoro. Talvolta si affronta insieme al paziente/cliente il lato peggiore dell'umanità, la tortura, la violenza, l'aggressione e il sadismo, la vergogna, l'orrore, il dolore, il terrore, l'angoscia (Società Italiana per lo studio dello stress traumatico - SISST).

Quando ci si prende cura di persone con storie drammatiche e orribili il coinvolgimento emotivo può essere eccessivo e non tollerabile, determinando, in questi casi, delle **reazioni contro-transferali** (la risposta emotiva del clinico o dell'operatore nei confronti del paziente/utente) così intense da incidere forte-

mente nel rapporto con la vittima. Il possibile sviluppo di **malattie da stress lavoro-correlate** dipende non solo dalla drammatica storia delle vittime ma anche da fattori individuali e organizzativi. Fra quest'ultime l'insufficienza e l'inadeguatezza delle risorse e degli strumenti a disposizione, la carenza di training e formazione del personale, gli ostacoli burocratico-organizzativi e talvolta gestionali, determinano una oggettiva difficoltà, un vero disagio degli operatori. La minore **preparazione psicologica** al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici nelle vittime. Parimenti la carenza di una solida preparazione professionale, di attività formativa continua, di periodi sabbatici di aggiornamento, l'assenza di supervisioni regolari collegiali ed esterne, l'eccessivo carico di lavoro, la mancanza di un riconoscimento sociale degli operatori e lo stato di precarietà finanziaria e legale sembrano essere i fattori maggiormente responsabili dello stress negli operatori. È pertanto necessario elaborare piani d'azione per ridurre al minimo i rischi: gli operatori devono essere (in)formati su come riconoscere i segni dello stress in se stessi e nei colleghi di lavoro e come affrontare le reazioni emotive delle vittime di tortura.

Fattori di prevenzione del burn out e della traumatizzazione vicaria nel SAMIFO

- **Il benessere organizzativo**, attraverso la condivisione con i lavoratori dei metodi, dei valori, delle pratiche, permette agli operatori di poter esprimere le proprie competenze, crescere professionalmente ed avere le giuste gratificazioni e riconoscimenti.
- **Il SAMIFO è centrale** – cioè **facilmente raggiungibile** con i mezzi di trasporto – l'ambiente confortevole e accogliente e il **materiale da lavoro è pressoché completo**.

- La **pianificazione** dei compiti lavorativi dei singoli e dei gruppi è chiara e coerente; il carico, l'orario e il ritmo di lavoro sono sostenibili anche quando l'afflusso degli utenti è elevato.
- *Il lavoro di rete con gli altri attori presenti nel territorio, attraverso l'integrazione con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante forzato.*
- *Il sostegno in momenti difficili o di crisi.* Lo sviluppo di reazioni psicologiche allo stress lavorativo può determinare ricadute sulla qualità delle prestazioni entrando così in una spirale che può condurre al fallimento della domanda di protezione, peggiorando ulteriormente la salute mentale sia del richiedente che dell'operatore (burn out, traumatizzazione vicaria). In quest'ultimo caso è previsto il sostegno specialistico per i lavoratori, anche dopo la scadenza del contratto.

FORMAZIONE

In uno studio condotto nel 1997 Basoglu ha evidenziato che i non attivisti politici arrestati durante una dimostrazione di protesta hanno significativamente manifestato maggiori sintomi riferibili al disturbo post traumatico da stress (58.5 vs. 18) e alla depressione (24% vs. 4%) rispetto agli attivisti, pur essendo stati sottoposti a violenze relativamente minori. La minore preparazione psicologica al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici nelle vittime. Parimenti **la carenza di una solida preparazione professionale, di attività formativa continua, di periodi sabbatici di aggiornamento, l'assenza di supervisioni regolari collegiali ed esterne, etc. sembrano essere i fattori maggiormente responsabili dello stress negli operatori.** Gli operatori devono essere (in)formati su come riconoscere i segni dello stress in se stessi e nei colleghi di lavoro e come affrontare le reazioni emotive delle vittime di tortura.

In particolare la supervisione nelle sue diverse forme (individuale, d'equipe, di gruppo, clinica, gestionale-organizzativa) rappresenta uno degli strumenti preventivi dello stress negli operatori; dovrebbe essere obbligatoria in tutti i centri di accoglienza e nei servizi dedicati ai richiedenti protezione internazionale e rifugiati dove generalmente tutto il personale è interessato a sostenere i diritti umani e lavora per aiutare coloro che hanno sofferto fra le più gravi violazioni dei diritti umani.

La **supervisione di gruppo** che da anni si svolge presso il

Centro SAMIFO è universalmente riconosciuta come la forma più efficace di espressione e gestione delle emozioni e dei conflitti nelle situazioni lavorative con vittime di traumi o catastrofi «*permette di fermarsi e riflettere, di evitare facili colpevolizzazioni, di cercare soluzioni nuove, di apprendere qualcosa anche nei momenti più critici, di ricevere sostegno*». I malumori e i conflitti all'interno dei gruppi di lavoro sono fisiologici ed è indispensabile esplicitarli senza aver paura di essere giudicati o persino di perdere il lavoro. Possiamo condividere quanto elaborato e affermato da Peter Hawking: «*la supervisione ha tre funzioni fondamentali: qualitativa (per migliorare la qualità del lavoro), di sviluppo (per sviluppare competenze e abilità), di rifornimento (per migliorare la capacità di rifornirsi e sostenersi)*», definita da altri autori funzione di supporto. I rapporti che le vittime instaurano con i servizi, con i curanti, terapeuti, operatori, mediatori, non sono gli unici o uno più importante dell'altro: tutte quelle relazioni e comportamenti intenzionali, a prescindere dalle tecniche utilizzate, che hanno il fine di ricostruire il “credo e le convinzioni della vittima” e ridare dignità alla “struttura di identità che la definisce come persona” gravemente lesa dalle violenze, hanno valore terapeutico. «*È molto difficile accettare di essere soltanto un mezzo di aiuto ma è l'unico modo per non diventare dipendenti dalle gratificazioni o terrorizzati dall'insuccesso, per non oscillare tra impotenza e onnipotenza*».

Oltre alle attività di supervisione l'esperienza del SAMIFO viene continuamente rielaborata e arricchita da **un'attività formativa continua e di approfondimento su temi di interesse specifico**. In particolare durante il 2014 sono stati organizzati diversi incontri riguardanti la **situazione politica, sociale, culturale, religiosa ed economica di alcuni Paesi di provenienza dei nostri utenti** (Mali, Corno d'Africa, Siria, Iraq) o di territori vicini alle nostre frontiere dove sono in corso guerre e quindi luoghi da dove si fugge o si transita, come la Libia, per

salvare la vita. Inoltre sono stati organizzati **incontri formativi su particolari argomenti clinici**, come le malattie emolitiche, il diabete, la salute mentale delle vittime di tortura. Per la sua unicità come modello di riferimento per la tutela della salute dei migranti forzati, per la esperienza e professionalità molti degli operatori del SAMIFO sono stati chiamati come docenti in corsi di formazione per operatori sociosanitari sia del servizio pubblico che degli enti di tutela, nel territorio cittadino, regionale e nazionale.

Presso il SAMIFO svolgono attività di formazione obbligatoria i medici del **Corso Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale** (futuri medici di assistenza primaria).

Inoltre ciclicamente studenti dell'ultimo anno di diverse scuole di specializzazione in psicoterapia svolgono attività di tirocinio presso il SAMIFO. Numerose sono infine le **tesi di laurea e di master** in diverse discipline, anche non sanitarie, sul Centro SAMIFO.

CONCLUSIONI

I richiedenti e titolari di protezione internazionale, nonché coloro che hanno presentato ricorso contro un diniego alla loro domanda, hanno il diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta però in molti casi di **utenti pressoché invisibili** ai servizi, che spesso non riescono a trovare risposte concrete e tempestive alle loro **esigenze specifiche** per una complessità di fragilità individuali e barriere linguistiche, culturali, burocratiche e amministrative.

