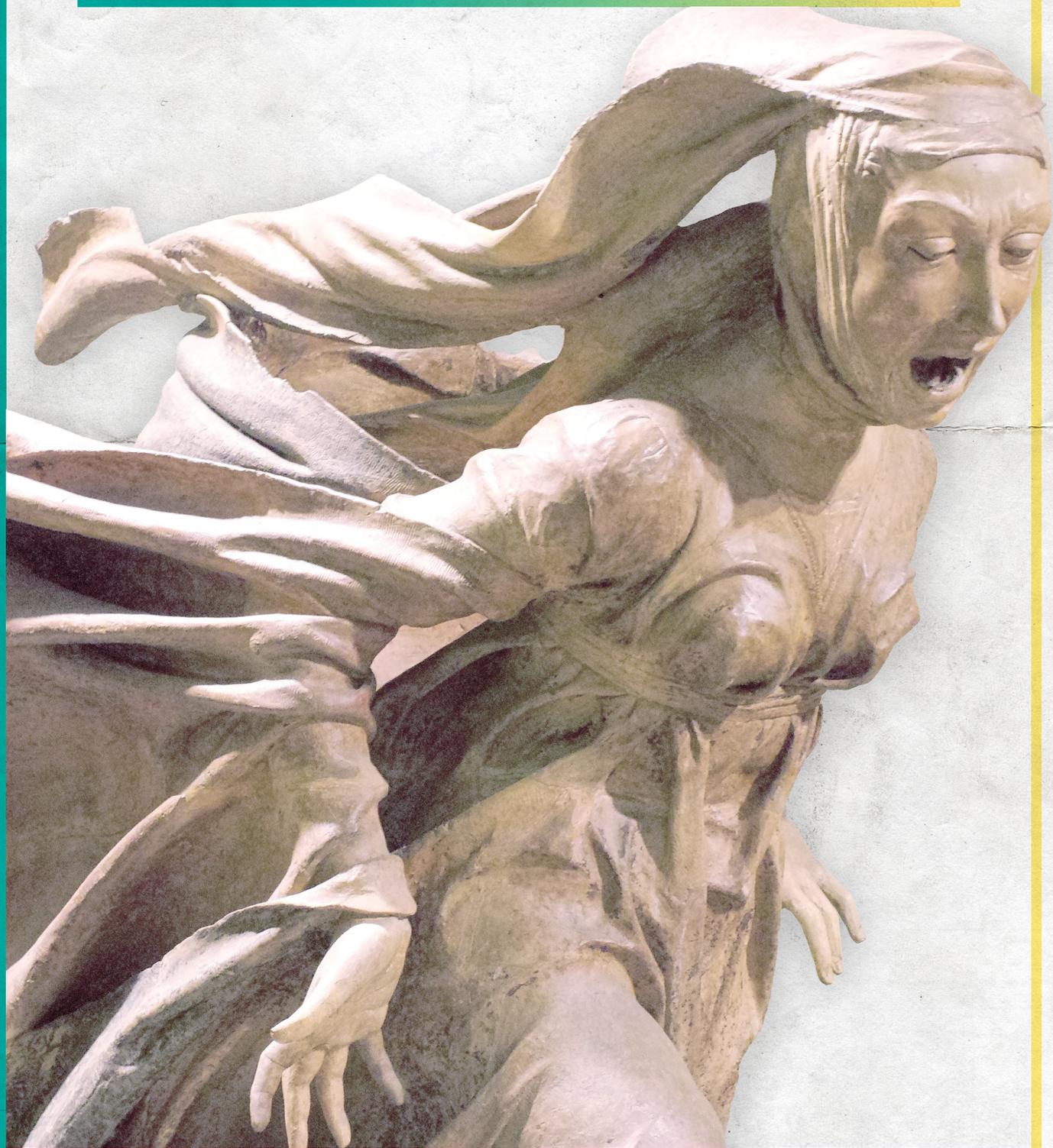




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXXV • 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 Novell (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
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 stabilito dalla 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](mailto: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](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**5** Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali  
di Cerveri G.

**13** Verso un'Agenzia Nazionale per la Salute Mentale  
di Mencacci C.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**16** Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso  
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

**20** Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese  
di Caselli I., De Leo A., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

**28** Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio  
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

**37** Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto  
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

**45** Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina  
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Minagoli P.

**49** Vivere all'altezza di morte  
Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumasmi bellici e sua riattivazione a distanza  
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

**60** Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.  
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

**71** Esiti del progetto aMl città: budget di salute di comunità  
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L., Biancorosso C., Canton S., Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P., Malchiodi F., Codazzi L., Motto D., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

**81** Ogni cura ha una storia  
di Rabboni M.

### LETTERE ALLA REDAZIONE

**88** L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna  
di Giannelli A.

**90** Ugo Cerletti nel secolo breve  
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*  
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna  
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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](http://www.psichiatriaoggi.it)



# SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**96** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**L'assistenza infermieristica  
all'adolescente con disagio psichico  
in sþdc: validazione di uno strumento  
d'indagine esplorativa**  
*di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.  
Galbiati G.*

**114** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Stato dell'arte e storia della professione  
del Tecnico della Riabilitazione  
Psichiatrica**  
*di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.*

## SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

**119** Nuove tecnologie in psichiatria: tra  
teoria e pratica  
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo  
futuro. Le opportunità e i rischi dello  
sviluppo tecnologico*  
*di D'Agostino A., Migliarese G.*

**123** Nuove tecnologie in psichiatria e pratica  
clinica. Una riflessione critica  
*di Alamia A.*

**126** Telemedicina in Psichiatria: il progetto  
COD<sub>20</sub> (Cure Ospedaliere Domiciliari)  
*di Palazzo M.C.*

**131** La personalizzazione dei trattamenti  
psicofarmacologici in psichiatria:  
focus sui test farmacogenetici  
*di Callegari C., Ielmini M.*

