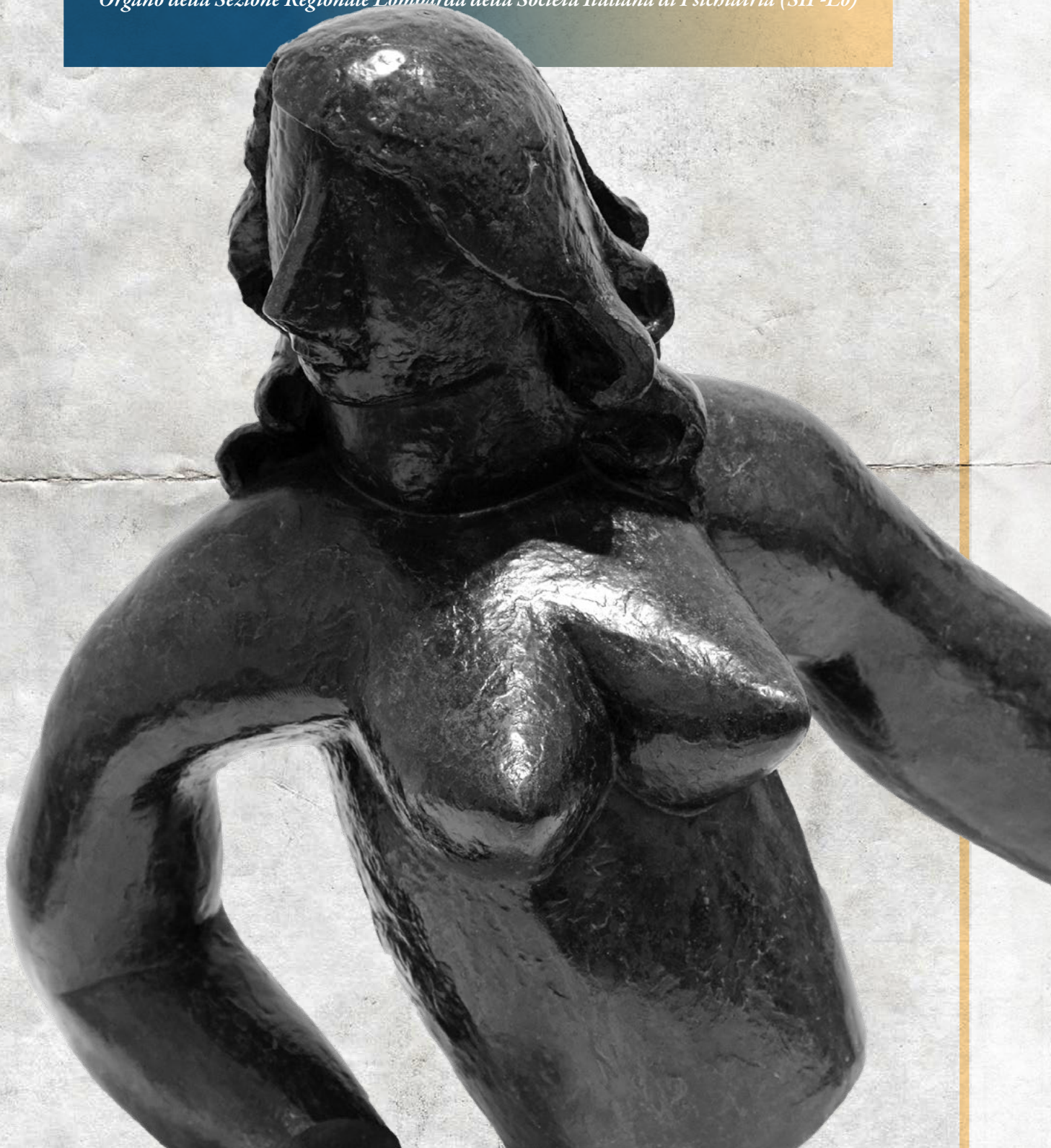




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Gavagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
[Paperplane snc](#)

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 3** Siamo responsabili dei nostri sogni?
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia
di Mencacci C.

RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore
Educare all'ascolto
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65
Budget di salute dell'ASST Pavia
di Abbiati V., Marraffini E., Aroasio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica
L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia
Un caso clinico
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza
Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione
Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti
Gli interventi e gli esiti
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani
crocevia di una rivoluzione silenziosa
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria
di Mantovani R. e Mantovani L.

LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura
Studio osservazionale
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Psichiatria e migrazione

Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura

Maria Marzagalia, Roberto Calatroni, Alberto Zanobio, Alice Cardullo, Matteo Contini, Maria Curia, Lorenzo Mosca, Clara Ruffetta, Valentina Stirone, Mauro Percudani

INTRODUZIONE: IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA

A motivo della sua posizione geografica l'Italia è una delle mete principali del fenomeno migratorio. Il nostro Paese è stato un approdo sicuro negli anni '90 per le persone provenienti dai Paesi balcanici, poi nei decenni successivi lo è diventato per le persone provenienti dal nord Africa. Per molto tempo gli sbarchi costituivano un fenomeno marginale nell'ambito dei flussi migratori verso l'Europa. Gran parte dei richiedenti asilo giungevano, infatti, dal Medio Oriente e dall'Asia Centrale attraverso la Turchia e la Grecia, mentre dall'Africa arrivavano seguendo una moltitudine di rotte. Questo dato si è drasticamente capovolto dopo la crisi politica in Libia ed è stato alimentato dai numerosi conflitti civili ed etnici degli ultimi anni nell'Africa subsahariana e nel Corno d'Africa. Il fenomeno migratorio è stato quindi rappresentato anche da una moltitudine di persone richiedenti protezione internazionale.

Dal punto di vista quantitativo, si è passati dalle poche migliaia di richieste annuali d'asilo degli anni '90, alle oltre 100.000 tra il 2016 e il 2017. Considerando gli ultimi 30 anni, solo tra il 2014 e il 2018 sono arrivati oltre il 55% dei richiedenti asilo dell'intero periodo. Dopo il picco del triennio 2014-2016, le richieste di asilo si sono significativamente contratte alla fine del 2017 e nell'arco del 2018 scendendo da 130.000 a 54.000, fino alle 43.800 del 2019.