L'accoglienza e la presa in carico di situazioni complesse, portate da persone che hanno vissuto **traumi plurimi e reiterati** nel tempo, richiedono la costruzione di un sistema di **cura multidimensionale** finalizzato al raggiungimento di quel benessere psicofisico e sociale che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come salute. La complessità e la specificità delle problematiche e delle patologie presentate rendono necessario un approccio integrato bio-psico-sociale che permetta una visione completa dei bisogni del paziente. È il concetto stesso di salute che deve estendersi fino a raggiungere una dimensione ampia, che comprenda sia il corpo, la mente, il contesto e, più in generale, che abbia a che fare con il raggiungimento di un livello anche minimo, ma sufficiente e dignitoso di qualità della vita. Una dimensione che vada al di là della semplice assenza di sintomi patologici, ma che sappia contenere **bisogni molteplici e differenti**, necessariamente collegati tra loro.

Da questo punto di vista è di cruciale importanza che il

SAMIFO si ponga come un Centro **sostenibile**, garantito da impegni istituzionali della Regione Lazio, della ASL Roma A, del Centro Astalli e solo in minima parte da finanziamenti a progetto. Questo è stato possibile anche attraverso un **lavoro di rete** formale ed informale con tutte le organizzazioni istituzionali e non istituzionali del territorio.

Da queste condizioni di base sono derivati molteplici effetti:

- la possibilità di fornire interventi del Medico di medicina generale accurati, capaci di evitare accertamenti e terapie inopportune, in grado di evitare inappropriati ricorsi ai circuiti dell'emergenza con un'attenzione anche ad evitare consumi e costi sanitari impropri,
- la presa in carico socio-sanitaria con la collaborazione tra il servizio pubblico (ASL Roma A) e il privato sociale (Centro Astalli) in grado di soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute complessi,
- la costruzione di uno spazio fisico concreto di ascolto e di presa in carico, dove fosse possibile l'emersione e la cura delle gravi ferite di cui sono portatori le vittime di violenze estreme, di maltrattamenti, di torture, di abusi sessuali,
- la presenza costante di mediatori linguistico-culturali, ponte che garantisce la possibilità di costruire percorsi evolutivi al di là delle barriere culturali, anche con una particolare attenzione alle differenze di genere,
- l'attenzione alla condizione non solo dell'utenza ma anche a quella di tutto il personale sociosanitario coinvolto quotidianamente nel corso degli interventi in relazioni complesse, esigenti ed emotivamente intense.

Sulla base dell'esperienza maturata in questi dieci anni, si può affermare che il SAMIFO rappresenta un modello replica-

bile e utile soprattutto in quelle aree territoriali in cui le Aziende Sanitarie devono rispondere ai bisogni di salute di grandi comunità di migranti forzati. Oltre all'assistenza, trattamento e riabilitazione dei migranti forzati, il Centro ha compiti di tutela della salute dei propri utenti che sono strettamente legati con la necessità di diffondere e radicare in tutto il personale dei servizi socio-sanitari le competenze specialistiche necessarie per lavorare con situazioni di vulnerabilità.

Rientra pertanto nei compiti di tutela della salute del Samifo la diffusione delle competenze necessarie a riconoscere le conseguenze fisiche e psichiche dei traumi subiti. Tali competenze devono permettere, fin dal sistema delle cure primarie, il riconoscimento degli esiti di tortura, la loro presa in cura e, quando necessario, la loro certificazione.

Due ultimi ambiti d'intervento si sono dimostrati fondamentali nell'esperienza decennale del SAMIFO: l'organizzazione periodica di percorsi formativi e di aggiornamento e il monitoraggio dell'evoluzione complessiva del fenomeno dell'emigrazione anche al fine di fornire informazioni utili ai centri decisionali delle politiche sanitarie. Da questo punto di vista è stata preziosa la presenza nel SAMIFO, sin dal suo atto costitutivo, di un Comitato Scientifico, dove fossero rappresentate le istanze dei Servizi, dell'Università, della Ricerca e delle Associazioni di tutela. L'attività del Comitato Scientifico ha prodotto dei report e delle riflessioni che annualmente hanno orientato le attività cliniche, quelle di studio, di valutazione dei risultati e quelle di *advocacy*, proprie di un servizio sociosanitario, come il SAMIFO, con competenze multidisciplinari e di intervento sistemico.

Dobbiamo comunque essere consapevoli che il grande sforzo prodotto in questi anni presenta ancora dei limiti su cui è necessario continuare a impegnarsi. Innanzi tutto la difficoltà

di rispettare i tempi di conclusione dell'intervento settoriale del SAMIFO con la presa in carico da parte dei circuiti di assistenza ordinaria rivolti a tutta la popolazione. La resistenza del sistema sanitario ad accettare il confronto con culture diverse è una condizione che ancora persiste. Il lavoro in quest'ambito è lungo e quotidiano: parte dalla formazione dei Medici di Medicina Generale, ma passa anche dalla capacità del SAMIFO di mettersi in gioco fuori dalle sue mura.

Un secondo limite è rappresentato dall'affanno talvolta dimostrato nel dare una risposta tempestiva ai bisogni presentati dai nuovi flussi di migranti forzati, sia per l'esiguità delle risorse umane disponibili, sia per l'oggettiva difficoltà ad attrezzarsi rapidamente con le risorse linguistico-culturali necessarie.

Terza e non minore difficoltà è la congiuntura economica che il Paese vive. Le risorse necessarie ad incrementare le opportunità di cura in risposta all'incremento dei flussi migratori e dei bisogni sanitari sono sempre più limitate. Dobbiamo però essere consapevoli che il diritto alla salute è uno dei bisogni primari della persona e che la sua tutela è per una comunità non tanto un onere economico, ma il sostegno alla capacità di conservare produttivo, ma anche eticamente sano il sistema sociale.

Nonostante tutte queste difficoltà non si sono mai interrotti gli sforzi degli operatori per non venir meno alla *mission* del Centro che peraltro è stata particolarmente sostenuta anche dal Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria che, oltre ad aver garantito un incremento di personale, in una nota ufficiale afferma: «Questa Amministrazione ritiene che l'iniziativa attivata, unica nel territorio nazionale, possa essere considerata un'eccellenza per la Regione Lazio ed auspico che il *Centro di Salute per Migranti Forzati - SAMIFO* possa ottenere il riconoscimento di Centro di Eccellenze o di Riferimento Regionale per l'assistenza sanitaria ai migranti forzati».

APPROFONDIMENTO TEMATICO

**LA MISDIAGNOSIS
NELL'INCONTRO
CON I MIGRANTI FORZATI**

*Quel che succede ogni giorno
non trovatelo naturale.
In questi tempi di sanguinoso smarrimento,
ordinato disordine,
pianificato arbitrio, disumana umanità,
di nulla sia detto "è naturale".
Così che forse nulla valga come cosa immutabile.*

B. BRECHT, *L'eccezione e la regola*

DIAGNOSI, ERRORE DIAGNOSTICO E CAMBIAMENTO

MAURIZIO BACIGALUPI*

Mi sveglio. Subito cerco di capire dove mi trovo. Me lo chiedo persino ad alta voce: – Che razza di posto è questo? – Ma è una domanda superflua. Prima ancora di formularla, so già la risposta. Questo posto è la mia vita. La vita che vivo tutti i giorni, un'appendice della mia esistenza reale.

Murakami Haruki

Un'esperienza di estraniamento: siamo questo sonno con i suoi sogni, la vita che viviamo tutti i giorni, un'appendice della realtà o tutte queste cose insieme? È da questa incertezza che nasce il bisogno di individuare dei criteri che ci permettano di rappresentarci e di costruire delle categorie che ci permettano di sentirci parte di altri insiemi, perché non siamo capaci di raffigurarci soli nel nulla. Esistiamo solo se e in quanto siamo in relazione con un altro, con la storia, con la cultura, con lo spirito che l'altro e il suo mondo rappresentano. L'alterità è il fondamento della nostra esistenza. È dalla necessità di avere categorie che rappresentino la realtà che nasce la diagnosi: il conoscere, il ri-conoscere attraverso l'osservazione alcuni criteri predeterminati (i segni, i sintomi diremmo in medicina) che permettono di attribuire un evento ad una categoria, di formulare in fin dei conti una descrizione standardizzata della realtà, un riconoscimento diagnostico, una diagnosi clinica per la medicina.