**135** Stranger things: un'analisi delle  
prospettive future in psichiatria  
*di Olivola M.*

## SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

**145** La paura del salnitro  
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso  
della signora MM*  
*di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,  
Vercesi M.*

**153** Le REMS e i problemi di sicurezza  
*di Mantovani L., Mantovani R.*

## **Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione**

*Leon E.\*; Miragliotta E.\*; Colmegna F.\*; Clerici M.\*<sup>o</sup>*

### **ABSTRACT**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con sempre maggior forza, invita i Servizi di Salute Mentale a sviluppare programmi specifici per il riconoscimento e la presa in carico precoce di soggetti sottoposti a migrazioni forzate con fragilità psichica: costoro, infatti, risultano a maggior rischio di sviluppare disagio e disturbi mentali - anche in forme croniche - e, conseguentemente, di essere esposti a marginalizzazione e devianza rispetto a soggetti migranti non forzati (WPA, 2016). I richiedenti e i titolari di protezione internazionale sono colpiti, più frequentemente, da sindromi psicopatologiche a causa della rilevante incidenza di esperienze traumatiche e stressanti che hanno vissuto nel paese d'origine e durante il percorso migratorio: nella zona di riferimento del DSMD dell'ASST Monza, oltre l'85% dei richiedenti asilo dichiara infatti di aver subito violenze durante il viaggio e il 50% prima della partenza (ATS Brianza, 2017).

Il presente contributo descrive i percorsi di diagnosi precoce e di gestione clinico-riabilitativa implementati dal DSMD dell'ASST Monza a favore di soggetti adulti migranti forzati, con quadri clinici complessi di rilievo comportamentale e sociale a fronte della prevalenza di disturbi d'ansia e dell'umore, nonché di una sintomatologia correlata ad eventi traumatici e stressanti e da manifestazioni somatiche. Il modello implementato persegue anche la finalità di facilitare il passaggio e il mantenimento della presa in carico di utenti tra le SC

di NPJA, Psichiatria e Dipendenze ed il consolidamento/estensione delle reti formali e informali della salute mentale territoriale dove un approccio psico-sociale "integrato" favorisca la promozione di una cultura inclusiva sul territorio. In particolare sarà illustrata la fase di pre-valutazione agevolata dall'adattamento italiano dello strumento Star-MH (Hocking, Mancuso, Sundram, 2018), impiegato internamente al Servizio e poi esteso per una sperimentazione territoriale estesa nell'ambito del progetto FAMI Ca.Re: tale strumento di screening rapido indaga PTSD e MDD nella fase precoce di presa in carico clinica e psico-sociale con il vantaggio di una somministrazione accessibile ad operatori senza qualificazione clinica.

Negli ultimi due anni abbiamo assistito ad un incremento del flusso migratorio in Italia, passando da circa 11.000 nel 2019 (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021) a quasi 67.477 persone, sbarcate nel 2021 (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Cruscotto Statistico 16 maggio 2022); a queste si deve aggiungere chi proviene da altre rotte migratorie, spesso non identificabile quantitativamente. Il sistema di accoglienza ospitava, ad aprile 2021, circa 76.000 persone di cui 2/3 collocate nei CAS (sistema accoglienza straordinaria) e 25.000 nei SAI (sistema accoglienza diffusa) (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021). Questa situazione evidenzia chiaramente come solo una minoranza di tali soggetti tragga beneficio da progetti finalizzati all'integrazione e all'inclusione. Dei 53.000 migranti sbarcati in Italia da ottobre 2019 a maggio 2021 solo 990 (meno del 2%) sono stati ricollocati in altri Paesi Europei. La sfida legata all'accoglienza e all'inclusione dei migranti resta quindi una tematica rilevante nelle politiche socio-sanitarie territoriali (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021). Rispetto all'evoluzione della situazione libica - la più prossima all'Italia - ha ripreso a crescere il numero di migranti trattenuti nei centri di detenzione (crollato nel 2019 da 6.000 a 1.000 persone) che, a marzo 2021, ha superato le 5.000 persone (oltre a

varie migliaia di persone che si stima siano trattenute in centri di detenzione non ufficiali in cui sono perpetrate violazioni sistematiche dei diritti umani e violenze, come segnalato da UNHCR).

A seguito del Decreto Sicurezza del 2018 e l'abolizione della protezione umanitaria, si è assistito ad un incremento dei dinieghi delle protezioni internazionali, passando da un tasso di ottenimento del 42% (2017) ad uno del 21% (2019), con la conseguente generazione di circa 40.000 presenze irregolari sul territorio italiano. Con il Decreto Immigrazione, si è tentato di porre rimedio alla situazione allargando i criteri di concessione della Protezione Speciale tornata dall'1% al 9% (ma ben lontana dall'originario 28%). Complessivamente dal 2014 il numero di stranieri regolarmente presenti sul territorio italiano è rimasto praticamente stabile con un incremento del 2% (da 4,92 a 5,04). Circa 900.000 persone straniere hanno acquisito cittadinanza italiana (4 su 10 sono persone nate in Italia da genitori stranieri) e circa 320.000 persone straniere regolarmente residenti in Italia hanno lasciato il territorio. Nell'ultimo periodo, da gennaio al 16 maggio 2022, i soggetti sbarcati sulle coste italiane si attestano a 14.764, con un incremento di 1596 persone rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Cruscotto Statistico 16 maggio 2022). Inoltre si è riacutizzato il fronte delle migrazioni via terra, conseguente alla crisi ucraina, con l'arrivo in Italia di 116.499 profughi (Sito Ministero degli Interni, 16 maggio 2022). A livello lavorativo i migranti economici raggiungono un tasso di occupazione di circa l'80% entro i primi 5 anni di arrivo in Italia, mentre i richiedenti asilo e rifugiati dopo oltre 10 anni dall'ingresso nel Paese hanno un tasso di occupazione del 50% (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021).