Dal 2014 al 2017 il numero di sbarchi sulle coste

italiane è rimasto sopra le 100.000 persone. Il totale degli sbarchi è passato poi dai circa 120.000 del 2017 agli 11.500 del 2019.

Fino al 2017, seppure con una sensibile flessione rispetto agli anni precedenti, l'Italia è stata il principale punto di approdo nel Mediterraneo, se paragonata alla totalità dei flussi in Europa. In quel periodo gli arrivi sulle nostre coste sono stati stimati 2-3 volte superiori a quelli di Grecia e Spagna. Gran parte delle persone arrivate in Italia ha formalizzato una richiesta di asilo nel nostro Paese così che l'Italia è divenuta, dopo Germania e Svezia, il terzo paese dell'Unione Europea, per numero di richieste di asilo.

Nell'ultimo periodo un ulteriore cambiamento ha riguardato la maggiore "stanzialità" dei migranti, che per lungo tempo avevano considerato l'Italia come luogo di transito. Quella dei migranti è quindi diventata una popolazione non più trascurabile per quanto concerne i suoi bisogni socio-sanitari, che presentano delle specificità. Le normative vigenti pongono al centro dell'intervento le categorie vulnerabili; questi bisogni riguardano la presenza di patologie mediche, legate alla lunga permanenza in luoghi estremamente affollati e degradati dal punto di vista igienico e/o la presenza di patologie psichiatriche, con quadri clinici in larga parte differenti da quelli abitualmente osservabili tra la popolazione residente.

Se, in passato, si considerava che circa il 25-30% dei richiedenti asilo avesse subito torture o gravi violenze nel Paese d'origine, le modificazioni avvenute a livello del quadro politico internazionale, coniugate al valore monetario dei traffici di migranti, hanno portato alla estensione delle esperienze di violenza anche durante il percorso migratorio.

LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Nel mese di marzo 2017 vengono redatte su iniziativa del Ministero della Salute le "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 torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”. Tale documento si è reso necessario a seguito della trasposizione delle più recenti direttive europee in merito all'accoglienza delle persone Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale – RTPI (in particolare la Direttiva 2013/33/UE del 26 giugno 2013), che domandano agli Stati Membri di dotarsi di servizi dedicati per la presa in carico e la cura delle persone vulnerabili che raggiungono il continente.

Il Ministero dell'Interno ha, pertanto, istituito un apposito Tavolo Tecnico, in cui sono stati coinvolti gli operatori del SSN e del Terzo Settore che negli anni avevano sviluppato una metodologia specifica di intervento su questi casi. A partire da queste esperienze, è stata delineata una cornice di riferimento che fornisce indicazioni rispetto agli ambiti principali di intervento:

- Individuazione precoce delle persone vulnerabili e attività di prevenzione secondaria. Questo ambito richiede una maggiore conoscenza della psicopatologia post-traumatica (e più specificamente del Disturbo Post-Traumatico Complesso) e delle specificità culturali attraverso cui tali quadri clinici si manifestano, al fine di istituire apposite procedure che ne favoriscano il riconoscimento per una presa in carico precoce.
- Organizzazione di servizi multidisciplinari specialistici che, attraverso la costituzione di solide reti tra servizi pubblici e privato sociale, possano fornire risposte adeguate ai bisogni della popolazione destinataria.
- Attività di riabilitazione, che riconoscano la natura psicologica (e culturale) dei disturbi più frequentemente rilevati e quindi la necessità di intervenire attraverso percorsi anche psicoterapeutici specialistici e culturalmente orientati.
- Produzione di certificazioni a sostegno dell'attività delle Commissioni Territoriali per la valutazione delle domande di Protezione Internazionale.

Sono inoltre proposti degli approfondimenti relativi al ruolo dei mediatori culturali, ai minori stranieri non

accompagnati (MSNA) e all'attività di formazione.

Sulla mediazione culturale viene evidenziata l'importanza tanto della “mediazione di sistema”, volta a garantire la corretta comprensione delle procedure amministrative, quanto della “mediazione linguistico culturale”, come funzione centrale per lo svolgimento di una corretta attività diagnostica e terapeutica. Sui MSNA le Linee Guida indicano le specifiche normative che definiscono le differenti garanzie previste a tutela di questa popolazione particolarmente fragile. Descrivono, inoltre, alcuni quadri psicopatologici specifici per questi soggetti e forniscono indicazioni sull'organizzazione di percorsi riabilitativi. Si sottolinea inoltre l'importanza di raggiungere uno specifico livello di formazione rivolto ai vari operatori in funzione del loro ruolo e coinvolgimento con persone vulnerabili.

Nell'insieme, le Linee Guida costituiscono la cornice per una corretta organizzazione di servizi a beneficio dei migranti vulnerabili. La specificità metodologica consente di individuare con chiarezza le figure professionali che devono essere coinvolte nei percorsi di cura. Inoltre il documento mostra la volontà del Ministero della Salute di promuovere una riorganizzazione del SSN che tenga conto delle problematiche sanitarie specifiche delle persone RTPI come parte del mandato di tutela della salute da parte del Servizio Pubblico.

IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA A MILANO

Il sistema di accoglienza, in Italia, è stato declinato fino al 2020 su due livelli: quello di prima accoglienza attraverso i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e quello di accoglienza di secondo livello che faceva capo al Sistema SIPROIMI (già SPRAR). L'art.4 del decreto legge n.130 del 2020 ha introdotto il nuovo modello SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione) che prevede due livelli differenziati di erogazione dei servizi: un primo livello, rivolto ai richiedenti asilo, cui sono destinate prestazioni di accoglienza materiale, l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e psicologica, la mediazione linguistico-culturale,

la somministrazione di corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio; un secondo livello, destinato ai titolari di protezione internazionale e finalizzato all'integrazione, tra cui si comprendono, oltre ai servizi previsti al primo livello, l'orientamento al lavoro e la formazione professionale.