Non ci siamo accontentati di categorizzare la realtà, ma abbiamo anche preteso che le nostre categorie, quelle della cultura scientifica occidentale, fossero le uniche con un valore universa-

* Psichiatra psicoterapeuta, volontario Centro Astalli.

le, le uniche “scientificamente” attendibili e dimostrate, le uniche valide per l'intero universo e per tutti gli uomini⁴.

Ci dice Ernesto de Martino «quando l'etnografo osserva fatti culturali alieni... l'osservare è reso possibile da particolari categorie di osservazione, senza le quali il fenomeno non è osservabile». L'uso di queste categorie continua de Martino rischia però di proiettare sulla cultura aliena un apparato concettuale che la rende di fatto incomprensibile nella sua specificità. Ma senza queste categorie l'etnografo diventa cieco e muto davanti ai fatti etnografici per cui «l'unico modo di risolvere questo paradosso è racchiuso nello stesso concetto dell'incontro etnografico con duplice tematizzazione del *proprio* e dell'*alieno*... nel proposito di raggiungere quel fondo universalmente umano... a partire dal quale anche noi avremmo potuto imboccare la strada che conduce all'umanità aliena» (E. de Martino, 2002).

Da questo punto di vista ogni diagnosi rischia di essere una misdiagnosis nella estrema difficoltà di «raggiungere quel fondo universalmente umano» che de Martino ci propone, quella radice unica da cui si dipartono e si differenziano tutte le storie dell'uomo e le sue culture.

Anche nel campo della fisica, delle scienze esatte abbiamo scoperto che i nostri paradigmi non sempre erano così veri ed universalmente applicabili. Newton ci ha spiegato perché le mele mature ci cadono in testa, ma solo successivamente abbiamo capito che non cadevano allo stesso modo al polo e all'equatore. I gravi di Galileo la piuma e la palla di piombo sarebbero dovuti arrivare ai piedi della torre di Pisa nello stesso tempo, contraddicendo quanto si osserva in realtà, ma in un contesto particolare, nel vuoto, l'esperimento di Galileo si sarebbe verificato. Ed infine i principi scientifici assoluti ed universali sono

⁴ La citazione in apertura di un Autore giapponese non è un caso. Infatti è in Giappone che le teorie sugli stili di attaccamento di Bowlby, riconosciute come universali, si sono dimostrate criticabili.

completamente saltati quando abbiamo cercato di applicarli al mondo dell'infinitamente piccolo. Lo studio delle particelle ci ha messo di fronte a incomprensibili paradossi.

Nonostante tutto questo facciamo ancora fatica a non tenere sempre presente che il campo in cui noi ci muoviamo, il contesto in cui noi applichiamo l'osservazione e la stessa osservazione, come le teorie fisiche derivate dallo studio delle nanoparticelle ci insegnano, sono dei determinanti della costruzione della realtà.

Ancora di più se ci riferiamo alle scienze umane, a maggior ragione la diagnosi clinica non può prescindere dal contesto in cui si applica. È importante che seppure usiamo le "nostre categorie" per descrivere e approssimare la conoscenza dell'altro restiamo consapevoli dell'estraneità dei nostri sistemi di riferimento rispetto alla cultura dell'altro al punto che essi stessi possono divenire alienanti.

La consapevolezza della necessaria operazione riduzionistica che stiamo operando è ancora più indispensabile quando dalla diagnosi pretendiamo di passare alla terapia. A proposito della presa in carico dei migranti, Tobie Nathan ci raccomanda: «È altresì indispensabile che il punto nodale del trattamento del paziente sia la comprensione del suo disagio secondo la logica dei terapeuti del suo gruppo – i soli rappresentanti reali dei concetti sviluppati nel suo universo. Se procediamo in questo modo siamo portati a descrivere il discorso terapeutico con il migrante come una comunicazione da gruppo a gruppo, da rappresentante a rappresentante... ecco perché quando ci si occupa di psicoterapia è importante prendere in considerazione tanto il *malato* quanto il *medico*, tanto la *malattia* quanto il *farmaco*, tanto l'idea che se ne fa il medico quanto quella che si fa il malato la sua famiglia o il suo ambiente prossimo».

Nel lavoro clinico con i migranti acquista una particolare rilevanza l'introduzione del tema del trauma così come lo definiscono Laplanche e Pontalis nell'*Enciclopedia della Psicoanalisi*:

«evento della vita del soggetto che è caratterizzato dalla sua intensità, dall'incapacità del soggetto di rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patologici durevoli che esso provoca nell'organizzazione psichica». Infatti il trauma entra come terzo nella relazione paziente terapeuta, introducendo drammaticamente elementi della vita sociale. Ancora una volta è nostro compito tenere nel campo contemporaneamente gli elementi sociali della nostra cultura e di quella del paziente. È in questo senso e solo in questo senso che le varie classificazioni diagnostiche a cui ricorriamo, le varie edizioni del DSM che utilizziamo conservano una loro legittimità epistemologica ed una concreta utilità pratica.

Riferimenti bibliografici

- ERNESTO DE MARTINO, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino, 2002, pp. 390-391.
- JOHN BOWLBY, *Attaccamento e Perdita*, seconda ediz. Vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 247-260.
- LAPLANCHE & PONTALIS, *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Roma, 1974, p. 618.
- MURAKAMI HARUKI, *Dance Dance Dance*, Einaudi, Torino, 1998, p. 3.
- TOBIE NATHAN, *Psicoterapia democratica*, Raffaello Cortina, Milano 2013, pp. 75-77.

LA MAPPA NON È IL TERRITORIO

MARTINO VOLPATTI*

La distinzione tra mappa e territorio, descritta dallo studioso Alfred Korzibski e resa celebre dall'indagine sul funzionamento della mente dell'antropologo Gregory Bateson, evoca lo scarto che separa le nostre rappresentazioni mentali, anche le più raffinate, dalla realtà nella sua accezione più pura, intima e mutevole.

La distanza tra la mappa e il territorio diviene così a sua volta una mappa per poterci muovere nel crinale che separa la conoscenza dell'altro dalla relazione con l'altro, la necessità di operare, di costruire, di curare da quella dell'incontro con la singolarità e della possibilità di una comunità.

Provando a ragionare sulla possibilità di misdiagnosis a livello di salute per i migranti forzati si può partire da una riflessione più generale sulle difficoltà di valutazione e inquadramento delle domande di aiuto che i nostri pazienti portano all'ascolto del personale socio-sanitario dell'ambulatorio SAMIFO.

Il rischio di misdiagnosis si sposta dalle differenze tra le categorie diagnostiche e patologiche verso la frontiera che separa la patologia dal disagio, la dimensione medico-clinica fisica o psichica da quella della sofferenza sociale o esistenziale.

Nella domanda di aiuto portata dai migranti forzati la sofferenza si manifesta molto spesso attraverso sintomatologie dolorose che attraversano il corpo e la mente, ma anche attraverso domande, sensazioni di smarrimento e incapacità di comprendere il mondo che li circonda e se stessi (quello che si è diventati).

La prima risposta che si dà a questo insieme di segni o sin-

* Operatore sociale Centro Astalli.

tomì è quella di una diagnosi, di un inquadramento dentro una categoria conosciuta che possa orientare l'operatore sanitario verso un'azione di cura e il paziente verso una comprensione di sé rispetto al contesto in cui si trova e alle sofferenze che lo attraversano.