Come in precedenza, anche i dati più recenti lasciano intuire un'ulteriore complessificazione dello scenario relativo all'accoglienza e l'urgenza di sistematizzare modelli di presa in carico precoce di soggetti migranti forzati con fragilità psichica efficaci ed efficienti. In letteratura si

evidenzia come lo status migratorio possa costituire un potenziale fattore di rischio per la salute psicofisica degli individui (Geraci, 2005; Mazzetti, 2008) e, in particolare, di rilevante presenza di sofferenza psicopatologica che non è solo caratteristica di popolazioni migratorie specifiche quali soggetti con status di rifugiato e richiedente asilo (Carrer et al, 2011). Il soggetto migrante infatti - anche quando non forzato - è esposto, oltre a possibili problemi pre-migratori, a numerosi stressor durante quello che viene definito il "percorso" migratorio, in particolare eventi di natura traumatica (forme di violenza diretta e indiretta e torture) e difficoltà vitali nella fase post-migratoria; tra questi, problemi legati all'iter di riconoscimento del permesso di soggiorno a lungo termine, all'accesso ai servizi di tutela della salute e di tutela sociale, alla lontananza dal nucleo familiare d'origine e ad esperienze di ri-collocamento complesse nel Paese di arrivo (disoccupazione, isolamento, discriminazione, etc). Tali fattori possono costituirsi come ulteriori elementi traumatizzanti, potenzialmente correlabili a quadri psicopatologici complessi con co-presenza di PTSD, MDD, ansia, somatizzazioni e abuso di sostanze (Carrer et al, 2011), nonché a quadri psico-sociali polarizzati su assenza di speranza e assenza di aspettative di aiuto (Hocking et al, 2017). Si rende pertanto necessaria l'implementazione continuativa di politiche socio-sanitarie che, partendo dall'attenzione a sottogruppi ad alta vulnerabilità (richiedenti asilo e rifugiati), favoriscano l'individuazione e la presa in carico precoce del disagio psichico e l'integrazione sociale in tutta la popolazione migrante, attraverso la creazione di reti estese sul territorio.

## **PROGRAMMI PER UN INTERVENTO MIRATO**

ASST Monza, a partire dal 2012, ha aderito a vari programmi sperimentali promossi da Regione Lombardia e ATS, fra cui i Programmi FAMI (Fondo Asilo Migrazione Integrazione), finalizzati a perseguire gli obiettivi sopra citati ed a creare capacitazione e buone prassi fra i

propri operatori e nel territorio di competenza, in ottica di sviluppo di una sensibilità transculturale nell'approccio clinico e riabilitativo e di un'apertura all'inclusione, oltre che ad un allentamento delle barriere culturali negli stakeholder. Tra questi, dal 2012 è attivo - presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze di Monza - il Progetto Rete Minori Immigrati Brianza (RMIB) con un'equipe dedicata all'attività clinica transculturale orientata all'attivazione e al rafforzamento di interventi diagnostico/terapeutici, secondo fasce evolutive di vulnerabilità, valorizzando le risorse presenti sul territorio, intese come fattori protettivi e di integrazione sociale per famiglie straniere. In particolare, nell'ultimo biennio (2020-21) il Progetto ha potenziato tre ambiti clinici di intervento, considerati prioritari e rappresentativi dell'utenza afferente alla UONPIA: disturbi del neuro-sviluppo nell'infanzia, fragilità e psicopatologia della pre-adolescenza e dell'adolescenza, disturbi dell'apprendimento e dell'adattamento nel contesto scolastico. Dall'anno 2019 al dicembre 2021 il DSMD ASST Monza, nella struttura territoriale del Centro Psicossociale di Monza, ha partecipato attivamente al Progetto FAMI - Nuova Rete della Salute Mentale per i Richiedenti Asilo - coordinato da ATS e finalizzato alla tutela della salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati, attraverso il riconoscimento e la presa in carico precoce di soggetti in situazione di vulnerabilità, con quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici, grazie alla costituzione di un'equipe multidisciplinare dedicata all'attività diagnostica e clinico-riabilitativa, secondo un orientamento trans-culturale. L'equipe ha promosso sinergie sull'inclusione fra più partner del territorio (enti ospitanti, strutture del privato sociale, MMG, avvocati, servizi sociali, strutture educative, culturali e sportive, realtà produttivo-aziendali), finalizzate ad una presa in carico globale, per accompagnare gli utenti nella ricostruzione di un senso di continuità del sé, attraverso l'integrazione delle varie esperienze. Inoltre, il

DSMD ASST Monza, nel corso del 2020, ha partecipato come partner al Programma FAMI Ca.Re. in rete con enti territoriali operanti nell'ambito dell'accoglienza (Consorzio Comunità Brianza), nell'ambito lavorativo (Mestieri Lombardia) e sociale (Comune di Desio). Il progetto - la cui conclusione è prevista nell'autunno 2022 - è orientato all'abilitazione sociale e all'inserimento lavorativo di migranti in situazione di vulnerabilità, alla sperimentazione di modelli di intervento psico-sociale in piccoli gruppi e di strumenti di individuazione precoce del disagio psichico nella popolazione di riferimento.