Regione Lombardia nel 2018 aveva a disposizione il 6,8% dei posti destinati alla seconda accoglienza. A Milano, da ottobre 2013 a settembre 2017 sono stati accolti complessivamente circa 125.000 migranti, di cui circa 26.000 minori, nelle Strutture presenti sul territorio. A gennaio 2018 le persone accolte sono state 5.500, distribuite tra i CAS, nell'ambito dello SPRAR, in cosiddetta "accoglienza diffusa", o in "gratuità".

Nel 2013 la città di Milano avvia il Progetto SPRAR Disagio Mentale, con la necessità di dare risposte più adeguate e articolate alla popolazione dell'accoglienza SPRAR e non SPRAR portatrice di vulnerabilità psichiatrica. Su questi temi, da parte degli operatori dei diversi ambiti coinvolti, nasce la necessità di promuovere e garantire servizi con livelli di tutela e di assistenza adeguati, e di potenziare il lavoro di rete e la sinergia già esistente a livello informale. Nasce così la Rete Milanese Vulnerabili, costituita dal Comune di Milano, dal Servizio di Etnopsichiatria della ASST GOM Niguarda, dalla Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico, dal Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute LABANOF della Università degli Studi di Milano, dalla Fondazione Casa della Carità, da ATS Città Metropolitana di Milano, da alcune cooperative del privato sociale e da Terrenuove So.Coop.Onlus.

Gli utenti trattati sono passati dai 179 nel 2014 ai 297 nel novembre 2017.

La Rete Milanese Vulnerabili è stata formalizzata con delibera di Giunta Comunale nel Protocollo di Intesa; si tratta, quindi, della formalizzazione della rete dei soggetti che forniscono servizi a favore di cittadini richiedenti/titolari di protezione e con vulnerabilità psichica. L'attività delle istituzioni che fanno parte della

Rete Milanese Vulnerabili si è articolata su diversi tavoli, a cadenza bimestrale, che affrontano le differenti tematiche dell'accoglienza, della presa in carico clinica – psichiatrica/psicologica, della formazione degli operatori del settore, etc. Tale protocollo, che prevedeva l'assunzione di responsabilità interistituzionale sulla gestione di questi casi, si è chiuso nel dicembre 2019 e non è stato possibile rinnovarlo causa esplosione della pandemia da SARS Cov 2 e delle mutate condizioni sociopolitiche generali.

IL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA DI NIGUARDA

La storia del Servizio di Etnopsichiatria e della sua utenza non possono che essere strettamente legate alle leggi che, nel corso del tempo, hanno normato le politiche sull'immigrazione. Qui di seguito un breve excursus sullo stato dell'arte negli ultimi 50 anni circa:

- all'inizio degli anni '70, anno a partire dal quale sono disponibili statistiche sui cittadini stranieri soggiornanti in Italia, si parla di 143.838 persone, e solo nel 1979 vengono superate le 200mila unità,
- tra il 1979 e il 1980 si assiste ad un incremento del 45,4%; in realtà, in quel periodo non si registrano particolari avvenimenti, ma viene modificato il sistema di registrazione dei permessi di soggiorno. Fino alla fine degli anni '70, infatti, le statistiche riguardano gli stranieri presenti in Italia con un permesso superiore ai tre mesi, mentre dal 1980 si prendono in considerazione quelli con durata superiore ad un mese.
- negli anni '80 seguono aumenti annuali contenuti che, sebbene inferiori al 10%, fanno superare la soglia di 400.000 soggiornanti nel 1984. Un altro forte aumento si verifica nel 1987, quando si giunge al + 27% di soggiornanti. Questo aumento è dovuto alla prima regolarizzazione disposta dal legislatore, della durata di due anni (1986–88).
- nei primi anni '90 (anno di emanazione della cd Legge Martelli), si assiste all'ingresso di persone provenienti dalla penisola balcanica, dove sono scoppiati i conflitti

legati all'assestamento della ex-Jugoslavia e al suo frazionamento; successivamente, con la caduta del muro di Berlino, gli immigrati arrivano dagli altri Paesi dell'Europa dell'Est, che diventano i protagonisti del panorama immigratorio italiano. Così, al consistente aumento degli albanesi, si associa quello di rumeni, polacchi, ucraini.

- il 1997 è l'anno in cui viene superato il milione di unità, a cui segue, con la regolarizzazione del 1998, un ulteriore incremento.
- nel 1998 la legge Turco-Napolitano cerca di regolamentare ulteriormente i flussi di ingresso, nel tentativo di scoraggiare l'immigrazione clandestina e istituendo, per la prima volta in Italia, i Centri di Permanenza Temporanea per gli stranieri "sottoposti a provvedimenti di espulsione".
- Nel 2002, la legge Turco-Napolitano verrà modificata con la legge Bossi-Fini, che prevede, tra l'altro, l'espulsione immediata dei clandestini da parte della forza pubblica.
- Alla data del censimento della popolazione del 2001 risultavano presenti in Italia 1.334.869 stranieri; le comunità maggiormente rappresentate erano quella marocchina ed albanese.

Il Servizio di Etnopsichiatria dell'attuale ASST "Ospedale Niguarda" di Milano nasce nel 2000, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, per rispondere alla crescente esigenza di fornire assistenza psichiatrica ad una popolazione straniera, proveniente da sempre più massicci flussi migratori che interessano la città, utenza che, in quanto senza documenti, senza residenza, senza fissa dimora, non avrebbe avuto accesso se non alle prestazioni di Pronto Soccorso o di ricovero. L'Ospedale di Niguarda, per tradizione e "vocazione" è sempre stato l'ospedale di riferimento per questa tipologia di persone. Da allora, il Servizio si è costituito come il punto di riferimento sul territorio milanese e lombardo grazie alla capacità di rispondere ai bisogni sociosanitari di un

crescente numero di stranieri portatori di manifestazioni di disagio psichico o in condizioni di forte vulnerabilità.