In questo senso vediamo una direzione positiva del gesto diagnostico capace di districare e semplificare una complessità caotica e sofferente. Ma l'identità del migrante, e del migrante forzato in particolare, è una dimensione complessa e fragile e lo sguardo di chi vuole comprendere e curare deve muoversi in modo altrettanto complesso e delicato.

«Una persona esiste solo in quanto la sua *umanità* non viene revocata o annullata.

Gli stranieri (migranti regolari, irregolari o clandestini, nomadi, profughi) sono le categorie più suscettibili di essere trattate come non-persone.

Nella stampa e in generale nei media, uno straniero sarà volta per volta un extracomunitario, un immigrato, un clandestino, un irregolare, categorie che non si riferiscono mai a qualche autonoma caratteristica del suo essere, ma a ciò che egli non è in relazione alle nostre categorie».

Così il sociologo Alessandro Dal Lago mostra come l'utilizzo di categorie incida pesantemente sull'identità che i migranti si sentono attribuire dalla società che li accoglie.

E questo sguardo dell'altro così condizionante si focalizza su di un'identità ferita, vulnerabile e sospesa tra un mondo che ha lasciato, in modo traumatico, e uno sconosciuto, dentro il quale ancora non si può riconoscere.

Nel linguaggio dell'assistenza entrano altre categorie: rifugiati, titolari di protezione umanitaria, vittime di tortura, vulnerabili o ordinari.

Questo proliferare di categorie non diagnostiche, ma esistenziali, riduce inevitabilmente la complessità identitaria dei soggetti

dentro dei contenitori anonimi con il rischio di reiterare il gesto di chi ha esercitato violenza, persecuzione o tortura, riducendo un soggetto complesso e vivo a un oggetto passivo e inerte.

In questo senso, anche con le migliori intenzioni, ogni diagnosi è anche una misdiagnosis.

Quali possibili strategie si possono quindi adottare?

Intanto prendendo sempre più coscienza delle differenze tra la mappa e il territorio, utilizzando le categorie come strumenti e non come verità assolute.

Rispettando la complessità dei segni e dei linguaggi che incontriamo organizzando il nostro lavoro secondo un'ottica complessa, inter-culturale e inter-disciplinare. E poi imparando ad accogliere le categorie e le strategie diagnostiche che i migranti ci portano, sospendendo spesso il giudizio, allungando i tempi delle visite e soprattutto dell'ascolto. Non anticipando la parola dell'altro, ma stimolandola a prendere forma e direzione.

La dimensione della mediazione culturale si delinea come fondamentale per permettere questo incontro tra diverse prospettive, linguaggi e identità. È la cura stessa che si sposta dentro una prospettiva di mediazione per trovare significati comuni, terreni condivisi su cui terapeuti e pazienti si possano incontrare.

Tutto si muove secondo andamenti progressivi e discontinui. Il lavoro con i nostri pazienti ci insegna che i nostri codici, i nostri presupposti non sono gli unici e devono sapersi aprire, allargare per accogliere chi viene da altri luoghi e altri linguaggi.

Se ogni diagnosi è anche una misdiagnosis, perché produce categorie che bloccano il moltiplicarsi dei significati e delle identità, sappiamo che delle diagnosi e delle categorie non possiamo fare a meno.

L'anima di un ambulatorio è innanzitutto quella di un'operatività che sappia agire in modo rapido ed efficace in risposta a sintomi e segnali di sofferenza.

I migranti forzati ci portano i segni della loro storia, del loro

viaggio, della precarietà estrema della vita che conducono nel nostro Paese e ci chiedono di curare tutto questo, di formulare una diagnosi e prescrivere una terapia.

Occorre quindi prendere sul serio i sintomi patologici e trattare da paziente chi ci sta di fronte, pur sapendo che dalla categoria medica bisogna spesso anche uscire per risignificare i segni dentro categorie sociali ed esistenziali.

Per fare questo il nostro ambulatorio si serve di un'équipe multidisciplinare, fatta di un personale medico (generico e specialistico) e di un personale socio-assistenziale capace di connettersi con le istituzioni e di lavorare in rete con le altre associazioni, con i centri d'accoglienza, con tutti gli attori della cura e dell'accoglienza.

Per accogliere e curare dei soggetti portatori di un'identità in transito, in trasformazione bisogna sapersi trasformare a nostra volta, bisogna fare entrare nella dimensione medica anche una dimensione affettiva che sappia scaldare le diagnosi per evitare di bloccarsi dentro categorie fisse e fredde.

Il modello di casa della salute, che l'organizzazione sanitaria propone, va in questa direzione e occorre prendere sul serio il significato della parola casa per sperimentarne davvero le potenzialità.

L'esperienza ci ha insegnato che parlare di medicina e di salute con i migranti non significa parlare di qualcosa d'altro, di qualcosa di radicalmente diverso dalle pratiche mediche convenzionali. Significa allargare i concetti e gli orizzonti rispetto a dimensioni spesso troppo burocratiche o specialistiche che tendono a rimandare ad altri, a differire la cura.

Per un migrante, privo di radici nel territorio, privo di una famiglia e di punti di riferimento stabili, il rimandare ad altri significa spesso un abbandono.

La presa in carico quindi diviene qualcosa di molto denso sotto il profilo della professionalità e della responsabilità. Non certo la presunzione di poter rispondere a tutto, ma la volontà di

dar vita ad un luogo dove ciascuno possa sentirsi riconosciuto e veder riconosciute le proprie domande, le proprie sofferenze e sapere che qui ci si può fermare, anche solo per riposare.

Il concetto di casa della salute ridefinisce in fondo la dimensione della cura dentro quella più ampia dell'accoglienza e dell'ospitalità.

Questo non è diverso per chi lavora con i migranti, al contrario è molto più vero perché la questione dell'essere accolti, riconosciuti nella propria individualità più intima, è la ferita più grande da cui i migranti provengono.

Costruire una casa della salute per i migranti forzati significa pensare una casa della salute per chi una casa non ce l'ha. Non ce l'ha più perché l'ha dovuta lasciare e non ce l'ha ancora perché vive un tempo di sospensione, di attesa dentro un mondo nuovo privo di legami e di codici comprensibili.

Secondo il sociologo algerino Abdelmalek Sayad: «Il migrante diviene il luogo controverso di una *doppia assenza*: egli è al contempo assente sia dalla società d'origine che da quella presso cui risiede; escluso dall'ordine politico e sociale di entrambi i luoghi che ha abitato e che abita, come fosse straniero presso il mondo intero».

Il non avere una casa a cui tornare significa essere privi di un contenitore dove lasciar sedimentare le fatiche della giornata, i pensieri, le angosce e le ferite più profonde. Ma significa anche essere privi di un luogo in cui ci si possa riposare per poi ricominciare, per mettere delle nuove radici e seminare una prospettiva, un futuro possibile.

La patologia del migrante, e del migrante forzato in particolare, è innanzitutto una malattia che colpisce l'identità nelle tre direzioni di un passato ferito, di un presente incerto e di un futuro che non si può ancora vedere.

Ogni diagnosi e ogni cura devono quindi costituirsi secondo strategie che sappiano connettersi a queste identità ferite e so-

spese, dentro dimensioni di mediazione, di ascolto e di trasformazione. E per fare questo c'è bisogno di luoghi adatti dentro cui operare. Di luoghi complessi che sappiano essere semplici per chi li viene ad abitare.

Riferimenti bibliografici

ABDELMALEK SAYAD, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaele Cortina editore, Milano, 2002, p. 84.

ALESSANDRO DAL LAGO, *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 213.

CORPI, LINGUE E GEOGRAFIE. LA PRATICA DI MEDICINA GENERALE

ANTONIO SPINA* - LOREDANA MADONIA*

Il tema dell'errore in medicina, la misdiagnosis, è certamente centrale in ogni contesto di valutazione del corretto agire medico, sia del singolo che della struttura complessa.