Attingendo all'esperienza acquisita, e per dare continuità all'eredità lasciata dalle esperienze FAMI e dei progetti succitati nell'intento di realizzare una rete di intervento integrato che consenta percorsi di diagnosi precoce, cura, abilitazione e riabilitazione appropriati ed efficienti a favore della popolazione migrante forzata del territorio dell'ASST Monza, si è attivato - a partire da gennaio 2022 presso il Centro Psico-Sociale del DSMD dell'ASST di Monza - un Programma Innovativo RL per gli interventi dedicati alla fascia adulti migranti forzati con disagio psichico. L'intervento precoce e, in questo caso, l'inclusione in Programmi Innovativi a carattere specialistico costituisce il discrimine fra una costante progressione e cronicizzazione del quadro psicopatologico riscontrato o, all'opposto, la possibilità di preservare e potenziare identità funzionale, competenze emotive, abilità cognitive e di socializzazione di questi utenti e delle loro famiglie favorendo, conseguentemente, i percorsi di inclusione. Al fine di comprendere meglio il contesto di riferimento e gli strumenti oggi a disposizione per la prevenzione e l'intervento precoce in ambito di disagio psichico nelle popolazioni giovanili, è fondamentale mantenere continuità nel passaggio fra Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e Psichiatria. L'esigenza di rispondere ad uno scenario clinico sempre più complesso rende fondamentale l'adozione di un approccio "a rete": si presentano, infatti, quadri multiproblematici in cui, su una base di disturbo mentale, si innestano con sempre

maggior frequenza disturbi correlati a sostanze e condotte violente e/o autolesive in concomitanza con l'impatto di importanti stressor ambientali derivanti dalle condizioni macro-economiche del contesto di appartenenza. Tale approccio sfrutta proprio le reti di sostegno formali ed informali presenti sul territorio, caratterizzate da Agenzie sanitarie, sociali, assistenziali, del Volontariato e del Terzo Settore/Privato Sociale, per creare equipe estese e multi-professionali volte ad offrire un'assistenza il più possibile continuativa e personalizzata che, in questi anni, sono state implementate dalle due equipe trans-culturali di riferimento per il contesto minori e per il contesto adulti.

## **IL PROGRAMMA INNOVATIVO: OBIETTIVI PRINCIPALI**

Il Programma Innovativo per l'inclusione territoriale di Migranti Forzati con disagio psichico, si è focalizzato sul favorire la presa in carico precoce, il trattamento e il potenziamento delle competenze residuali degli utenti del territorio dell'ASST Monza e lo sviluppo di nuove abilità necessarie, in termini di miglioramento della consapevolezza e regolazione emotiva, per un'implementazione dell'inclusione sociale e del sostegno all'autonomia, attraverso la costituzione di un'equipe dedicata (medico psichiatra, psicologo case manager), formata da operatori di consolidata esperienza del Servizio, del Territorio e delle reti di inclusione sociale, dedicate al target migranti. Le azioni progettuali sono state finalizzate a:

- Raccordo e mantenimento della presa in carico e dell'iter terapeutico-riabilitativo psichiatrico di soggetti migranti forzati, in passaggio all'età adulta, già in carico alla NPI e raccordo con i loro nuclei familiari
- Intercettazione precoce e presa in carico del disagio psichico in soggetti migranti forzati
- Sperimentazione di strumenti e modelli di screening precoce e riabilitazione in collaborazione con altri soggetti istituzionali, italiani ed esteri, con consolidata expertise in ambito psico-traumatologico e migratorio
- Valutazione clinica e definizione di programma riabilitativo a carattere psico-sociale

- Implementazione di progetti di rete finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa degli utenti migranti con fragilità psichica
- Alfabetizzazione alla salute mentale su target migratori più a rischio attraverso continuo dialogo con reti CAS e SAI territoriali
- Sviluppo di interventi di rete, specie con altri soggetti istituzionali quali i Servizi Sociali Adulti del Comune di Monza e i Servizi Sociali famiglia e Minori del Comune di Monza
- Promozione della cultura della salute mentale e dell'inclusività sul territorio di competenza, attraverso formazioni a realtà produttive, del privato sociale e educative del territorio.

## **IL PROGRAMMA INNOVATIVO: UTENZA**

Rispetto ai più comuni indicatori di tipo epidemiologico, dal 2019 ad oggi, i migranti forzati beneficiari del Progetto di Inclusione Territoriale afferente al DSMD di Monza, si caratterizzano - dal punto di vista socio-demografico - come segue: circa 50 utenti, provenienti prevalentemente dall'Africa centrale e sub-sahariana (32% Nigeria; 11% Gambia; 8% Mali; 8% Costa d'Avorio; 6% Ghana; 4% Sierra Leone; 4% Camerun; 4% Guinea; 2% Benin; 2% Afghanistan; 2% Togo; 2% Niger), dal Bangladesh (4%) e dal Pakistan (11%). Per il 90% si tratta di maschi; l'82% dei soggetti presi in carico non è coniugato; dei coniugati solo il 4% ha in Italia il coniuge; il 23% dei soggetti ha figli, ma solo l'8% li ha con sé in Italia (prevalentemente i soggetti di sesso femminile); il 29% dei soggetti non ha alcun titolo di studio ed il livello di scolarizzazione è comunque basso (spesso si riscontrano soggetti in condizione di totale analfabetismo). Il 56% dei soggetti in carico è ancora nello status di Richiedente Asilo e soltanto l'8% ha ottenuto Asilo Politico; il restante 36% è beneficiario di titoli quali Protezione per Casi Speciali (13%); Protezione Speciale (10%) e Protezione Sussidiaria (13%). Oltre il 73% dei soggetti in carico è ospitato nelle strutture di prima e seconda accoglienza (CAS 60%,

e SAI 13%), mentre il restante 27% vive sul territorio in autonomia: parte di questa fascia è particolarmente esposta a rischio di marginalizzazione e devianza, laddove non riesca a trovare una collocazione abitativa stabile.