All'inizio degli anni 2000, circa nove immigrati su dieci presenti sul nostro territorio arrivavano per motivi di lavoro e di famiglia. Nel 2001, il Dossier Statistico Immigrazione Caritas era intitolato "L'immigrazione in Italia dopo il 2000: il tempo della integrazione". Gli psichiatri e gli psicologi si trovavano ad affrontare patologie correlabili a tale situazione storica, in prevalenza difficoltà di adattamento, nostalgia di casa, preoccupazioni relative al futuro lavorativo. Tali patologie, per quanto invalidanti per le persone più fragili, spesso recedevano a seguito della regolarizzazione lavorativa e della conseguente possibilità di ricongiungimento familiare, con la creazione di reti sociali sul nostro territorio. Successivamente, intorno al 2008, sbarcarono in Italia circa 37.000 persone, a causa di conflitti e carestie in Somalia, Eritrea e Nigeria: la popolazione dei migranti cominciava a cambiare, sia dal punto di vista dell'appartenenza culturale, sia rispetto alla motivazione della migrazione, con intuibili cambiamenti dei quadri clinici. Dal 2011, durante la cosiddetta "Primavera Araba", caddero i regimi di Tunisia, Egitto e Libia, provocando un enorme flusso di sbarchi sulle nostre coste. Da allora, l'utenza del nostro Servizio con le relative vulnerabilità psichiche con cui ci confrontiamo sempre più frequentemente, proviene dall'Africa, transitando dalla Libia.

L'obiettivo del nostro Servizio è quello di attuare percorsi di cura continuativi, garantendo sostegno psichiatrico, farmacologico, psicoterapeutico, socio-assistenziale. Inoltre è aperta la possibilità di intraprendere percorsi riabilitativi con la finalità di promuovere una maggiore integrazione a livello cittadino. Nel corso degli anni i quadri clinici sono radicalmente mutati e la nostra utenza è rappresentata prevalentemente da persone portatrici di disagio psichiatrico complesso, da utenti vittime di traumi estremi e sopravvissuti a torture inviati dalla Commissione Territoriale Richiedenti Asilo, dai Servizi del Comune, dalla Prefettura, dai CAS, dai dormitori,

Tabella 1 – Pazienti in carico al Servizio di Etnopsichiatria (2011-2019)

ANNO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	n.	%	n.	%	n.
2011	115	59.6	78	40.4	193
2012	124	60.8	80	39.2	204
2013	112	61.5	70	38.5	182
2014	137	71.0	56	29.0	193
2015	140	70.0	60	30.0	200
2016	163	70.9	67	29.1	230
2017	212	73.4	77	26.6	289
2018	195	71.4	78	28.6	273
2019	210	69.0	94	31.0	304

dalle agenzie del privato sociale. Ci occupiamo, inoltre, delle valutazioni psichiatriche e dell'eventuale presa in carico di genitori stranieri di minori su richiesta del TM. Nel corso del tempo, il Servizio si è andato strutturando intorno ad un'équipe formata da psichiatri, psicoterapeuti e psicologi con formazione etno-transculturale e che comprende anche la presenza di un'assistente sociale e di tirocinanti, specializzandi in psicoterapia. Il servizio opera in un'ottica di équipe multidisciplinare, utilizzando un setting transculturale ed avvalendosi del supporto di mediatori linguistico culturali, essenziali

sia per la comunicazione, ma anche per la comprensione della generale condizione di salute del paziente. Il lavoro sinergico di tutti gli operatori coinvolti (medici, psicologi, mediatori) migliora l'efficacia del setting clinico in funzione dell'alto livello di attenzione dedicato alla matrice culturale della persona in trattamento, vittima di percorsi migratori traumatici.

Dal 2011 al 2019, l'utenza del Servizio di Etnopsichiatria è passata da 193 pazienti in carico (di cui 115 maschi e 78 femmine) a 304 (di cui 210 maschi e 94 femmine) (Tabella 1).

Tabella 2 – Andamento dei pazienti in carico dal 2011 al 2019.

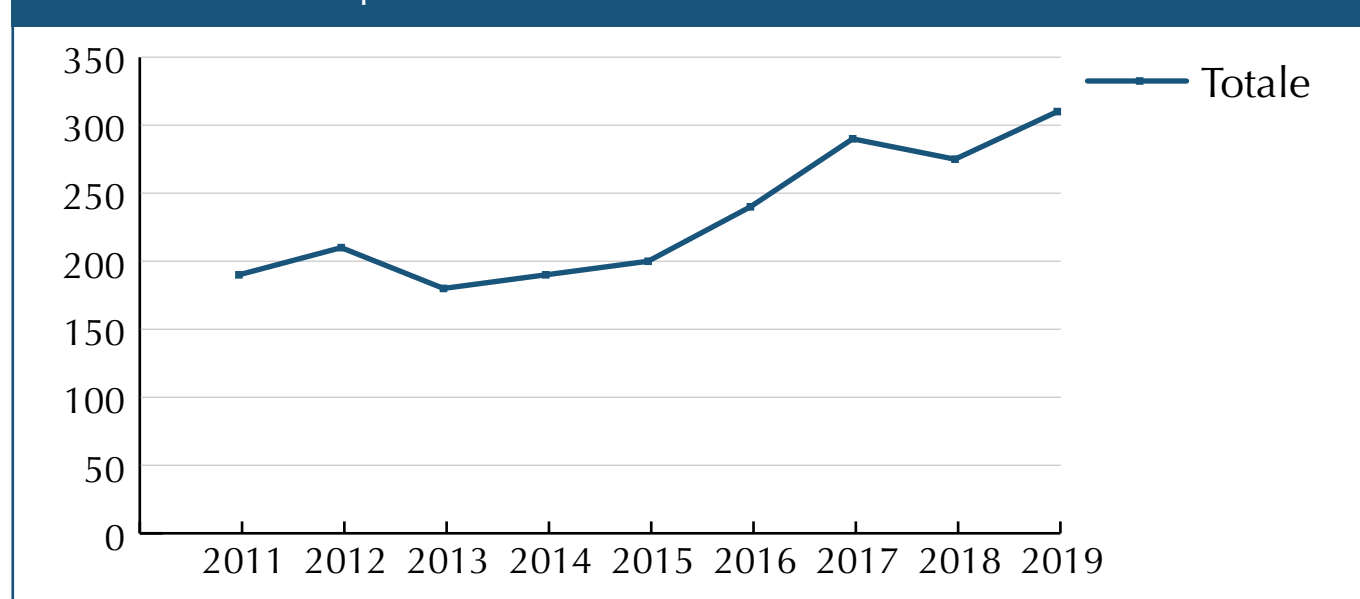


Tabella 3 – Nuovi casi del Servizio di Etnopsichiatria (2011-2019)