L'operare in un territorio costituzionalmente complesso qual è quello dell'ambulatorio di medicina generale del SAMIFO rende ulteriormente difficile la prevenzione dell'errore. Esistono infatti diverse peculiarità nella condizione dei pazienti rifugiati (in particolare se vittime di tortura) che possono determinare un aumento di errori diagnostici: in primo luogo le difficoltà di relazione a causa della lingua, poi l'altissima frequenza di disturbi "somatoformi", infine la provenienza da aree geografiche diverse e lontane dalla nostra.

Riguardo il primo punto esistono numerosi studi che evidenziano la strettissima relazione tra la frequenza di misdiagnosis sia mediche che psichiatriche e il livello di comunicazione intercorrente tra medico e paziente. Diventa quindi determinante la presenza o l'assenza di un mediatore linguistico-culturale e il grado di preparazione specifica nelle problematiche sanitarie del mediatore stesso.

Il Centro SAMIFO ha al suo interno un servizio di mediazione culturale con operatori professionalmente formati e specializzati proprio in ambito sanitario, con lo scopo di ridurre le barriere linguistico-culturali tra medico e paziente. In tal modo si ottiene indirettamente una riduzione di errori diagnostici, nonché una maggiore efficacia dell'intervento medico complessivo (aumento della compliance del paziente alle terapie croniche, riduzione

delle spese per la diagnostica, aumento delle conoscenze sulla propria salute da parte del paziente).

L'alta frequenza di "disturbi somatoformi" rende il processo di diagnosi differenziale nei rifugiati estremamente complicato; consideriamo inoltre quanto la popolazione africana, prevalente tra i pazienti del SAMIFO, identifichi nel "corpo" la sede elettiva di ogni "malessere e disagio".

Emblematico il caso di un paziente giunto nel nostro ambulatorio lamentando dolore persistente all'emitore dx con irradiazione alla spalla omolaterale; dopo vari accertamenti diagnostici di laboratorio e strumentali, tutti con esito negativo, veniva proposta una terapia a base di farmaci antiinfiammatori non steroidei e polivitaminici. L'assenza di risposta alla terapia e la comparsa di lievi e sfumate lesioni cutanee portava all'instaurazione di una terapia per Herpes Zoster, con farmaci antivirali; l'assenza di risposta terapeutica indirizzava infine ad un invio al collega psichiatra, con subitanei miglioramenti sintomatologici.

La considerazione di quanto siano rilevanti per frequenza e visibilità i disturbi somatoformi non deve portare tuttavia all'interpretazione semplicistica ed automatica di ogni sintomo come "psicosomatico": citiamo il caso di un paziente con storia traumatica in terapia sia medica che psichiatrica per cefalea cronica che, in seguito ad una crisi epilettica, veniva ricoverato in ospedale e qui operato per meningioma.

Un ulteriore capitolo è costituito dalle "differenze" esistenti tra i quadri patologici tipici e frequenti in Europa rispetto a quelli riscontrabili nei paesi di provenienza dei pazienti e, infine, nei differenti parametri di laboratorio riscontrabili in gran parte dei pazienti africani.

Ormai esistono numerose ricerche nelle quali si sono studiate le differenze, anche molto significative, tra i valori normali dei più comuni parametri di laboratorio nei pazienti provenienti dall'Africa rispetto ai "nostri" parametri convenzionali. Tali differenze riguardano in primo luogo l'assetto delle cellule ematiche, della serie

* Medici di assistenza primaria convenzionati SSN.

rossa, di quella bianca e delle piastrine. Rispetto ai pazienti caucasici, in circa la metà dei casi, si può riscontrare una riduzione dei granulociti neutrofili, cosiddetta "neutropenia etnica benigna", un aumento percentuale ed assoluto dei granulociti basofili ed eosinofili, una riduzione delle piastrine e dei globuli rossi. Tali dati di laboratorio vengono attualmente interpretati come una risposta ad infezioni endemiche quali la malaria, la schistosomiasi e le parassitosi intestinali, oppure come un polimorfismo genetico legato alla talassemia o all'anemia falciforme, o come fattori ambientali quali una dieta povera *in primis* di ferro. Risulta evidente come un misconoscimento di tali dati possa determinare terapie inappropriate, inutili o addirittura dannose.

Altro elemento di possibili "misdiagnosis" è costituito dal mancato riconoscimento di patologie endemiche nei Paesi di provenienza, rare o pressoché sconosciute in Italia.

Del tutto paradigmatico il caso di un paziente che presentava ematuria microscopica, cefalea ed astenia; attraverso numerosi passaggi, spesso caratterizzati da resistenze da parte del paziente all'esecuzione di nuovi e complessi accertamenti strumentali (TC con contrasto, RMN encefalo, varie ecografie renali ed addominali) veniva posta diagnosi di schistosomiasi con interessamento vescicale e cerebrale. Estrema difficoltà interpretativa dunque di una patologia endemica in gran parte del Continente africano, luogo di origine del paziente suddetto.

Allo stesso modo possiamo evidenziare, con esiti inversi, il vissuto dei pazienti che spesso indicano la malaria come causa primaria di ogni febbre o malessere, patologia citata almeno tanto quanto presunte e spessissimo inesistenti (se non come cicatrici immunitarie espresse dall'eosinofilia dell'emocromo) parassitosi intestinali. Ultimo, ma non per importanza, il misconoscimento dell'asma bronchiale in un contesto di presunte tubercolosi polmonari.

Diviene dunque essenziale, in presenza di possibili e/o probabili errori legati ai fattori appena discussi, evitare di costringere

in categorie rigide e preconcepite i pazienti. Occorre poi agire in base all'analisi decisionale: valutare la forza o la debolezza degli argomenti tipici di una malattia (clinici anamnestici o strumentali) per confermare o per escludere un'ipotesi diagnostica anche solo in termini di probabilità, e dunque per determinare la soglia di decisione per iniziare un trattamento terapeutico o intraprendere misure di profilassi.

Riferimenti bibliografici

- ALEXANDER BISCHOFF, *Caring for migrant and minority patients in European hospitals*, Swiss Forum for migration and population studies, 2006. http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf
- A BISCHOF - I. LOUTAN, *Due lingue, un colloquio* - Uff. Federale di Sanità pubblica - Svizzera 1999. http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/sportello/pubblicazioni/epidem/esp_9908.pdf
- BISOFFI - VAN DEN ENDE, *Come decidere in medicina tropicale*, Libro-logica 1208- 2008. <http://www.simit.org/medias/324-13bisofficome-decidere-in-medicina-tropicale.pdf>
- CLEMENT E. ZEH, COLLINS O. ODHIAMBO and LISA A. MILLS, *Laboratory Reference Intervals in Africa*, 2012. <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/39110.pdf>
- JELINEK T1, SCHULTE C., BEHRENS R., GROBUSCH M.P., COULAUD J.P., BISOFFI Z., MATTEELLI A., CLERINX J., CORACHÁN M., PUENTE S., GJØRUP I., HARMS G., KOLLARITSCH H., KOTLOWSKI A., BJÖRKMANN A., DELMONT J.P., KNOBLOCH J., NIELSEN L.N., CUADROS J., HATZ C., BERAN J., SCHMID M.L., SCHULZE M., LOPEZ-VELEZ R., FLEISCHER K., KAPAUN A., McWHINNEY P., KERN P., ATOUGIA J., FRY G., DA CUNHA S., BOECKEN G., *Imported Falciparum malaria in Europe: sentinel surveillance data from the European network on surveillance of imported infectious diseases*, Clin Infect Dis. 2002 Mar 1; 34(5):572-6. Epub 2002 Jan 21.
- MAHDAVI S.A., RAEESI A., FARAJI L., YOUSSEFI M.R., RAHIMI M.T., *Malaria or flu? A case report of misdiagnosis*, Asian Pac J Trop Biomed, 2014 Maggio; 4 (Suppl 1): S56-8.