In termini di profili psicopatologici, la maggioranza dei soggetti in carico (62%) afferisce all'area dei Disturbi Correlati ad Eventi Traumatici e Stressanti (di cui il 45% con diagnosi di PTSD e il 17% con Disturbo dell'Adattamento); si rilevano inoltre Disturbo Depressivo Maggiore (7%); Disturbi d'ansia (2%) e Disturbi dello Spettro della Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici (5%). Le altre condizioni rilevate, spesso in comorbilità, afferiscono all'area dei Disturbi di Personalità (4%) e dei Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction (6%). La valutazione clinica è stata effettuata tramite colloquio medico-psichiatrico, mentre per l'intercettazione precoce del disagio psichico, i soggetti sono stati sottoposti allo strumento di screening (su MDD e PTSD in setting non clinico) Star-MH, in fase pre-sperimentale (lo strumento, risultato di interesse in chiave di intercettazione precoce e psico-educazione, è stato proposto per un lavoro di sperimentazione allargata sul territorio nell'ambito dei soggetti coinvolti nel Progetto FAMI Ca.re).

Dei soggetti sottoposti a pre-valutazione in setting non clinico, il 90% è stato indirizzato a valutazione specialistica, mentre il restante 10% è stato reindirizzato ad altri Servizi di Salute Mentale per competenza territoriale od orientato sul territorio per i bisogni specifici emersi e non afferenti all'area della salute mentale. I soggetti valutati a livello clinico - e presi in carico (84%) - hanno beneficiato di un piano di trattamento integrato clinico e psico-sociale, volto ad abilitazione, riabilitazione ed integrazione, grazie all'attivazione di sinergie di rete sul territorio finalizzate all'inclusione. Nel triennio 2019-21, l'aderenza al trattamento degli utenti presi in carico si è mantenuta pari a circa il 68%, mentre il 4% è stato re-inviato ai Servizi Specialistici SERT e NOA. I drop-out o i casi non aderenti si sono attestati intorno al 12%.

## **IL PROGRAMMA INNOVATIVO: PRESA IN CARICO CLINICA E PSICO-SOCIALE**

La letteratura più recente (Uribe-Guajardo et al, 2016; WPA 2019) evidenzia come, nei progetti di accompagnamento di soggetti provenienti da percorsi migratori, siano fondamentali approcci multidisciplinari integrati, orientati cross-culturalmente e consapevoli delle differenze e barriere culturali esistenti. L'attivazione di fattori, risorse e meccanismi di protezione nelle popolazioni soggette a migrazioni, in particolare forzate, favorisce la resilienza e l'assunzione di capacità di agency (Weine, 2014). Le linee guida del Ministero della Salute 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) valorizzano, inoltre, gli approcci riabilitativi che affianchino alla presa in carico clinico-psichiatrica, trattamenti riabilitativi fondati sulla psico-educazione, sul potenziamento delle abilità sociali, sull'accompagnamento alla strutturazione del progetto di vita e sul sostegno psico-sociale, anche attraverso specifiche azioni di case management. Conseguentemente, il DSMD ASST Monza ha strutturato il proprio modello sperimentale valorizzando al massimo gli interventi psico-sociali attivabili e implementando - fin dall'inizio - il seguente modello:

### **1. Assessment: sperimentazione dello strumento di screening precoce in setting non clinici STAR-MH**

Il percorso si avvia con una fase di pre-valutazione: tale momento è propedeutico al superamento di potenziali barriere culturali all'accesso e, successivamente, all'attivazione di qualsiasi percorso terapeutico. Il colloquio costituisce, per il migrante, una prima occasione di avvicinamento al Servizio di Salute Mentale dove effettuare un intervento psico-educativo preliminare sulle condizioni cliniche di maggior incidenza del disagio (MDD e PTSD). In tale setting si è ipotizzata, fin dall'inizio, l'utilità dell'impiego

di uno strumento di screening - individuato nella letteratura recente e adattato in italiano - che fosse finalizzato all'individuazione precoce di MMD e PTSD su soggetti ASR in setting non clinici: lo STAR-MH (Hocking, Mancuso, Sundram, 2018; adattamento italiano a cura di Leon, Miragliotta, Cementon, Hocking, Sundram, Colmegna & Clerici, 2020). Tale strumento - specificamente sviluppato su soggetti Richiedenti Asilo e Rifugiati e derivato da scale gold standard quali HTR-R (Harvard Trauma Questionnaire-R, parti I e IV), PMLDC (Post Migration Living Difficulties Checklist), Hopkins Symptom Checklist -25, PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview - demoralization scale) e M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) - è composto da 9 item dicotomici ed ha un tempo medio di somministrazione di circa 6 minuti. Lo STAR-MH permette la somministrazione anche da parte di operatori non sanitari e correla con i criteri diagnostici del DSM-5 per i disturbi sopra citati. Lo strumento facilita l'intercettazione di soggetti che potrebbero avere urgenza di un re-indirizzamento clinico grazie ad un item specifico sulla suicidalità. Presenta inoltre buone caratteristiche psicometriche: validato vs. M.I.N.I. ha sensibilità 0,93, specificità 0,75 e accuratezza della predittività di 80,07% sul campione originale. Sempre in base allo studio originale di validazione si segnala un'incidenza minima (0,4%) di episodi acuti o significativi di distress. Lo STAR-MH, inoltre, consente di effettuare - aldilà del pre-screening di salute mentale in setting non clinico - un momento di alfabetizzazione alla salute mentale a favore degli utenti che possa favorire il riconoscimento di segni e sintomi di disagio psichico, anche in chiave di prevenzione, e l'abbattimento di eventuali barriere culturali all'accesso ai servizi di salute mentale.