ANNO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	n.	%	n.	%	n.
2011	43	58.1	31	41.9	74
2012	59	59,6	40	40,4	99
2013	41	66.1	21	33.9	62
2014	74	82.2	16	17.8	90
2015	62	75.6	20	24.4	82
2016	72	75.8	23	24.2	95
2017	109	78.4	30	21.6	139
2018	86	71.7	34	28.3	120
2019	93	72.7	35	27.3	128

Tra il 2011 e il 2019 sono stati presi in carico complessivamente 889 nuovi pazienti. Nel solo 2019 vi sono stati complessivamente 128 nuovi accessi, nel rispetto delle percentuali di appartenenza di genere rilevate precedentemente (circa il 72% è rappresentato da maschi). Se nei primi anni vi era un rapporto tra i generi più egualitario, dal 2014 si è assistito ad una significativa modificazione con un rapporto M/F di 4 a 1, fenomeno da attribuire ai Paesi di provenienza, ed al fatto che la migrazione femminile ha caratteristiche sue proprie, argomento meritevole di una trattazione a parte.

Le aree di provenienza, individuate utilizzando il codice di classificazione **M49** (Standard country or area codes for statistical use), altrimenti noto come Geoschema delle Nazioni Unite, hanno subito delle variazioni nell'arco degli anni presi in considerazione. Se nel 2012 la maggior parte degli utenti presi in carico proveniva dall'Africa del Nord e nel 2014 dall'Asia Meridionale, a partire dal 2015 si è osservata una prevalenza di pazienti provenienti dall'Africa Occidentale, con un andamento tendenzialmente in crescita che ha toccato il 52,5% dei casi totali nel 2018.

Tabella 4 – Rapporto maschi/femmine dei nuovi pazienti presi in carico dal 2011 al 2019

Nuove prese in carico 2011–2019 (suddivisione maschi/femmine)

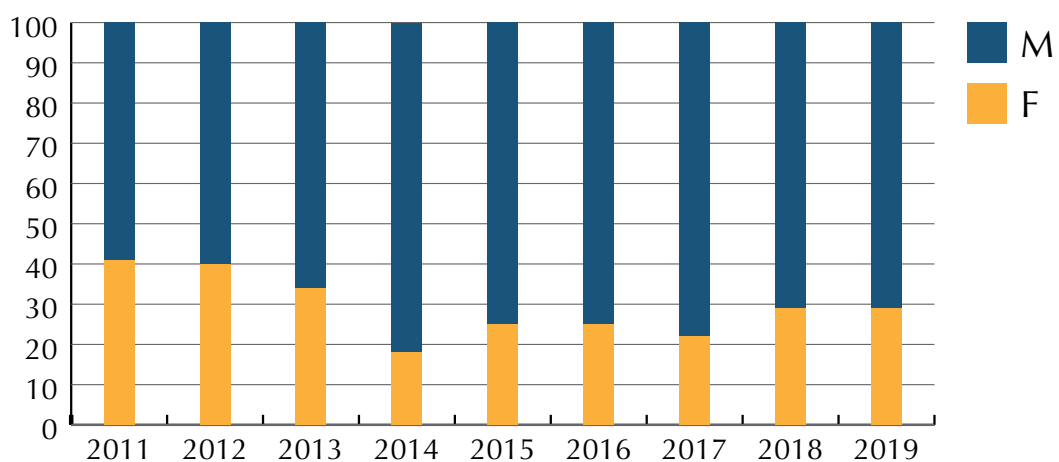


Tabella 5 – Aree di provenienza secondo il Geoschema delle Nazioni Unite.

Aree di provenienza

Secondo il Geoschema delle Nazioni Unite

- **Africa Centrale:** Angola, Camerun, Congo
- **Africa del Nord:** Algeria, Egitto, Libia, Marocco, Sudan, Tunisia
- **Africa del Sud:** Lesotho
- **Africa Occidentale:** Benin, Burkina Faso, Capo Verde, Costa D'Avorio, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo
- **Africa Orientale:** Eritrea, Etiopia, Gibuti, Kenia, Mauritius, Rwanda, Somalia, Uganda
- **America Centrale:** El Salvador
- **America del Sud:** Brasile, Cile, Ecuador, Perù
- **America Latina e Caraibi:** Repubblica Dominicana
- **Asia Meridionale:** Afghanistan, Bangladesh, India, Iran, Pakistan, Sri Lanka
- **Asia Occidentale:** Arabia Saudita, Armenia, Georgia, Giordania, Iraq, Libano, Palestina, Siria, Turchia
- **Asia Orientale:** Cina, Corea, Mongolia
- **Asia Sud-orientale:** Filippine
- **Europa Meridionale:** Albania, Bosnia, Croazia, Italia, Kosovo, Macedonia, Portogallo, Rom
- **Europa Occidentale:** Germania, Svizzera
- **Europa Orientale:** Bielorussia, Bulgaria, Moldavia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Ucraina

Codice di classificazione **M49**. Standard country or area codes for statistical use (M49)

Tabella 6 – Percentuale di nuovi pazienti secondo l'area geografica di provenienza, dal 2011 al 2019