PROBLEMI DIAGNOSTICI NELLA PRATICA CLINICA PSICHIATRICA

GIANCARLO SANTONE* E ROSSELLA CARNEVALI**

Background

Dalla letteratura internazionale si evince che gli studi sulle popolazioni immigrate sono difficilmente attuabili a causa delle barriere linguistiche e culturali e dell'urgenza di assistenza, che rende spesso necessario l'intervento immediato, piuttosto che lo studio del fenomeno (Lindert, von Ehrenstein & Priebe, 2009; Porter & Haslam, 2005). Inoltre, molti studi si focalizzano su specifiche popolazioni in un determinato contesto (Slewa-Younan S et al., 2014; Mölsä et al., 2014; Bernstein et al., 2011; Ayers et al., 2009; McColl & Johnson, 2006) è, quindi, molto difficile evincere dalla letteratura un quadro generale chiaro.

Ma la migrazione rappresenta un fattore di rischio per un effettivo aumento dei disturbi mentali? Diverse ricerche dimostrano come in realtà in alcuni gruppi di immigrati economici ci sono prevalenze più basse di malattia rispetto alla popolazione generale (Alegria et al., 2008; Alegria, Mulvaney-Day et al., 2007) e tale fenomeno è stato spiegato con la formulazione chiamata *effetto migrante sano*. Ci sarebbe una sorta di autoselezione dei migranti, per cui chi è più sano sarebbe più facilmente spinto a migrare.

Le principali ricerche (Silove et al., 1998; Koenen et al., 2002) sui migranti forzati riguardano il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione e i disturbi d'ansia. Dal confronto tra migranti economici e forzati è risultato che la presenza

di disturbi mentali comuni è doppia in questi ultimi (Lindert, von Ehrenstein & Priebe, 2009). Una *review* pubblicata da Lancet del 2005 indica che i migranti forzati, giunti nei Paesi occidentali, hanno una prevalenza di PTSD 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale di quegli stessi Paesi. Un rifugiato su 10 soffrirebbe di PTSD, 1 su 20 di depressione, prevalenza, quest'ultima, simile a quella nella popolazione dei Paesi occidentali (Fazel M. et al., 2005). Una metanalisi del 2009 su 56 lavori pubblicati tra il 1959 e il 2002 dimostra come la prevalenza di PTSD in rifugiati e popolazioni esposte a conflitti varia tra il 13 e il 23% (Steel et al., 2009).

Migrazione e patologie psichiatriche

Il PTSD è la patologia psichiatrica più frequente nei richiedenti protezione internazionale ed è sempre crescente la convinzione che il PTSD possa essere legato, non solo a situazioni che mettono a rischio la vita dell'individuo, ma anche a condizioni permanenti di instabilità e insicurezza (Steel, Silove & Brooks, 2006; Momartin, Steel & Coello, 2006; Steel et al., 2009), in cui sappiamo si trovano i migranti forzati una volta giunti nel nostro paese. Tali condizioni tendono altresì a peggiorare la prognosi psichiatrica (Bhugra et al., 2011; Laban et al., 2004; Porter & Haslam, 2005).

I principali studi sull'insorgenza di disturbi psicotici nei migranti si basano sull'evidenza che alcune popolazioni di immigrati sviluppano, più di altre e in misura maggiore rispetto alla popolazione del Paese ospite, un disturbo schizofrenico. Questo si verificherebbe principalmente nella seconda generazione, ma vi è una correlazione tra migrazione e schizofrenia anche nella prima (Cantor-Graae & Selten, 2005). La ricerca sulle cause di questa aumentata incidenza è complessa. Ødegaard (1932) sostenne che, all'interno di una popolazione, coloro che scelgono

* Dirigente medico di psichiatria, ASL Roma A, Coordinatore Centro SAMIFO.

** Psichiatra psicoterapeuta, libera professionista, già DSM ASL Roma A.

di emigrare avrebbero già una predisposizione alla schizofrenia. Ma questa ipotesi non convince altri studiosi che sostengono invece che i sintomi prodromici o subsindromici della schizofrenia non sarebbero compatibili con l'iniziativa migratoria (Cantor-Graae & Selten, 2005). In realtà, attualmente, il filone più interessante della ricerca su questo tema volge verso i fattori socio-ambientali presenti nel Paese di accoglienza: la discriminazione può rappresentare un cofattore nello sviluppo della malattia poiché potrebbe slatentizzare idee paranoiche, portando a manifestare sintomi psicotici; inoltre il razzismo influenzerebbe negativamente le condizioni lavorative e quindi lo status socioeconomico dell'immigrato, con conseguente difficoltà di integrazione e perdita del ruolo sociale che precedentemente aveva nel suo Paese (*social defeat*). Inoltre anche se non c'è nessuna evidenza diretta dell'associazione tra la classe sociale del migrante e la psicosi, secondo Cantor-Graae e Selten (2005) le condizioni dette complicano la vita del migrante, poiché si sommerebbero al deficit delle funzioni esecutive presente nelle fasi prodromiche della malattia, contribuendo così all'esordio della stessa. I migranti per lo più vivono in una posizione sociale svantaggiata rispetto a quella dei cittadini del Paese ospite, quindi in una condizione di stress permanente e questo spiegherebbe gli elevati tassi di malattia. Hutchinson & Haasen (2004) propongono una teoria per la quale l'esposizione prolungata a *stressors* ripetuti potrebbe portare ad una rottura psicotica, mentre l'esposizione ad un singolo evento traumatico porterebbe allo sviluppo di un disturbo dell'umore.

Altre osservazioni interessanti sono le seguenti (Selten, Cantor-Graae & Khan, 2007):

- l'aumento del rischio di schizofrenia non si limita ai giovani, ma si estende anche alle età più avanzate.
- l'ambiente urbano costituisce un fattore di rischio, non solo per la schizofrenia, ma anche per altre forme di psicosi

e per gli *psychotic-like symptoms*, (soprattutto se c'è una storia familiare di disturbi psicotici);

- al rischio aumentato di malattia nella seconda generazione si associa una maggiore prevalenza di *psychotic-like symptoms*;
- la discriminazione percepita, una famiglia disfunzionale e cattive condizioni abitative si associano alla presenza di psicosi.

Alcuni studiosi giustificano l'aumento dell'incidenza di psicosi negli immigrati sostenendo che il clinico può incorrere in una diagnosi sbagliata (*misdiagnosis*), concetto molto dibattuto in letteratura (Neighbors et al., 1989; Good, 1993; Shashidharan, 1993; Littlewood, 2001; ecc.) poiché diversi autori sostengono che le categorie e le modalità diagnostiche occidentali non si possono applicare *tout court* agli immigrati, anche per le difficoltà linguistiche e culturali che possono sviare il clinico. Kleinman ha proposto nel 1977 il concetto di *category fallacy*, per indicare l'attribuzione ad un gruppo etnico di criteri diagnostici definiti nell'ambito di un'altra cultura. Talvolta sono emersi all'interno del dibattito termini forti come quelli di "*razzismo istituzionale*" (Fernando, 1991) o di "*controllo sociale da parte dell'istituzione sanitaria*" (Knowles, 1991). I migranti effettivamente spesso manifestano un quadro sintomatologico particolare rispetto alla popolazione generale dei Paesi occidentali. Alcuni gruppi etnici, infatti, tendono a manifestare più frequentemente sintomi somatici nell'ambito di un PTSD (Aragona et al., 2010) o di una depressione (Baubet & Moro, 2009). Altri manifestano sintomi psicotici nell'ambito di un disturbo dell'umore più frequentemente rispetto alla media nei Paesi occidentali. È stata riscontrata in diversi studi la difficoltà per i clinici di distinguere la schizofrenia da un disturbo affettivo, con un conseguente aumento della prima diagnosi in pazienti di afroamericani (Minsky et al., 2003; Mukherjee et al., 1983).

In più è stato dimostrato che il rischio di *misdiagnosis* è tanto più elevato quanto minore è il tempo trascorso dal paziente nel nuovo Paese (Adeponle et al., 2012).