La successiva *valutazione clinica e psico-sociale*, in setting ambulatoriale, è sempre condivisa fra l'equipe multidisciplinare, al fine di favorire la comunicazione tra professionisti e l'integrazione delle reciproche competenze e approcci nella valutazione globale di funzionamento del paziente e nell'implementazione del piano riabilita-

tivo, anche attraverso momenti stabili di discussione e confronto. Essa si articola in:

- Valutazione psichiatrica: anamnesi personale in chiave transculturale - valutazione dei sintomi e del quadro psicopatologico in atto - modulazione della terapia con attenzione agli aspetti etno-psicofarmacologici;
- Valutazione psico-sociale: colloqui clinici e psico-sociali finalizzati a: 1. Indagine psicodiagnostica in correlazione con eventi traumatici pre-migratori, migratori e stressors post-migratori anche tramite la somministrazione di scale (HTQ - Harvard Trauma Questionnaire; HSCL-25, Hopkins Symptom Checklist 25; PMLDC - Post-Migration Living Difficulties; BSI - Bredford Somatic Inventory); 2. valutazione delle risorse personali e ricognizione delle risorse di rete esistenti per la formulazione del percorso riabilitativo;
- Contatti di raccordo con altri operatori DSMD per facilitazione passaggi da NPIA e SerT.

## **2. Programma clinico e psico-sociale:**

Definizione, implementazione e monitoraggio del percorso clinico-riabilitativo attraverso attività multidisciplinari integrate previste per il raggiungimento degli obiettivi mediante:

- Percorsi psichiatrici individuali e di gestione culturalmente mediata della farmacoterapia: soggetti provenienti da altre etnie differenti dalla popolazione caucasica (su cui sono stati condotti il maggior numero di trial psicofarmacologici) manifestano infatti risposte alla terapia differenti, sia dal punto di vista farmacocinetico che farmacodinamico. Conseguentemente, risulta rilevante - ai fini di un trattamento efficace e personalizzato - integrare tale aspetto nel percorso di presa in carico. Anche nella configurazione del setting si terranno in considerazione le tipicità culturali dei soggetti afferenti, facilitando l'inclusione di figure di riferimento (mediatore, operatori dei centri di accoglienza, leader delle comunità di appartenenza, figure familiari di riferimento, etc.).

- Percorsi di sostegno psico-sociale culturalmente mediati: attività centrate sull'ascolto forniscono una cornice relazionale protettiva allo stress, legato al processo di "trans-culturazione" (Carrer et al, 2011), favorendo l'aderenza alle attività cliniche di tipo psichiatrico e socio-educativo, previste nel percorso riabilitativo del paziente. In particolare il counseling psicologico su soggetti traumatizzati può favorire (Counselling Survivors of Trauma Training, 2021): gestione della complessità; avviamento, adesione e compliance al percorso clinico-terapeutico; ricostruzione della propria storia personale e/o migratoria; contenimento del distress legato a spaesamento e de-territorializzazione; motivazione al processo di integrazione; ri-mobilizzazione di competenze e comportamenti che agiscono come fattori di protezione, favorendo un complessivo miglioramento del senso di benessere psico-sociale percepito (Weine, 2014).
- Sono attualmente in fase di elaborazione percorsi grup-ali di counseling psico-sociale per favorire la gestione della sintomatologia post-traumatica, in particolare gli incubi notturni, l'empowerment, il supporto *peer to peer*, e la ricostituzione di un'iniziale rete sociale che rimandi alla dimensione collettiva, caratteristica delle culture di appartenenza degli utenti
- Nei casi in cui - come da valutazione clinica - si evidenzi una sufficiente integrità delle risorse nell'utente, viene attivata un'ulteriore attività di case management che definisca, sempre in collaborazione con gli enti ospitanti e/o la rete sociale e familiare di riferimento, un progetto psico-sociale individualizzato che agisca come fattore protettivo. Il case-manager opera come risorsa di raccordo, coordinamento e supervisione tra il DSMD e le realtà del terzo settore e del privato sociale coinvolte nel Progetto creando e potenziando le reti formali e informali delle Agenzie sul territorio.
- I percorsi degli utenti vengono monitorati, infine, non solo attraverso attività di supervisione nell'equipe interna, ma anche grazie ad incontri di rete estesi

che permettano alla complessa realtà assistenziale e riabilitativa un lavoro di integrazione e sinergia delle reciproche risorse a favore degli utenti.

## CONCLUSIONI

L'esperienza descritta non solo ha rappresentato un'opportunità, negli ultimi anni, per offrire un servizio dedicato all'utenza migrante più problematica e sofferente di forme diversificate di disagio/disturbi derivanti da recenti esperienze traumatiche nell'ambito delle consuete risposte cliniche erogate a livello di CPS, ma si colloca - grazie alla sua legittimazione attraverso un Programma Innovativo RL - nella fascia di sperimentazione che il territorio ha sviluppato nel costante bisogno di "transizione" da una psichiatria generalista ad una più specialistica. L'impiego di strumenti specificatamente individuati per facilitare il compito di operatori che non sono ordinariamente collocati in setting clinici offre, inoltre, uno "spazio" allargato di attenzione alla salute mentale che si ricolloca nei Servizi della rete che non sono necessariamente abituati e preparati al modello di lavoro ordinario del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. A tal fine gli interventi di case managing, così come quelli di condivisione nella gestione di soggetti che possono rivelarsi nel tempo come pazienti "complessi", nonché la supervisione allargata offrono un empowerment diffuso che si distribuisce certo agli utenti dei Servizi in campo ma che è anche in grado di favorire la crescita di una rete collaborativa inevitabilmente necessaria per affrontare la complessità dei problemi fin qui descritti.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *DSMD ASST Monza - Programma Innovativo di Psichiatria*