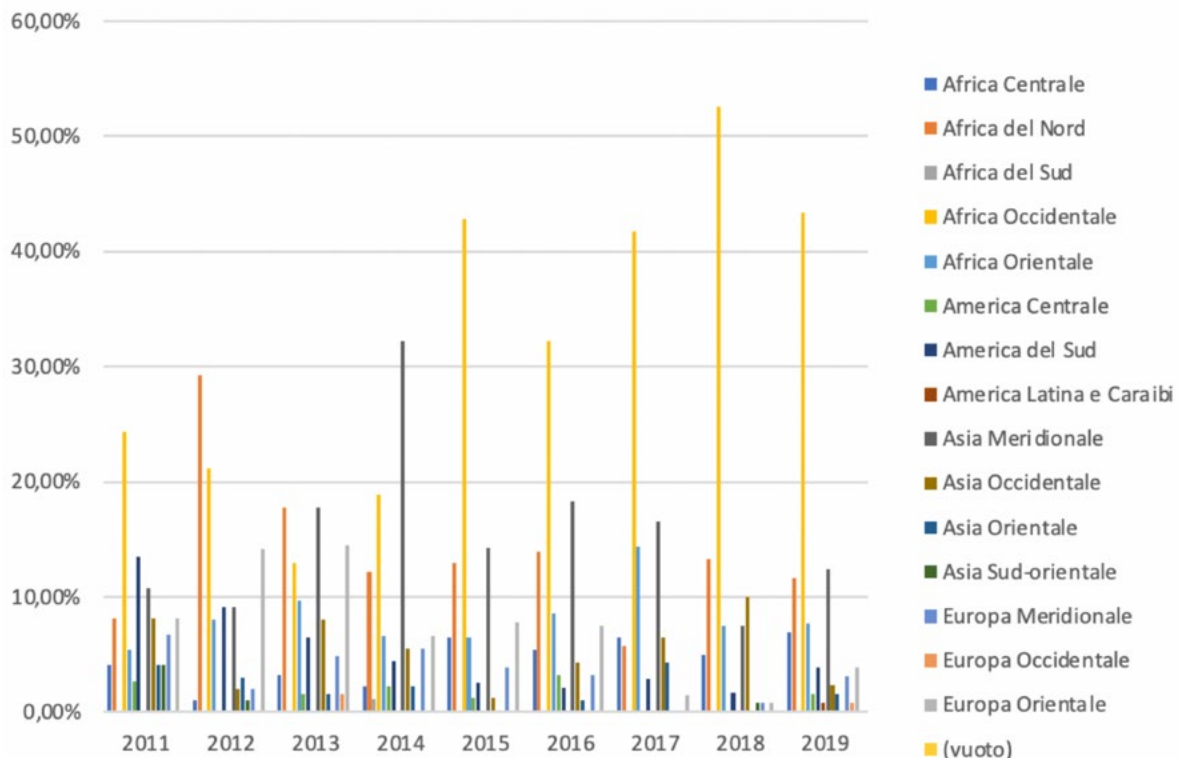


Tabella 7 – Principali Paesi di provenienza dei nuovi pazienti in carico al Servizio di Etnopsichiatria, dal 2011 al 2019

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nigeria (6,8%)	Marocco (14,1%)	Egitto (11,3%)	Pakistan (15,6%)	Nigeria (11,0%)	Pakistan (9,5%)	Nigeria (10,8%)	Nigeria (21,7%)	Nigeria (16,3%)
Kosovo (5,4%)	Nigeria (11,1%)	Afghanistan (6,5%)	Afghanistan (8,9%)	Senegal (8,5%)	Nigeria (8,4%)	Pakistan (9,4%)	Marocco (5,8%)	Gambia (10,0%)
Costa d’Avorio (5,4%)	Egitto (11,1%)	Pakistan (6,5%)	Bangladesh (6,7%)	Egitto (7,3%)	Mali (6,3%)	Costa d’Avorio (7,9%)	Gambia (5,8%)	Pakistan (6,2%)

Osservando i principali Paesi di provenienza, nel corso di questi anni, risulta come essi siano cambiati in ovvia relazione con il quadro geopolitico mondiale: nel 2011 i principali Paesi di provenienza dei pazienti del Servizio erano Nigeria, Costa d’Avorio, Kosovo, Perù e Brasile; nel 2012 Marocco, Nigeria ed Egitto; nel 2013 Egitto, Afghanistan e Pakistan, nel 2014 Pakistan, Afghanistan, Bangladesh; nel 2015 Nigeria, Senegal, Egitto, seguiti da Mali, Camerun, Iran, Gambia, Somalia e Marocco; nel 2016 Pakistan, Nigeria, Mali, Gambia e Marocco; nel 2017, sono stati Nigeria, Pakistan, Costa D’Avorio, Senegal, Gambia, Eritrea; nel 2018 Nigeria con un’alta prevalenza di quasi il 22% dei casi totali, poi Marocco, Gambia, Mali, Senegal; nel 2019 Nigeria, Gambia, Pakistan, Camerun (Tabella 7).

Gli utenti in carico con un’età minore o uguale a 24 anni sono inizialmente diminuiti dal 2011 al 2014 passando dal 28,5% al 18,7% per poi aumentare gradualmente dal 2014 al 2018 e arrivando ad assestarsi su una percentuale di circa il 31% nel 2019 (Tabella 8).

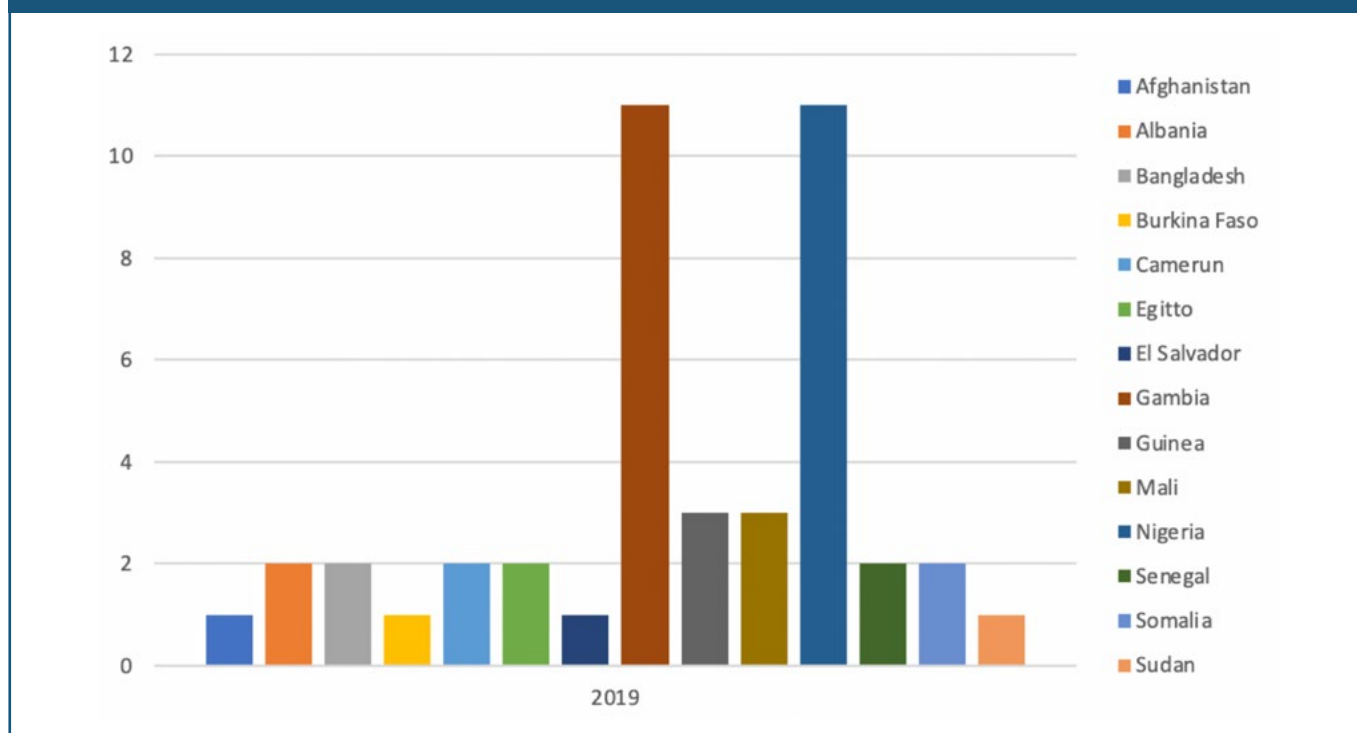
Per questa fascia di età, nel 2019, la provenienza prevalente dei nuovi pazienti è rappresentata da Gambia e Nigeria (Tabella 9).