L'errore diagnostico porta ovviamente a interventi terapeutici e riabilitativi inadeguati, quindi deve essere prestata molta attenzione nell'indagare la natura delle manifestazioni che appaiono psicotiche e pertanto in questi casi anche l'utilizzo di farmaci antipsicotici necessita di adeguata cautela (Lindley et al., 2014).

In generale il vantaggio di una diagnosi efficace, sostenuta da un attento studio della psicopatologia delle persone con storia di trauma, potrebbe condurre anche ad un considerevole risparmio sui costi della sanità, spesso ingenti a causa di diagnosi errate e quindi successive terapie poco o per nulla funzionali alla gestione della patologia psichiatrica.

Osservazioni e conclusioni

Il nostro intento è quello di stimolare una riflessione sull'assistenza psichiatrica dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, popolazione in costante crescita non solo nel nostro Paese, in particolare sulla presenza di sintomi simil-psicotici e psicotici in pazienti con storia traumatica, affetti da PTSD e che si rivolgono ai servizi territoriali o ospedalieri. Infatti è nota in letteratura l'associazione tra disturbo da stress post-traumatico e sintomi psicotici o simil-psicotici in individui con storia di trauma (Frias Ibàñez et al., 2014; Lindley et al., 2014; Velthorst et al., 2013; Sareen et al., 2005).

La lunga esperienza clinica con i richiedenti e titolari di protezione internazionale ci conferma quanto descritto dalla letteratura internazionale: la sintomatologia intrusiva simil-psicotica (visiva, uditiva, olfattiva, gustativa) di ripetizione dell'evento traumatico, caratteristica del PTSD, può essere erroneamente interpretata come sintomi positivi delle psicosi (allucinazioni uditive,

visive, olfattive o deliri). Inoltre il PTSD è frequentemente diagnosticato in comorbidità con la depressione con sintomi psicotici (idee paranoiche e/o sospettosità patologica), condizione che può trarre in inganno anche esperti professionisti.

Per valutare l'errore diagnostico nel caso di presenza di sintomi psicotici riteniamo opportuno prendere in seria considerazione anche le credenze e il mondo culturale di riferimento, con le sue specifiche antropologiche e la eventuale divergenza che può esserci fra le diverse concezioni di malattia e cura del curante e del paziente.

Inoltre le difficoltà linguistiche, oltre a rendere più complicato l'accesso ai percorsi di tutela dei loro diritti, possono compromettere gravemente l'interazione clinica, terapeutica, i percorsi di autonomia e inserimento sociale. Nelle Linee di Indirizzo Nazionale per la Salute Mentale emanate dal Ministero della Salute del 2008 vengono suggerite chiare indicazioni per supportare lo sviluppo di strategie integrate di cura, ricerca e formazione rispetto ai problemi di salute mentale dei migranti. Tra gli indirizzi operativi vi è la necessità di sperimentare metodologie cliniche innovative in grado di tener conto delle specificità linguistiche e culturali e di incentivare l'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come supporto delle funzioni cliniche e del lavoro comunitario. La mediazione linguistico-culturale offre la possibilità di esplicitare le posizioni teoriche ed ideologiche del clinico e del paziente ed avviare così la costruzione di un'alleanza terapeutica, altrimenti sovraccaricata dai rischi di una mancata esplorazione del malinteso e del conflitto culturali. La mediazione linguistico-culturale è uno strumento operativo a disposizione dei Servizi per affrontare e gestire le difficoltà che si possono incontrare nella relazione tra operatore e utente straniero (AA.VV., 2011).

Quando la comunicazione tra medico e paziente non è adeguata, la probabilità di un errore di diagnosi e trattamento risulta maggiore (Minas, 1991). La diagnosi errata può essere il risultato di:

- sottovalutazione o sopravvalutazione della gravità psicopatologica;
- fallimento nel riconoscimento della psicopatologia;
- diagnosi di una psicopatologia non presente.

Un trattamento inappropriato o non corretto può portare a risultati negativi come il prolungamento o l'induzione della condizione di sofferenza, la perdita di qualità della vita o persino l'inizio della disabilità (Minas, 1991).

L'efficace comunicazione tra clinico e paziente favorisce la fiducia nel sistema di cura e la creazione di una solida alleanza terapeutica con conseguenze positive nei percorsi di bene-benessere-salute rispetto a quelli di male-malessere-malattia.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., *Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali. Linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale*, Unione Europea-Provincia di Parma-Ministero dell'Interno 2011, Parma.
- ADEPONLE A.B., THOMBS B.D., GROLEAU D., JARVIS E., KIRMAYER L.J., *Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients*, *Psychiatric Services* 2012, 1; 63 (2), pp. 147-53.
- ALEGRIA M., MULVANEY-DAY N., TORRES M., POLO A., CAO Z., & CANINO G., *Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States*, *American Journal of Public Health* 2007, 97, pp. 68-75.
- ALEGRIA M., CANINO G., SHROUT P., WOO M., DUAN N., VILA D., MENG X.L., *Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant US Latino groups*, *The American Journal of Psychiatry* 2008, 165, pp. 359-369.
- ARAGONA M., CATINO E., PUCCI D., CARRER S., COLOSIMO F., LAFUENTE M., MAZZETTI M., MAISANO B., GERACI S., *The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services*, *Journal of Traumatic Stress* 2010, 23, 5, pp. 615-622.

- AYERS J.W., HOFSTETTER C.R., USITA P, IRVIN V.L., KANG S., HOVELL M.F., *Sorting out competing effects of acculturation, immigrant stress and social support on depression. A Report on Korean Women in California*, *The Journal Of Nervous And Mental Disease* 2009, 197, 10, pp. 742-747.
- BAUBET T. & MORO M.R., *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, Masson 2009, Issy-les-Moulineaux Cedex.
- BERNSTEIN K.S., PARK S-Y., SHIN J., CHO S., PARK Y., *Acculturation, Discrimination and Depressive Symptoms Among Korean Immigrants in New York City*, *Community Mental Health Journal* 2011, 47, pp. 24-34.
- 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, N. 1, pp. 2-10.
- CANTOR-GRAAE E, SELTEN J-P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*, *The American Journal of Psychiatry* 2005, 162, pp. 12-24.
- FAZEL M., WHEELER J., DANESH J., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review*, *Lancet* 2005: 9-15 Apr, 365 (9467), pp. 1309-14.
- FERNANDO S., *Mental health, race and culture*, Mcmillian Press 1991, London.
- IBANEZ A.F., SEVILLANO C.P., SERVEN E.G., SANCHEZ E.A., *Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: Etiopathogenic and nosological implications*, *European Journal of Psychiatry* 2014, 28 (1), p. 27.
- GOOD B., *Culture, diagnosis and comorbidity*, *Cult Med Psychiatry* 1993, 16, pp. 427-46.
- HUTCHINSON G., HAASEN C., *Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004, 39, pp. 350-357.
- KLEINMAN, A.M. (1977), *Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry"*, *Social Science and Medicine*, 11, pp. 3-10.
- KNOWLES C., *Afro-caribbeans and schizophrenia: how does psychiatry deals with issues of race, culture and ethnicity?*, *Journal of Social Politics* 1991, 20, pp. 173-90.
- KOENEN K.C., HARLEY R., LYONS M.J., WOLFE J., SIMIPSON J.C., GOLDER-