*“Inclusione territoriale di migranti con disagio psichico.*

*Implementazione di un modello sperimentale di interventi*

*integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione”*

° *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di*

*Milano Bicocca*

CORRISPONDENZA

*pietro.leali01@universitadipavia.it;*

*Silvia\_Barbieri@asst-pavia.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Adler PA, Adler P, (2007). *The demedicalization of self-injury: from psychopathology to social deviance*; Journal of Contemporary Ethnography, 36:537-570
2. Amendt-Lyon N, (2001). *Art and Creativity in Gestalt Therapy*, Gestalt Review, 5, 4:225-248
3. American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association
4. ATS Brianza, (2017), *Lo stato di salute dei migranti: presentazione della nuova rete della salute mentale per i richiedenti asilo in ATS Brianza*
5. Baiocchi P, (2015). *Gestalt Empowerment*, Safarà, Roma
6. Baiocchi P et al, (2013). *Relazione scientifica annualità 2012-13: "La casa delle emozioni, progetto di mutuo soccorso Gestalt rivolto alla comunità"*, Istituto Gestalt Trieste, in collaborazione con Università degli Studi di Trieste, Facoltà di Psicologia e Buone Pratiche Onlus, Febbraio 2013; Congresso "Percorsi di integrazione in psicologia clinica: ricerche e innovazione fra neuroscienze e funzionalismo moderno"
7. Bean T, Derlyun I, et al (2007). *Comparing psychological distress, traumatic stress reaction and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*, J Nerv Ment Dis, 195:288-97
8. Beck BD, Lund ST, et al, (2018). *Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with post-traumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial*; Beck et al. Trials, <http://doi.org/10.1186/s13063-018-2662-z>
9. Caizzi C, Ciambellini S, (2017). *Une approche ethno-psychiatrique de la guérison des traumatismes chez les immigrants contraints et les victimes de torture: cas clinique*, Actualités en Analyse Transactionnelle, 1, 157, 23ss.
10. Carmassi C, Akiskal HS, et al, (2014). *Post-traumatic stress disorder in DSM 5: estimate of prevalence and criteria comparison vs DSM IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors*, J Affect Disord, 160, 5:55-61
11. Carrer S, Catino E, et al (2009). *Risultati preliminari di uno screening delle "ferite invisibili" nell'ambulatorio di Medicina Generale Caritas per Immigrati*. In: Affronti M, Geraci S, VII Congresso Nazionale della Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Trapani, pp. 184-89
12. Carrer S, Meuti V, et al, (2011), *Immigrazione, trauma, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale*, Rivista di Psichiatria, 46, 2
13. Clarckson P, (1992). *Gestalt counseling*, Sovera, Roma
14. Coffey G, (2021). *Counselling survivors of trauma, Intensive course*, The Victorian Foundation for Survivors of Torture, Victoria Australia
15. Cristofalo D, Bonetto C, et al (2018). *Access to end use of psychiatric services by migrants resettled in northern Italy*, Journal of Migrant and Minority Health, 20:1309-1316
16. Demetrio D, (2003). *Raccontarsi, l'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano.
17. Demetrio D, (2009). *La scrittura clinica, consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina, Milano
18. Demetrio D, (2016). *I sensi del silenzio, quando la scrittura si fa dimora*, Mimesis, Milano
19. Di Giacomo E, Giampieri ED, et al (2020), *Migration and psychosis. Specificity and Burden on Mental Health System in Italy*, J Nerv Ment Dis, 208(11):908-911
20. Dipartimento di Pubblica Sicurezza, Ministero degli Interni (Maggio 2022). *Cruscotto statistico sbarchi gennaio-maggio 2022*
21. Favazza A, (2011). *Bodies under siege: self-mutilation, non-suicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore
22. Fazel M, Wheeler J, Danesh J, (2005). *Prevalence in serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. A systematic review*, Lancet, 365:1309-14
23. Formenti L, (2010). *Attraversare la cura: relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé*, Erickson, Milano.
24. Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, (2005). *Migrazione e salute, un lessico per capire*, Studi Emigrazione, 42:7-51
25. Ginger S, (2005). *Iniziazione alla Gestalt*, Mediterranee, Roma

26. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcom WM, (2008). *Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries*, Journal of Counseling Psychology, 55(2):185-196
27. Hocking D, (2017). *Too Much is taken, much adibes: asylum seeker's subjective wellbeing*. J Immigrant Minority Health DOI10.1007/s10903-017-0664-7
28. Hocking D, Mancuso S, Sundram S, (2018). *Development and validation of a mental health screening tool for asylum seeker and refugees: the Star-MH*. BMC Psychiatry. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1660-8>
29. ISPI, (2021). *Fact Checking*, Luglio
30. Kaplan I, (2020). *Rebuilding shattered lives, integrated trauma recovery for people of refugee background*, Victorian Foundation for Survivors of Torture
31. Keller A, Lhewa D, (2006). *Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services*, J Nerv Ment Dis, 194/3:188-194
32. Manenti A, (1998). *Il raccontarsi dell'io e il riappropriarsi delle sue rappresentazioni interne*, Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, 40:36-49
33. Marceca M, Geraci S, Ardigo M, (2006). *Esperienza migratoria, salute e diseguglianze*. In: 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; Pisa, EDS
34. Martinelli B, Raad H, et al (2008). *Le somatizzazioni in un ambulatorio di Medicina generale per immigrati*. QUIP 2008; 27:4-10
35. Mazzei S, (2013). *Meccanismi di difesa e resistenze al contatto*, Formazione In Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 12
36. Mazzei S, (2013). *Ti vedo, ti sento, ti accompagno: in cerca di risposte nell'esserci empatico*, Formazione In Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 16
37. Mazzetti M, (2008). *Trauma and migration. A transactional analytic approach towards refugee and torture victims*. TAJ, 38:258-302
38. Mclaughlin KA, Nolen-Hokesama S, (2011). *Rumination as transdiagnostic factor in depression and anxiety*, Behav Res Ther, 49(3):186-193
39. Merrill Weine S, Ware N, et al, (2014). *Fostering resilience: protective agents, resources and mechanism in adolescent refugees psychosocial wellbeing*, Adolescent Psychiatry, 4(4):164-76
40. Ministero della Salute, (2017). *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, 22 Marzo 2017
41. Nijhenius ERS, (2014). *Ten reasons for conceiving and classifying post-traumatic stress disorder as a dissociative disorder*, Psichiatria e Psicoterapia, 33:74-106
42. Norman RMG, Lewis SW, Marshall M, (2005). *Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome*. The British Journal of Psychiatry, 187, 7 s19-s23; DOI: 10.1192/bjp.187.48.s19
43. Nosè M, Ballette F, et al, (2017). *Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: systematic review and meta-analysis*, Plos One 12(2): e0171030. Doi:10.1371/journal.pone.0171030
44. Pagani C, Procellana M, et al. (2009). *Centro di consultazione etnopsichiatrica di Milano: studio osservazionale descrittivo*. Psichiatria di Comunità, 8:46-52
45. Pascual LA, Yeryomenko N, Morrison OP, (2016). *Does feeling bad, lead to feeling good? Arousal patterns during expressive writing*. Review of General Psychology, 20(3):336-347
46. Pegoli A, Catino E, et al (2008). *Salute mentale e immigrazione: l'esperienza della Caritas di Roma*. In: Anagnostopulos F, Germano MC, Tumiatì K, L'approccio multiculturale. Interventi in Psicoterapia, Counseling e Coaching. Roma, Sovera edizioni
47. Pennebaker JW, (1997). *Opening up. The healing power of expressing emotions*, The Guilford Press, New York, 1997
48. Pennebaker JW, (2001). *Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute*. In: Solano L. (a cura di), Tra mente e corpo, Raffaello Cortina, Milano

49. Pennebaker JW, (2004). *Writing to heal*, New Harbinger, Oakland
50. Pennebaker JW, (2015). *Scrivi cosa ti dice il cuore, autoriflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé*, Erickson, Milano
51. Quattrini GP, (2014). *Le dinamiche di gruppo*, Formazione in Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 25:11-18
52. Rosenbaum F, (2019). *Migrazioni di parole, percorsi narrativi di riconoscimento*, Franco Angeli, Milano
53. Roubal J, Francesetti G, Gecele M, (2017). *Aesthetic Diagnosis in gestalt Therapy*, Behav Sci, 17/10:4
54. Salonia G, (1998). *Quando raccontarsi è terapia*, Quaderni di Gestalt, 3:119-134
55. Sampognaro G, (2008). *Scrivere l'indicibile. La scrittura creativa in psicoterapia della Gestalt*, Franco Angeli, Milano
56. Schouler-Ocak M (ed), (2015). *Trauma and Migration. Cultural factors in the diagnosis and treatments of traumatised immigrants*. Springer, NY
57. Schouler Ocak M, Kastrup MC (eds), (2020). *Intercultural Psychotherapy. For Immigrants, Refugees, Asylum Seekers and Ethnic Minority Patients*. Springer, NY
58. Schultze-Lutter F, et al, (2015). *EPA guidance on the early detection of clinical high-risk states of psychoses*. European Psychiatry, 30, 3:405-416
59. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, et al, (2012). *Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis*. Curr Pharm Des, 18(4):351-57
60. Schwitzer R, Melville F, et al (2006). *Trauma, post-migration living difficulties and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees*, Aust N.Z. J Psychiatry, 40:179-87
61. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R, (2007). *The Harvard Trauma Questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post-traumatic stress disorder in Iraqii refugees*, Int J Soc Psych, 53:447-63
62. Siegel D, (2013). *La mente relazionale, neurobiologia dell'esperienza relazionale*, Raffaello Cortina, Milano
63. Sijbrandij M, Acarturk C, et al, (2017). *Strengthening mental health care system for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 98(3):920-28
64. Simon Drouin M, (2011). *Object Relational Gestalt Therapy (ORGT) and evidence-based practice*, British Journal of Gestalt, 20, 2
65. Solano L, (2001). *Tra mente e corpo, come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano
66. Spagnuolo Lobb M (a cura di), (2018). *The aesthetic of otherness: meeting at the boundary in a desensitized world proceedings*, Gestalt Therapy Book Series, Istituto Gestalt HCC Italy
67. Spinogatti F, Civalenti G, et al, (2015). *Ethnic differences in utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 50:59-65
68. Steel Z, Silove D, et al, (2006). *Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees*, Br J Psychiatry, 188:58-64
69. Turrini G, Purgato M, et al, (2019). *Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis*, Epidemiology and Psychiatric Science, 28:376-88; <https://doi.org/10.1017/S2045796019000027>
70. Uribe Guajardo MG, Slewa Youna S, et al, (2016). *Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: a Delphi study*, International Journal of Mental Health Systems, 10, 54
71. Van Wyck S, Schweitzer R, (2014). *A systematic review of naturalistic interventions in refugee populations*, Journal Immigrant Minority Health, 16:968-77
72. Weine SM, Ware M, et al, (2014). *Fostering resilience: protective agent, resources and mechanism of adolescent refugees psychosocial wellbeing*, Adolesc Psychiatry, 2014;4(4):164-176
73. World Psychiatric Association, (2016), *WPA Position Statement on Europe Migrant and Refugee Crisis*
74. World Psychiatric Association, (2019). *World Psychiatric Forum*, Lisbona

## 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](mailto: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](mailto: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