A questi pazienti (ai quali viene posta diagnosi, in prevalenza, di PTSD e PTSD complesso) va aggiunto un numero crescente di persone che arrivano in Italia già con una patologia psichiatrica presentatasi nel Paese di origine, e che necessitano, quindi, di un approccio ancor più attento e della formulazione di percorsi terapeutici e di integrazione – ove possibile – ancor più specifici. Un

Tabella 8 – Utenti del Servizio di Etnopsichiatria minori di 24 anni (2011-2019)

ANNO	UTENTI ≤ 24 ANNI	TOTALE	UTENTI <24 ANNI vs. TOTALI UTENTI
	n.	n.	%
2011	55	193	28,5
2012	52	204	25,5
2013	41	182	22,5
2014	36	193	18,7
2015	52	200	26,0
2016	63	230	27,4
2017	90	289	31,1
2018	93	273	34,0
2019	95	304	31,3

Tabella 9 — Provenienza nuovi pazienti (Tot. 44) con età ≤ 24 anni (2019)



altro dato relativamente nuovo è la presenza, in questi ultimi anni, di pazienti analfabeti, per i quali i percorsi di apprendimento della lingua italiana e di accesso al servizio, sono ancora più complessi. Il campo della psicotraumatologia va, necessariamente, embricandosi con quello della psichiatria transculturale.

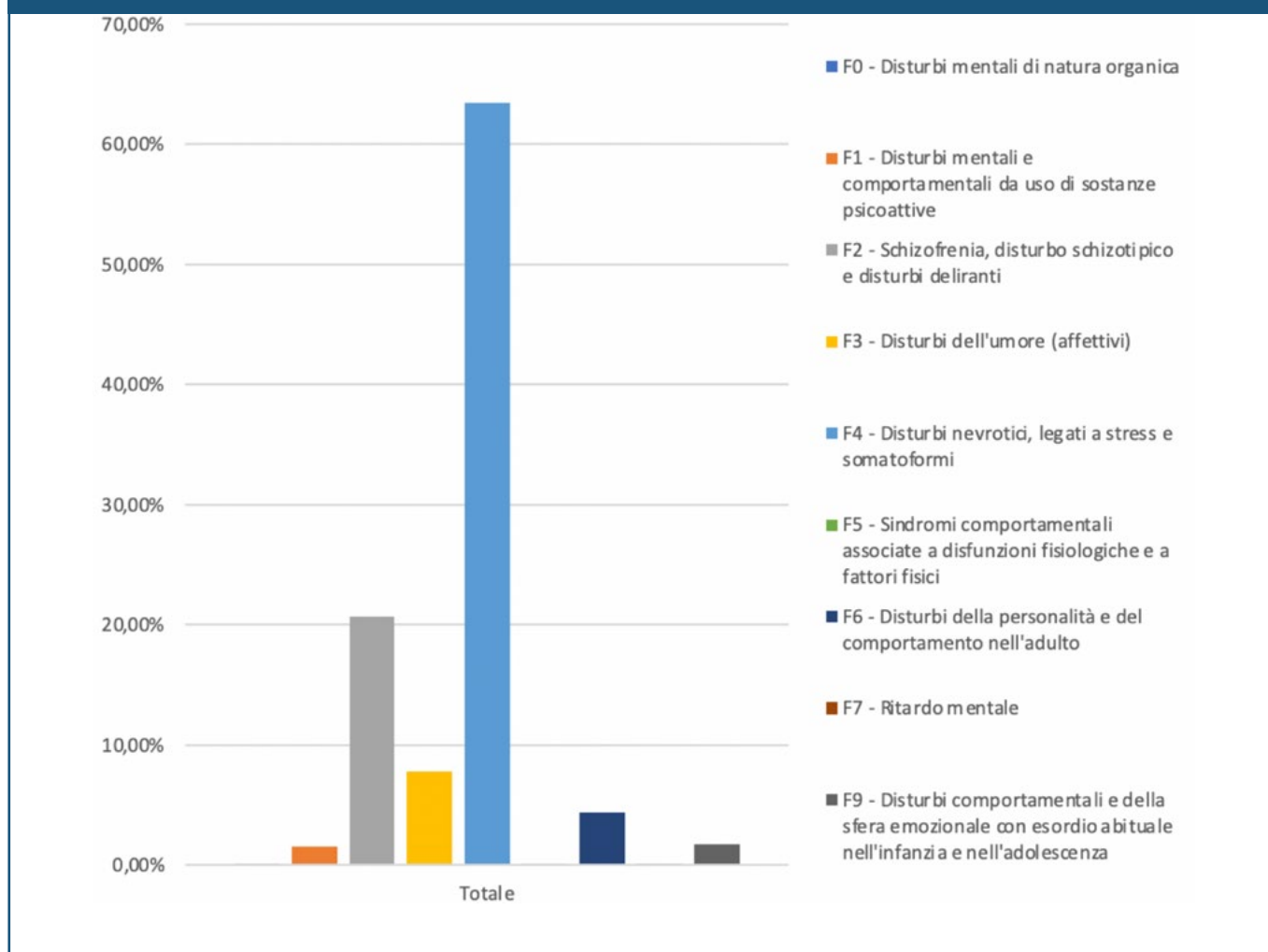
Un breve cenno, infine, sulle diagnosi principali poste: ad oltre il 63% di essi viene posta diagnosi in categoria F4 (Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi), di cui il 90% circa è rappresentato dai Disturbi dell'Adattamento e Post Traumatici (F43). Circa il 20% rientra nello spettro della Schizofrenia, dalle Sindromi schizotipiche alle Sindromi deliranti; le Sindromi affettive costituiscono circa l'8% ed il 4% circa rimanda ai Disturbi di Personalità. Un dato che, a nostro parere, non viene mai sottolineato a sufficienza è l'incremento costante di abuso di alcool e sostanze stupefacenti, che complicano il quadro clinico e, a nostro modo di vedere, rappresentano (laddove tale uso "nasca" nel nostro Paese) un tentativo di "automedicazione".