- BERG J., EISEN S.A., TSUANG M., *A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder*, Journal of Nervous & Mental Disease 2002, 190, pp. 209-218.
- LABAN C.J., GERNAAT H., KOMPROE I.H., SCHREUDERS B.A., DE JONG J., *Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*, J Nerv Ment Dis 2004, 192, pp. 843-51.
- LINDERT J., VON EHRENSTEIN O.S., PRIEBE S., *Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis*. Social science and medicine 2009, 69, pp. 246-57.
- LINDLEY S.E., CARLSON E.B., HH K.R., *Psychotic-like experiences, symptom expression, and cognitive performance in combat veterans with posttraumatic stress disorder*, Journal of Nervous and Mental Disease 2014, 202 (2), pp. 91-6.
- LITTLEWOOD R., *Caribbean immigration to Britain: mental health of the migrants and their british-born families*, In Yilmaz A.T. et al., *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*, Karger 2001, Basel, pp. 81-102.
- MCCOLL H. & JOHNSON S., *Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams: A descriptive investigation*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2006, 41, pp. 789-795.
- MINAS H., STANKOVSKA M., ZIGURAS S., *Working with interpreters: guidelines for mental health professionals*, Edited by The Victoria Transcultural Psychiatry Unit 2001, Victoria/Australia, www.vtptu.org.au.
- MINSKY S., VEGA W., MISKIMEN T., GARA M., ESCOBAR J., *Diagnostic patterns in latino, african american, and european american psychiatric patients*, Archives of General Psychiatry 2003, 60, pp. 637-644.
- MÖLSÄ M., PUNAMÄKI R.L., SAARNI S.I., TIILIKAINEN M., KUITTINEN S., HONKASALO M.L., *Mental and somatic health and pre-and post-migration factors among older Somali refugees in Finland*. Transcultural Psychiatry 2014, 19, 51 (4), pp. 499-525
- MOMARTIN S., STEEL Z., COELLO M., AROCHE J., SILOVE D.M., BROOKS R., *A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas*, Medical Journal of Australia 2006, 185 (7), pp. 357-361.
- MUKHERJEE S., SHUKLA S., WOODLE J., ROSEN A.M., OLARTE S., *Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison*, American Journal of Psychiatry 1983, 140, pp. 1571-4.
- NEIGHBORS H.W., JACKSON J.S., CAMPBELL L. & WILLIAMS D., *The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: a review and suggestions for research*, Community Mental Health Journal 1989, 25, pp. 301-11.
- ØDEGAARD Ø., *Emigration and insanity*, Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Supplementum 1932, 4, pp. 1-206.
- PORTER M. & HASLAM N., *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons*, Journal of American Medical Association 2005, 294 (5), pp. 602-612.
- SAREEN J., COX B.J., GOODWIN R.D., J.G. ASMUNDSON G., *Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample*, Journal of Traumatic Stress 2005, 18 (4), pp. 313-22.
- SLEWA-YOUNAN S, URIBE GUAJARDO M.G., HERISEANU A., HASAN T., *A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries*. Journal of Immigrant and Minority Health 6/2014.
- SELTEN J.P., CANTOR-GRAAE E. & KAHN R.S., *Migration and schizophrenia*. Current Opinion in Psychiatry 2007, 20 (2), pp. 111-115.
- SELTEN J.P. & CANTOR-GRAAE E., *Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia?* British Journal of Psychiatry 2007, 191 (s. 51), pp. 9-12.
- SHASHIDHARAN S.P., *Afro-caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined*, Int Rev Psychiatry 1993, 5, pp. 129-44.
- SILOVE D., STEEL Z., MCGORRY P., MOHAN P., *Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants*, Acta Psychiatrica Scandinavica 1998, 97, pp. 175-181.
- STEEL Z., CHEY T., SILOVE D., MARNANE C., BRYANT R.A., VAN OMMEREN M., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis*,

Journal of American Medical Association 2009, 302 (5), pp. 537-549.

STEEL Z., SILOVE D., BROOKS R., MOMARTIN S., ALZUHAIRI B., SUSLJIK I., *Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees*, British Journal of Psychiatry 2006, 188, pp. 58-64.

VELTHORST E., NELSON B., O'CONNOR K., MOSSAHEB N., DE HAAN L., BRUXNER A., SIMMONS M.B., YUNG A.R., THOMPSON A., *History of trauma and the association with baseline symptoms in an Ultra-High Risk for psychosis cohort*, Psychiatry Research 2013, 30, 210 (1), pp. 75-81.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia tutto il personale che lavora o collabora con il SAMIFO per la grande professionalità e umanità dimostrata in tutti questi anni, in particolare: Marjan Shalchian, Birikti Mehreteab, Tia Gogbe Romaine, Marinella Lombrici, Angela Di Prima, Anna Maria Simeone, Eleonora Del Baglivo, Houra Arabmashae, Mila Capoccia, Stefania Tallei, Cecilia Santilli.

Si ringrazia inoltre:

- **L'Associazione Centro Astalli** in particolare il Presidente Padre Camillo Ripamonti, il predecessore Padre Giovanni La Manna, il Direttore dei progetti Berardino Guarino che hanno fortemente sostenuto la nascita e lo sviluppo del Centro SAMIFO e Pietro Benedetti referente per le attività indicate nel protocollo d'intesa.
- **La ASL Roma A**, in particolare la Direzione Aziendale, la Direzione del Distretto Primo, la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale che hanno creduto nell'iniziativa mettendo a disposizione, anche in periodi di scarse risorse, la struttura, parte del personale e del materiale. Un particolare ringraziamento va a Filippo Gnolfo, referente per l'attuazione del protocollo d'intesa, e al personale del Poliambulatorio di via Luzzatti, sempre disponibile nel garantire adeguati livelli di accoglienza e assistenza ai nostri utenti.
- **Roma Capitale** che da anni sostiene le attività del SAMIFO finanziando parte del servizio di mediazione linguistico-culturale.

- **Tutti gli enti di tutela – locali, nazionali e internazionali – dei diritti dei richiedenti/titolari di protezione internazionale**, in particolare l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, il Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà, l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, l'Ufficio Immigrazione di Roma Capitale, la Casa dei Diritti Sociali, Medici Contro la Tortura, la Caritas Diocesana di Roma, il Programma Integra, il Consorzio Italiano di Solidarietà - Ufficio Rifugiati Onlus, il Centro Immigraziane Asilo e Cooperazione.
- **Il Comitato Scientifico del SAMIFO**, in particolare i membri esterni Maurizio Marceca, Andrea Gaddini e Salvatore Geraci.
- **Il ringraziamento più importante va a tutti i pazienti** assistiti in questi anni che mi hanno aiutato a crescere professionalmente e umanamente e ai quali auguro di cuore di potersi integrare nel nostro Paese, vivere in pace, liberamente e dignitosamente senza più dover subire discriminazioni o violenze intenzionali.

INDICE

Prefazione	pag.	5
Abstract	»	9
Resumé	»	10
Inquadramento tematico	»	11
Cornice giuridica di riferimento e difficoltà di esigibilità dei diritti	»	16
Centro di Salute per Migranti Forzati - SAMIFO	»	23
Organizzazione	»	26
Principali protocolli d'intesa	»	28
Principali progetti in corso	»	30
Principali progetti realizzati negli anni precedenti. In collaborazione con enti di tutela dei diritti dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, istituzioni italiane ed europee	»	33
Linee di attività: i dati	»	37
• Vulnerabilità	»	39
• Medicina generale (Assistenza Primaria)	»	42
• Psichiatria	»	46
• Psicologia	»	51
• Ginecologia e attività consultoriale	»	54

• Infettivologia	pag.	59
• Ortopedia	»	62
• Le certificazioni mediche degli esiti di violenze intenzionali e di torture	»	65
• Vaccinazioni	»	69
• Attività di assistenza sociale	»	71
Mediazione linguistico-culturale	»	74
Tutela della salute degli operatori	»	78
Formazione	»	81
Conclusioni	»	84
 Approfondimento tematico:		
La misdiagnosi nell'incontro con i migranti forzati ...	»	89
• <i>Diagnosi, errore diagnostico e cambiamento</i>	»	90
• <i>La mappa non è il territorio</i>	»	94
• <i>Corpi, lingue e geografie. La pratica di Medicina Generale</i>	»	100
• <i>Problemi diagnostici nella pratica clinica psichiatrica</i> .	»	104
Ringraziamenti	»	115

3F PHOTOPRESS

Viale di Valle Aurelia, 105
00167 Roma - Tel. 06.3972.4606
E-mail: tipo@3fphotopress.it

Stampato nel mese di giugno 2015