A questi pazienti (ai quali viene posta diagnosi, in prevalenza, di PTSD e PTSD complesso) va aggiunto

un numero crescente di persone che arrivano in Italia già con una patologia psichiatrica presentatasi nel Paese di origine, e che necessitano, quindi, di un approccio ancor più attento e della formulazione di percorsi terapeutici e di integrazione – ove possibile – ancor più specifici. Un altro dato relativamente nuovo è la presenza, in questi ultimi anni, di pazienti analfabeti, per i quali i percorsi di apprendimento della lingua italiana e di accesso al servizio, sono ancora più complessi. Il campo della psicotraumatologia va, necessariamente, embricandosi con quello della psichiatria transculturale.

Un breve cenno, infine, sulle diagnosi principali poste: ad oltre il 63% di essi viene posta diagnosi in categoria F4 (Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi), di cui il 90% circa è rappresentato dai Disturbi dell'Adattamento e Post Traumatici (F43). Circa il 20% rientra nello spettro della Schizofrenia, dalle Sindromi schizotipiche alle Sindromi deliranti; le Sindromi affettive costituiscono circa l'8% ed il 4% circa rimanda ai Disturbi di Personalità. Un dato che, a nostro parere, non viene mai sottolineato a sufficienza è l'incremento costante di abuso di alcool e

Tabella 10 — Prevalenza Categoria diagnostica 2011-2019 (ICD-10)



sostanze stupefacenti, che complicano il quadro clinico e, a nostro modo di vedere, rappresentano (laddove tale uso “nasca” nel nostro Paese) un tentativo di “automedicazione”.

CONCLUSIONI

Nell’arco di tempo analizzato in questo articolo, compreso tra il 2011 e il 2019, si è osservato un incremento del numero di pazienti in carico per anno al Servizio di Etnopsichiatria dell’ASST Ospedale Niguarda, pari ad una crescita del 57,1% rispetto alla numerosità della casistica del primo anno. In particolare la crescita in percentuale, dal 2011 al 2019, ha visto un incremento della popolazione maschile che ha avuto accesso al servizio pari al 82,6 %, rispetto invece ad un aumento della popolazione femminile nel medesimo periodo del

20,5%. È poi importante notare come si rilevi un numero sempre maggiore di soggetti di età inferiore ai 24 anni, soprattutto a partire dal 2014, momento storico in cui diviene costante la prevalenza della nazionalità nigeriana quale appartenenza delle persone entrate per la prima volta in carico al Servizio di Etnopsichiatria. L’incremento della popolazione < 24 anni è stato, dal 2011, del 72,7%, decisamente superiore all’incremento della casistica più sopra riportato. Le aree di provenienza si sono modificate nel corso degli anni in relazione ai cambiamenti nel quadro geopolitico mondiale: la maggior parte dei pazienti presi in carico nel 2019 proviene dall’Africa Occidentale, in particolare da Gambia e Nigeria. Quasi i 2/3 della popolazione giunta alla nostra osservazione presenta disturbi dell’adattamento e post-traumatici. Ad essi si

aggiunge un ulteriore 20% di disturbi maggiori afferenti la categoria diagnostica delle Psicosi. Tali problematiche possono avere una loro insorgenza ancora prima del viaggio migratorio, così che l'esperienza dello stesso può talora avere valore, per chi lo intraprende e per la sua famiglia, di un tentativo di cura nel "mondo occidentale evoluto". L'Etnopsichiatria di Niguarda si configura come riferimento stabile per quei migranti che manifestano disturbi psichici, favorendo la continuità della presa in carico ed un lavoro di rete con gli enti invianti presenti sul territorio, in coerenza con quanto previsto nelle Linee Guida del Ministero della Salute. La crescente domanda di assistenza psichiatrica, insieme alla complessità delle situazioni prese in carico da parte del Servizio, richiedono una capacità sempre più puntuale di identificazione precoce della vulnerabilità psichica, in particolare nella popolazione più giovane, e la strutturazione di interventi sul versante della prevenzione e della cura, volti alla riduzione della sintomatologia psichiatrica e a favorire l'inserimento nel tessuto sociale attraverso un lavoro sinergico con Enti e Terzo Settore.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze,
ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Milano*

CORRISPONDENZA:

marzia.marzagalia@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. “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 torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.” 2017
2. ^M49, *Standard country or area codes for statistical use (M49)*.
–
3. Ministero dell’Interno, *Cruscotto Statistico giornaliero*. –
4. Ministero dell’Interno, *Quaderno Statistico 1990-2020*. –
5. Unhcr, *Dati Statistici migrazione nel Mediterraneo*
–
6. Atlante SPRAR *SIPROIMI 2019*
–

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni