



PROGETTO PSYCHCARE – PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES

Principali evidenze dopo 9 mesi di attività: settembre 2018 -
maggio 2019

PROGETTO PSYCHCARE – PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES

Principali evidenze dopo 9 mesi di attività

Settembre 2018 - maggio 2019

“...Il “ritorno a casa” dell’etnopsichiatria è imposto dunque in primo luogo dalla necessità di misurarsi con i problemi della cura e dell’assistenza psichiatrica non più nelle colonie o all’interno dei programmi sanitari e umanitari in paesi in via di sviluppo ma qui, all’interno delle nostre società, dove l’accoglienza e l’integrazione di rifugiati e immigrati rivelano difficoltà, ombre e contraddizioni indubbiamente maggiori di quanto non accada nel campo della medicina generale...”

(Beneduce, R., *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci Editore, Roma 2008, pp.5-18).

PREMESSA

Nell’ambito di specifiche attività svolte relativamente al tema della vulnerabilità psicosociale dei migranti accolti nel sistema di accoglienza, il nostro Istituto ha da tempo avviato un’analisi a livello nazionale in merito alle criticità che si presentano nella presa in carico dei bisogni di salute della popolazione migrante ospite nei centri di accoglienza italiani. Da tale analisi sono emersi elementi di preoccupazione. Con riferimento specifico alla salute mentale dei migranti che gravitano attorno al sistema di accoglienza, il dato di coloro che necessitano di cure in tal senso non è di facile acquisizione. Pur tuttavia, dal momento in cui il nostro Istituto ha iniziato a studiare questo tema il numero dei migranti che manifesta l’esigenza di una presa in carico psicologica o psichiatrica che non trova adeguata risposta sembra aver mostrato un aumento.

Ad esempio, nel contesto di un progetto realizzato dall’IPRS nel 2016, nel territorio di Albano nel 2016, in collaborazione con l’ASL Roma 6 (ex Roma H), emergeva che la percentuale degli ospiti del sistema di accoglienza che necessitavano di una presa in carico clinica e psicologica era del 3%-5%. Dati più recenti, riferiti al 2018, sembrano indicare una percentuale oscillante tra il 5% ed il 25% di migranti che accedono ai servizi psichiatrici. L’oscillazione dipende dalla diversa prevalenza di cittadini di Paesi Terzi nella popolazione locale, ma soprattutto dall’imprecisione del dato, ancora lacunoso e legato a rilevazioni spot che IPRS sta conducendo nei differenti contesti e che si riferiscono a fonti diverse. Al momento la nostra conoscenza del fenomeno è legata a pochi dati quantitativi e un numero più rilevante di elementi qualitativi che presenteremo in queste pagine. Tali elementi, mentre restituiscono una rappresentazione del fenomeno per come si manifesta ai servizi e per come viene percepito dagli operatori e direttori

dei Dipartimenti di Salute Mentale nei contesti in cui il progetto Psychcare realizza dal settembre 2018 le proprie attività, evidenziano piste di indagine che sarebbe doveroso percorrere se si vuole comporre un quadro del fenomeno che presenti in modo sufficientemente accurato le sfide che si pongono nei territori.

Rispetto al 2018 e all'inizio del 2019, presentiamo solo alcuni dati riferibili ai territori nei quali il progetto Psychcare lavora ed in particolare alla Regione Lombardia, Salerno, Roma.

ALCUNI DATI

Regione Lombardia e Cremona

Nel quadro di un incremento significativo, negli ultimi anni, delle prestazioni dei servizi di salute mentale per gli adulti, della neuropsichiatria e delle prestazioni farmacologiche, i dati riferiti alla Provincia di Cremona, fanno registrare una crescita di utenti provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) che accedono ai servizi psichiatrici con una molteplicità di provenienze diverse (45 provenienze registrate dai servizi psichiatrici territoriali di Cremona). I dati mostrano un marcato cambiamento soprattutto negli ultimi anni: se dalle ultime rilevazioni disponibili e riferite alla Regione Lombardia nel suo complesso, il tasso annuale di prevalenza dei soggetti migranti nei servizi di salute mentale non era superiore al 3,3 utenti ogni 1000 immigrati nel 2001, per diventare l'11,3 ogni 1000 immigrati nel 2012, nel 2018 la prevalenza è stata di 20 utenti ogni 1000 immigrati (dato riferito al territorio Cremonese) a fronte di un tasso di 14 utenti ogni 1000 abitanti nativi (dato riferito al territorio Cremonese).

I territori hanno anche visto crescere la percentuale di utenti provenienti da PFPM nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), registrando nel 2018, percentuali che testimoniano sia l'aumento di problemi di salute mentale di questa popolazione, sia l'assenza/la difficoltà di una presa in carico preventiva rispetto all'acuirsi delle crisi (22% del numero complessivo dei ricoveri negli SPDC cremonesi). Si registra un aumento della percentuale di utenti da PFPM anche nei servizi che trattano i disturbi da uso di sostanze e abuso di alcool.

La Provincia di Salerno

Nella provincia di Salerno, i dati seppur ancora parziali, per il 2018, mostrano un numero di stranieri non UE che hanno usufruito di prestazioni dell'SPDC nel 2018, relativamente alti se confrontati con la quota di cittadini non UE che accedono ai consultori, ai Dipartimenti di Salute Mentale, ai servizi territoriali TSMREE, considerato che la popolazione di residenti Non UE nella Provincia di Salerno è del 2,9%. Anche nel caso del Salernitano, quindi, i dati confermerebbero che il primo contatto con il sistema sanitario di tutela della salute mentale dei cittadini di Paesi Terzi avvenga con un ricovero in SPDC a seguito del quale non si avvia, nella gran parte dei casi, una presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute mentale.

Roma

Non sono disponibili su Roma i dati dell'utenza straniera negli SPDC e nei Dipartimenti di Salute Mentale ma a parlare sono i dati della sala operativa sociale del Comune di Roma che mostrano che il 60% dei soggetti senza fissa dimora è costituito da cittadini non italiani, nella gran parte dei casi cittadini di Paesi Terzi richiedenti asilo. Il dato è confermato da tutti gli attori che lavorano con la marginalità sociale più estrema. Molti di questi pazienti sono fuoriusciti o sono stati espulsi dal sistema di accoglienza o sono stati dimessi dal SPDC e, per una gran parte di loro, spesso risulta anche impossibile accedere al ricovero in SPDC nei casi di nuovo scompenso. Dati simili sui soggetti senza fissa dimora si registrano in Lombardia.

Le trasformazioni del sistema di accoglienza

A definire gli elementi di questo quadro contribuisce in modo rilevante la trasformazione del sistema dell'accoglienza rispetto a come si è andato costruendo al tempo della cosiddetta emergenza sbarchi. Gli effetti del Decreto Sicurezza (Legge n. 132/2018), con la possibile fuoriuscita di soggetti fragili dal sistema dell'accoglienza, ha comportato e rischia di comportare insuccessi nella costruzione di interventi di riabilitazione sociale e psichiatrica o talvolta la mancata presa in carico di soggetti che di quegli interventi hanno grande necessità. Nel caso delle vulnerabilità psico-sociali dei migranti "forzati" ci troviamo, infatti, nella fascia decisamente più debole e a rischio della popolazione. In questo caso alle fragilità sul fronte psicologico e psichiatrico si somma l'assoluta mancanza di una rete relazionale che possa offrire sostegno alla persona in difficoltà, con il rischio anche che nei territori aumenti il numero di soggetti fuori dal sistema dell'accoglienza in condizioni di marginalità sociale, senza chance occupazionali, e con problematiche psichiatriche significative.

A titolo di esempio, nel mese di marzo 2019, dai CAS mantovani (gestiti da Sol.CO Mantova) sono usciti circa 120 migranti, di cui la metà con accertata fragilità psichica inclusa una quota di madri con bambini anche molto piccoli. Ciò a significare che si dovrà affrontare un aggravio di lavoro per i servizi socio-sanitari del territorio in un ambito complesso che necessita certamente di un ripensamento delle modalità di lavoro in rete e degli strumenti da adottare.

Nella Provincia di Monza e Brianza sono residenti 74 mila cittadini provenienti da paesi terzi, che compongono l'8,2% della popolazione residente (quasi 900 mila abitanti) e 1400 cittadini stranieri richiedenti asilo accolti nei progetti SPRAR e CAS, di cui più di 900 richiedenti asilo accolti dal Consorzio Comunità Brianza e dalle cooperative di Rete Bonvena di cui il Consorzio è capofila. Con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di assistenza psicologica e psichiatrica degli ospiti fragili nell'accesso ai servizi e nella presa in carico, il Consorzio Comunità Brianza ha sostenuto e monitorato nell'ultimo triennio la presa in carico di circa 110 ospiti richiedenti asilo e titolari di protezione attraverso una prima assistenza/indagine psicologica, l'aggancio al servizio di "Etnopsichiatria di Comunità" o l'accompagnamenti nell'accesso ai servizi territoriali o specialistici (CPS, Vademecum S. Gerardo Monza, Etnopsichiatria Cinisello, Etnopsichiatria Niguarda, Terrenuove Milano). Con particolare riguardo alle diagnosi dell'utenza

fragile nei progetti di accoglienza, emerge il prevalere del PTSD e PTSD COMPLEX in linea con le stime circa il malessere dei rifugiati. Molti degli utenti hanno vissuto eventi potenzialmente traumatici non solo nel corso del viaggio, ma anche nel periodo pre-migratorio. Inoltre va sottolineata l'importanza dei fattori post-migratori come occasione di ri-traumatizzazione nel presente. Ulteriore elemento è l'aumento di casi di doppia diagnosi, per cui alla fragilità psicologica/psichiatrica si aggiunge la dipendenza da alcolici e sostanze.

L'ASCOLTO DEI TERRITORI

Il progetto Psychcare si interroga proprio sull'impatto che la presenza di migranti "forzati" che gravitano attorno al sistema di accoglienza, nei territori del progetto, ha sui servizi sanitari territoriali e complessivamente sulle strategie poste in essere a livello territoriale per garantire l'accesso ai servizi sanitari di cura e riabilitazione. A tal fine il progetto ha organizzato momenti di confronto con servizi pubblici di tutela della salute mentale e attori territoriali che lavorano sui temi socio sanitari e nel campo dell'accoglienza. Complessivamente, gli eventi di confronto, realizzati dal progetto Psychcare a partire dal Ottobre 2018, e di cui a seguire si riportano i risultati, hanno coinvolto 17 servizi pubblici nel settore della salute mentale e 26 attori territoriali che lavorano sui temi socio sanitari e nel campo dell'accoglienza nelle regioni di: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Veneto.

1. Uno sguardo d'insieme: i seminari di Roma e Matera

Due seminari, il primo a Roma (31 ottobre 2018) e il secondo a Matera (13 dicembre 2018), hanno affrontato il tema della vulnerabilità psicosociale e l'accoglienza, creando uno spazio di confronto e dialogo tra operatori provenienti dalle strutture di accoglienza e dai servizi territoriali a tutela della salute mentale di varie regioni sul territorio nazionale (Lazio, Lombardia, Campania, Umbria e Liguria) rappresentando un primo passo nella direzione del coinvolgimento degli stakeholder e nell'identificazione di una base comune sulla quale costruire modalità nuove di lavoro con i migranti forzati/ricipienti asilo in condizioni di fragilità psichica. Dalle discussioni sono emersi dei punti chiave che rispecchiano la situazione attuale ed il bisogno di agire per migliorare e rafforzare il sistema di tutela della salute mentale per i migranti forzati/ricipienti asilo in Italia.

- **Fatica di gestire le acuzie:** Sul fronte dei servizi psichiatrici territoriali del sistema sanitario nazionale, vi sono certamente servizi che si sono attrezzati a ricevere pazienti provenienti dalle strutture di accoglienza, e in qualche caso si registra anche la definizione di prassi operative per la definizione di una sorta di alleanza terapeutica; ma nella maggioranza dei casi i servizi si descrivono e si percepiscono più come ricettori di pazienti inviati dal sistema dell'accoglienza che come partner territoriali del sistema medesimo. L'attenzione degli operatori è per lo più concentrata sulla fatica di gestire le acuzie; sulle difficoltà che si pongono al momento delle dimissioni dei pazienti per i quali si è dovuto ricorrere al ricovero in SPDC (Servizio psichiatrico per la diagnosi e la cura) poiché, data in larga misura l'assenza totale di un lavoro di rete e di una consuetudine di rapporto con le strutture di accoglienza, diviene difficile sapere dove inviare il paziente superata la fase di scompenso.

Sul fronte degli operatori dell'accoglienza, la preoccupazione riguarda la lettura precoce del disagio e l'intervento tempestivo prima che il disagio si esprima in forme acute; la difficoltà di ottenere risposte tempestive e sostegno da parte dei servizi sanitari territoriali con una presa in carico territoriale che esita in un eccessivo ricorso al ricovero in SPDC; la gestione dei pazienti psichiatrici nella fase successiva alle dimissioni per gli aspetti trattamentali e riabilitativi che da soli non possono assicurare e che necessitano di un coinvolgimento dei servizi territoriali.

- **Marginalità sociale estrema:** Un'altra difficoltà emersa nel seminario è quella relativa ai soggetti ormai in condizione di marginalità sociale estrema poiché fuoriusciti, anche a ragione della patologia psichiatrica, dal sistema dell'accoglienza. Costoro costituiscono veri e propri *drop out*. E' anche interessante il rilievo che accanto a questi ultimi vi siano anche soggetti in cui la patologia si sviluppa proprio a ragione della condizione di persone senza fissa dimora. In tutti questi casi non sembra ancora attivo un sistema in grado di intercettare ed intervenire su tale tipologia di vulnerabilità per una tempestiva presa in carico integrata da parte del sistema di accoglienza e dei servizi socio-sanitari del territorio prima che alla fragilità psichica si sommino altri fattori di marginalità sociale. Come si è detto, manca, in generale la percezione di essere parte del sistema di accoglienza territoriale né ci si interroga sul ruolo di profilassi che il sistema sanitario nazionale dovrebbe/potrebbe svolgere, sia lavorando in rete con il sistema dell'accoglienza, ovvero realizzando un'attenta azione di screening per l'emersione delle condizioni sub-cliniche, sia concorrendo alla definizione di modalità di funzionamento delle strutture di accoglienza e di prassi di lavoro psicosociale che ci si aspetta queste strutture debbano porre in essere.
- **Difficoltà a rispondere al bisogno di cambiamento/manca di risorse:** In un certo senso, potremmo dire, che gli operatori dei servizi psichiatrici mostrano, a nostro avviso, una grande difficoltà a uscire dalla routine e da modalità operative consolidate, anche a ragione di un senso di stanchezza per il continuo ridursi delle risorse economiche e professionali. Così, neanche una sfida drammatica e complessa come quella delle migrazioni forzate è riuscita a spingere il sistema di cura a ripensarsi e a rimodulare strategie di lavoro. Un tentativo, forse, di riflessione in questa direzione, ovvero su come i dispositivi di cura debbano farsi flessibili e mutevoli, sapendo anche adattarsi a contesti di vita diversi, è emerso nel caso della marginalità estrema che indubbiamente rende ineludibile il problema del dove, e di conseguenza del cosa e del come. In questo caso, si sono registrate diverse iniziative che hanno cercato di creare luoghi di cura in contesti non generalmente consoni (ad esempio presso stazioni ferroviarie), o anche la costruzione di spazi comunitari dedicati alla marginalità sociale in cui è forte anche la sofferenza psichiatrica.
- **L'importanza del luogo:** L'accoglienza in grandi strutture pone sfide terapeutiche diverse dall'accoglienza in strutture piccole o in case famiglia, o, ancora, in strutture per vulnerabili. Certamente si ha condivisa percezione che le strutture per soggetti vulnerabili, quando per vulnerabili si intende soggetti con sofferenza psichiatrica

significativa, costituiscano una soluzione assai problematica: la stessa natura di tali strutture non è chiara, poiché non è chiaro quanto esse debbano essere intese come strutture residenziali psichiatriche.

2. I focus territoriali: Monza e la situazione della Lombardia

Tenuto lo scorso 15 marzo, il *focus group* ha proposto una riflessione sullo stato dell'erogazione dei servizi di salute mentale per i richiedenti asilo nella Regione Lombardia, sugli attuali bisogni sul fronte della tutela della salute mentale dei migranti forzati e sui rischi legati alla mancanza di un accesso a servizi adeguati, sulla qualità della cooperazione tra i vari attori territoriali che concorrono alla presa in carico psico-sociale. Al focus group hanno partecipato responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio, operatori dei CAS; professionisti che collaborano con associazioni Onlus e/o no-profit.

Dal confronto sono emersi i seguenti elementi conoscitivi sul contesto regionale:

- **La situazione nei CAS:** In particolare Monza si caratterizza come uno dei centri con il più alto numero di CAS che, negli anni passati, sono arrivati ad accogliere da un minimo di 600 ad un massimo di 2500 migranti per Centro. La forte contrazione dei richiedenti asilo sbarcati sulle coste italiane negli ultimi mesi ha ridotto la pressione sul sistema dell'accoglienza, in particolare nelle strutture dedicate all'accoglienza straordinaria, riducendo fortemente il numero dei soggetti migranti presenti nelle strutture del territorio che però rimangono comunque alti, attestandosi attorno ai 150-900 migranti per struttura. Parallelamente si è vista una trasformazione organizzativa e logistica dei CAS verso una struttura di accoglienza in appartamenti (fino a 140 appartamenti per CAS) disseminati nel territorio della provincia, dove si registra però una scarsa presenza di trasporti pubblici, che si traduce in una difficile gestione soprattutto dei problemi di salute mentale, specie se le persone richiedono assistenza farmacologica.
- **I DSM** registrano una presa in carico di pazienti al di sotto del 4% (migranti forzati), abbastanza inferiore al numero reale degli aventi bisogno, a causa di carenza di risorse. Di recente le strutture hanno sofferto di un depotenziamento delle risorse del 25% rispetto alle necessità. Oggi è disponibile un solo specialista ogni 1400 pazienti.
- **Le ASST (Azienda Socio-sanitaria territoriale che sono sede di Poliambulatori dislocati sul territorio):** le ASST costituiscono un importante attore nel territorio: recentemente ha avviato un progetto della durata di 3 anni, che ha messo in campo un presidio di equipe con la presenza di educatori, infermieri, assistenti sociali, ma non psicologi, equipe che si interfaccia con i servizi territoriali. Il progetto prevede la presa in carico di persone con problematiche mentali che vengono inserite in alloggi con persone senza disagi (in modalità mista). È previsto un importante sforzo di formazione a vari livelli, che coinvolge nuovi operatori dei servizi pubblici seguendo il modello di *peer 2 peer*. Mancando una regia complessiva, e una chiarezza su chi debba assumere la responsabilità dell'intervento sui migranti, tanto più se con vulnerabilità psichica, l'aumento delle forze in campo non ha prodotto un miglioramento della presa in carico, comportando invece una

sovrapposizione degli interventi realizzati dai vari attori presenti sul territorio. Per ragioni di razionalizzazione della spesa, i pazienti che necessitano di ricoveri prolungati vengono destinati a strutture sanitarie seguendo la logica della 'disponibilità del posto letto' e non per specializzazione della struttura in cui avviene il ricovero.

- **Cooperazione CAS e DSM:** i partecipanti agli incontri territoriali riferiscono che la regione Lombardia vanta, nella sua storia recente, una buona cooperazione tra i DSM (Denominati in Regione Lombardia, CPS) ed i CAS. Tale collaborazione è resa meno agevole oggi in ragione del fatto che è venuta meno la figura dello psicologo, un tempo presente in ogni Centro e in ragione della generale riduzione delle risorse. Gli operatori riportano un aumento del numero dei senza fissa dimora con un percentuale di cittadini di Paesi terzi del 60/70%. Altro dato preoccupante è l'aumento di doppie diagnosi (dipendenza da alcool, gioco o droga associati a sintomi psichiatrici) con un impatto evidente sui servizi. In risposta, i DSM, in piena cooperazione con le organizzazioni no profit ed i CAS hanno svolto dei corsi di formazione sulla vulnerabilità psichica degli immigrati o con forte rischio di marginalità. Sia i CAS che i DSM ritengono molto importanti le competenze dei mediatori culturali, i quali vengono coinvolti nella formazione sopra citata oltre ad essere presenti in sede di colloquio con i possibili pazienti.

Di seguito si elencano i principali elementi critici della presa in carico della vulnerabilità psichica dei migranti che sono emersi nel corso della sessione di lavoro:

- a) La carenza di competenze e professionalità specifiche nelle strutture di accoglienza e quindi difficoltà nell'individuazione precoce del disagio psichico dei migranti;
- b) L'aumento importante di doppie diagnosi in soggetti presenti nei CAS e nei migranti senza fissa dimora;
- c) Sovrapposizione degli interventi realizzati dagli attori pubblici.
- d) L'assenza di psicologi all'interno delle equipe presenti nei poliambulatori;
- e) Mancanza di chiarezza su chi abbia la responsabilità nell'assistenza verso il migrante forzato, con mancanza di corrispondenza tra il bisogno espresso dal migrante forzato (paziente) e quello che il professionista e/o operatore percepisce;
- f) Scarse competenze etno-psichiatriche al quale si cerca di sopperire con corsi di formazione non sufficientemente adeguati;
- g) La collaborazione tra istituzioni e terzo settore viene ostacolata da rigidità di sistema;
- h) Molteplicità di attori/organizzazioni private e pubbliche, dedite nel fornire il miglior servizio possibile ai migranti forzati e non solo (CAS, ASST, DSM, Onlus, Organizzazioni benefiche private) ma senza una regia complessiva, e con un elevato dispendio di risorse;
- i) La difficoltà di presa in carico della vulnerabilità psichica nell'ambito dei CAS (appartamenti) poco o mal serviti dai mezzi di trasporto pubblici.

I focus territoriali: Roma e la situazione del Lazio

Sebbene il fenomeno degli sbarchi di richiedenti asilo sulle coste italiane abbia subito una forte contrazione con numeri ormai prossimi allo zero, rimane significativo il numero di migranti ospiti del sistema di accoglienza, così come è presumibile che una quota dei migranti usciti dal percorso dell'accoglienza sia rimasta nei territori in condizioni che suscitano timori per il rischio di un acuirsi di casi di marginalità sociale e vulnerabilità psicologica.

Tale valutazione, in particolare nella regione Lazio, aveva già messo in evidenza non poche criticità, soprattutto in ragione della mancanza di una risposta attiva e coordinata da parte dei servizi psichiatrici territoriali, presi, potremmo dire, quasi di sorpresa dall'apertura delle strutture di accoglienza nei territori di pertinenza e già in affanno per ragioni di organico.

Di fatto la pluralità degli attori dell'accoglienza, ovvero dei soggetti che si sono trovati a gestire i cosiddetti Centri di accoglienza straordinaria (CAS), aventi storie e professionalità diverse, si è trovata ad interagire con la pluralità degli assetti e delle sensibilità territoriali dei servizi: ne è conseguita una frammentazione e una difficoltà delle relazioni tra strutture di accoglienza e servizi territoriali, con il risultato che nella gran parte dei casi non sembra si sia stati in grado di garantire l'adeguata presa in carico dei soggetti vulnerabili.

Si possono elencare le seguenti difficoltà:

- a) scarse competenze specifiche nelle strutture di accoglienza, e quindi difficoltà nell'individuazione precoce del disagio psichico dei migranti;
- b) storie migratorie e condizioni di vita nelle strutture di accoglienza che rappresentano fattori traumatici di fatto traumatiche;
- c) difficoltà di relazione tra strutture dell'accoglienza e servizi territoriali per lo screening o per l'invio dei soggetti con sofferenza psicologica franca;
- d) ricovero in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) in fase acuta quale primo rapporto con i servizi spesso costretti a dimettere il paziente troppo presto, per ragioni interne a tali servizi, con indicazioni in fase di dimissione solo di tipo farmacologico e senza trasferire informazioni alle strutture sanitarie territoriali per una presa in carico di tipo trattamentale/riabilitativo;
- e) nei casi in cui si tenta di indirizzare l'intervento di presa in carico post dimissioni si registrano comunque difficoltà nel ricollocare i pazienti in uscita dal SPDC;
- f) difficoltà linguistiche e assenza di mediatori culturali;
- g) scarse competenze etnopsichiatriche;
- h) assoluta mancanza di interventi di presa in carico da parte dei servizi territoriali e assenza di piani di intervento psicosociale;
- i) una molteplicità di attori/organizzazioni private e pubbliche impegnati a fornire il miglior servizio possibile ai migranti in genere e ai migranti forzati (CAS, Sistema di Protezione per

il Richiedenti Asilo- SPRAR1, Unità Mobili Comunali, realtà del Terzo Settore, Aziende Ospedaliere) ma senza una regia e quindi con un rischio elevato di duplicazione degli interventi e di dispersione delle risorse;

- j) assenza di una rete di intervento che si riflette nelle forti difficoltà di coordinamento tra i servizi (ad esempio, Centri diurni e dei dormitori) nell'assenza di una mappatura degli attori coinvolti, delle competenze messe in campo, delle risorse disponibili.

Dalle difficoltà sopra elencate è evidente come nella situazione presente venga quasi a mancare completamente la presa in carico, o almeno una presa in carico che non si riduca a semplice somministrazione di psicofarmaci (di cui, tra l'altro, si registra un utilizzo problematico sia per l'appropriatezza della prescrizione sia per la difficoltà di valutare la *compliance*) a pazienti in fase di almeno parziale compenso, con la conseguenza che il sistema di cura intercetta il paziente nella fase di acuzie, e anche in questo caso la presa in carico rischia di essere non adeguata e limitarsi alla soluzione dell'episodio acuto senza l'avvio di un percorso trattamentale post acuzie adeguato (per altro inattuabile nel corrente assetto organizzativo dei servizi sanitari).

A questo elemento di forte preoccupazione si aggiunge il dato che ormai circa il 60% dei soggetti senza fissa dimora - come dimostrano i dati della sala operativa sociale del Comune di Roma e come confermano tutti gli attori che lavorano con la marginalità sociale più estrema - è costituita da cittadini non italiani, nella gran parte dei casi cittadini di Paesi Terzi richiedenti asilo. Molti di questi pazienti sono fuoriusciti o sono stati espulsi dal sistema di accoglienza o sono stati dimessi dal SPDC e, per una gran parte di loro, spesso risulta anche impossibile accedere al ricovero in SPDC nei casi di nuovo scompenso.

ALCUNE DELLE EVIDENZE EMERSE

Fattori di criticità

Dalle evidenze sopra discusse, rispetto alla presa in carico della vulnerabilità psichica dei migranti, la situazione al momento sembra delinearsi i seguenti fattori di criticità:

- **Inadeguatezza delle risposte messe in campo dai servizi sanitari territoriali:** rispetto a questo tema valgono le riflessioni di Petta a conclusione della recente "Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma (pubblicata nel 2019): *i servizi sanitari pubblici territoriali hanno una competenza "generalista" che non copre gli aspetti di medicina e psicopatologia delle migrazioni. Spesso non si interrogano sulla necessità di fornire risposte adeguate ai bisogni emergenti della particolare popolazione dei migranti forzati, considerando anche la presenza di vulnerabilità e traumi. I pochi servizi specifici dedicati ai migranti vittima di violenze intenzionali, sia pubblici che del privato sociale, presenti in diverse forme e in modo disomogeneo a Roma [come nelle Regioni interessate dal progetto Psychcare], non rappresentano risorse sufficienti per far fronte ai bisogni*

¹ Recentemente rinominato SIPROIMI (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori non accompagnati).

emergenti in questa popolazione in assenza di un sostegno anche da parte degli altri servizi locali sanitari, soprattutto di quelli di salute mentale².

- **Servizi sanitari territoriali, nei diversi contesti territoriali, con competenze diverse sul fronte della presa in carico di soggetti con vulnerabilità:** emerge una differenziazione soprattutto tra le Regioni Settentrionali e le altre Regioni italiane. Nelle prime, si sono andate articolando nel tempo progettualità sostenute da finanziamenti privati (e quindi non continuative) che hanno permesso di sviluppare nei territori esperienze specifiche di cura del benessere dei migranti sul territorio realizzate da partenariati tra servizi pubblici e Terzo. Ciò nonostante, permangono difficoltà sia nel raccordo tra servizi pubblici, sia nella cooperazione tra attori pubblici e privati, e la mancanza di una regia complessiva rischia di produrre una duplicazione di interventi, invece di una crescita complessiva del sistema e della rete di intervento. Del resto, come detto, non siamo al momento giunti a conoscenza di direttive regionali o aziendali precise: al più esistono progetti regionali a valere su Fondi FAMI (come meglio si dirà di seguito) destinati ad azioni promosse da Aziende sanitarie Locali, anche a valenza regionale, che spesso includono tra le linee di azione anche la dimensione psichiatrica.
- **Alcuni elementi critici della presa in carico dei pazienti migranti** paiono non garantire un'adeguata prevenzione e cura delle patologie psichiatriche in fase sia acuta sia cronica. Tra questi, la difficoltà nell'individuazione precoce del disagio psichico dei migranti per la carenza di competenze e professionalità etno-cliniche nelle strutture di accoglienza (e recentemente, sulla base delle nuove disposizioni dei bandi di affidamento dei servizi di accoglienza, anche solo cliniche) e per l'assenza di una presa in carico per interventi di tipo preventivo da parte dei servizi territoriali per la salute mentale a cui spesso si aggiungono le difficoltà logistiche che rendono difficile una presa in carico continuativa degli utenti ospitati nei CAS e negli SPRAR, nel caso di disagio conclamato; difficoltà di relazione tra strutture dell'accoglienza e servizi territoriali per lo screening o per l'invio dei soggetti con sofferenza psicologica franca; difficoltà da parte dei servizi per la salute mentale del territorio di identificare i bisogni espressi dal migrante forzato con fragilità psichica in quanto sono ancora scarsamente diffuse le competenze etno-psichiatriche; difficoltà linguistiche e carenza di servizi di mediazione culturale.
- **I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) vengono a costituire di fatto, l'unica risposta, ad oggi, messa in campo,** anche con un significativo aggravio di costi per il S.S.N. e spesso anche l'unico punto di accesso ai servizi sanitari territoriali (Dipartimenti di Salute Mentale). In molti casi l'accesso ai SPDC non è seguito da una presa in carico riabilitativa, in altri rappresenta l'unica porta d'ingresso ai servizi sanitari territoriali.

² Anna Maria Petta (2019) Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma, Associazione Crossing Dialogues. Sebbene i dati non possano essere generalizzati a tutto il sistema sanitario italiano, Roma fornisce uno spaccato abbastanza tipico che consente di avere dati utili per impostare analisi similari in altri territori, e soprattutto per usare criticità e punti di forza che emergono in questa indagine come modello per ragionare su elementi analoghi in altri territori.

- **I servizi per la salute mentale costituiscono solo un segmento della più ampia rete di presa in carico della vulnerabilità psico-sociale che fa però molta fatica a costituirsi:** su questo fronte è evidente una forte difficoltà di coordinamento tra i servizi sanitari e sociali, l'assenza di una mappatura degli attori coinvolti, delle competenze messe in campo, delle risorse disponibili. In alcuni contesti si registra l'assoluta mancanza di interventi di presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali territoriali e l'assenza di piani di intervento psicosociale. È noto che il tema della vulnerabilità psichica investe un arco di interventi che va dalla dimensione più strettamente trattamentale (anche di tipo farmacologico) ad interventi prettamente sociali. La dimensione trattamentale e riabilitativa dipende dal grado di complessità che il soggetto pone da un punto di vista sociale: con persone che hanno un buon "ancoraggio sociale" in termini relazionali, lavorativi, ecc., la dimensione trattamentale può limitarsi anche al solo intervento di stabilizzazione. Quando invece predomina la dimensione sociale del disagio, la risposta deve essere in primo luogo di tipo sociale per poi valutare i bisogni a cui rispondere in ambito clinico. Proprio l'insufficiente integrazione tra servizi sociali e psichiatrici conduce molto spesso al fallimento dei progetti trattamentali. Non solo, la mancata integrazione tra sistema dell'accoglienza e servizi crea dei buchi nella maglia dei servizi in cui scivolano i soggetti più fragili. L'esigenza di rafforzare la capacità degli attori di fare rete, anche secondo un possibile ripensamento delle prassi di lavoro, appare necessario, non solo per le diverse migliaia di persone che gravitano intorno al sistema dell'accoglienza ma anche per garantire un adeguato standard di servizio ai cittadini migranti regolarmente residenti da anni nel territorio e in ultima istanza ai cittadini italiani.

Buone pratiche di intervento nei territori sede dell'intervento di Psychcare

La regione Lombardia: va consolidandosi la cooperazione tra i DSM (Denominati in Regione Lombardia, CPS) ed i CAS. L'azione di rete ha portato sia ad iniziative di qualificazione degli attori dell'accoglienza sulla vulnerabilità psichica degli immigrati o con forte rischio di marginalità a cura del DSM sia all'attivazione mirata di interventi sul tema della vulnerabilità psicosociale nell'ambito di progetti prevalentemente finanziati dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 (FAMI) o da Fondazioni private, tra i quali:

- A Monza e Brianza: "Nuova rete della salute mentale per i richiedenti asilo in ATS Brianza", capofila l'ATS della Brianza: interventi di formazione degli operatori dell'accoglienza del terzo settore e del pubblico, costituzione di due équipes itineranti specializzate alla presa in carico della vulnerabilità psichica.
- A Brescia e a Mantova il progetto Recovery.net (progetto triennale) finanziato da Fondazione Cariplo (bando Welfare in azione) e che vede coinvolti l'ASST Spedali Civili di Brescia, ASST di Mantova, Politecnico di Milano Dipartimento di Design, Università degli Studi di Milano Bicocca Dipartimento di Sociologia e ricerca Sociale, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano Dipartimento di Psicologia,

e diverse realtà del terzo per interventi di riqualificazione dei servizi di salute mentale rispetto alla psichiatria di comunità.

- Sempre a Brescia, il progetto Fami Start 2 (Servizi socio-sanitari trasversali di accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale 2.0) per la Tutela della salute mentale con capofila l'ASST Spedali Civili di Brescia.
- Più in generale, la Lombardia è anche un contesto ricco di esperienze e competenze di etnopsichiatria, tra cui citiamo le realtà più note come il servizio di etnopsichiatria dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano che dal 2000 ad oggi ha accolto in trattamento oltre 1600 migranti, o il programma di etnopsichiatria dell'Ospedale Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo e dell'Ospedale Città di Sesto San Giovanni nella medesima città. A queste si aggiungono diverse iniziative a cura del Terzo Settore (tra cui Terre Nuove, GRT, Consorzio Comunità Brianza³, ecc.) che compongono una quadro complessivamente ricco di esperienze e competenze specifiche, in assenza però di forme di coordinamento che possano produrre una qualificazione complessiva del sistema di intervento sulla vulnerabilità psichica.

In Campania, nella provincia di Salerno, sono in corso specifiche attività finalizzate a: a) rafforzare la sinergia e la consuetudine di lavoro tra i diversi territoriali, ovvero la ASL di Salerno, il Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Salerno, la Prefettura e gli enti del Terzo Settore coinvolti nel sistema di accoglienza; b) costruire e formalizzare un modello operativo di intervento a tutela e promozione della salute mentale dell'utenza migrante presente sul territorio. In quest'ottica, sono stati avviati percorsi formativi rivolti agli operatori dei servizi sanitari territoriali e delle strutture di accoglienza, aventi lo scopo di rafforzare le singole competenze sul tema delle vulnerabilità psicosociali così da favorire una lettura comune dei bisogni specifici e delle criticità poste dall'utenza migrante e l'individuazione precoce di segnali di disagio mentale dei soggetti più vulnerabili. Si sta lavorando inoltre alla predisposizione di specifici strumenti di lavoro utili per uno screening puntuale del disagio psicologico e psichiatrico dei soggetti titolari di protezione internazionale e richiedenti asilo ospiti presso la strutture di accoglienza del territorio. Tale strumentazione avrà la funzione di sostenere gli operatori delle strutture di accoglienza in un processo di «osservazione guidata» in grado di cogliere segnali comportamentali, suggestivi di forme di disturbo psichiatrico, e di rendere più semplice, veloce e puntuale la segnalazione ai servizi di salute mentale territoriali di tutti quei soggetti che necessitano di una attenzione e di una valutazione dal punto di vista psichiatrico e psicologico. Tutto ciò consentirà di mettere a punto una dettagliata procedura di invio tra i servizi di salute mentale e le strutture di accoglienza per una presa

³ A Monza il Consorzio Comunità Brianza ha realizzato il progetto "Etnopsichiatria di Comunità: l'identità culturale per il benessere psico-fisico" con interventi di formazione di operatori per una prima individuazione di segnali di disagio psicologico; la costituzione dell'equipe multidisciplinare (coordinatore operatore accoglienza, coordinatore equipe pedagogista, psicologi transculturali, psichiatra, mediatore culturale al bisogno), l'avviamento del percorso di sostegno e l'indirizzamento verso i servizi del territorio (CPS, Vademecum S. Gerardo Monza); attivazione della comunità locale, stimolando le reti esistenti in un'ottica di corresponsabilità educativa, così da favorire una vera e propria inclusione sociale dei beneficiari del progetto.

in carico congiunta e la gestione terapeutica dei soggetti che manifestano forme di disagio psicologico e/o psichiatrico.

Regione Lazio: a Roma è certamente di rilievo l'esperienza del Centro SaMiFo (Centro per la Salute dei Migranti Forzati) un servizio nato nel 2006 dalla collaborazione tra il Centro Astalli e la ASL Roma 1 che oggi si qualifica come una Struttura Sanitaria a Valenza Regionale per la tutela della salute dei migranti forzati. L'équipe del SaMiFo è composta da operatori e mediatori del Centro Astalli e da personale medico in parte volontario, in parte messo a disposizione dalla stessa ASL. Ai richiedenti asilo e rifugiati il SaMiFo offre assistenza medica sia di base che specialistica presso gli ambulatori di psichiatria, psicologia, ginecologia, ortopedia e medicina legale. Sono inoltre presenti mediatori linguistico-culturali e operatori sociali, che fanno da collegamento tra la fase di accoglienza e di cura. Nel corso degli anni il SaMiFo ha assunto un ruolo di riferimento per le associazioni e i centri di accoglienza del territorio, ma soprattutto per i richiedenti asilo, i rifugiati, le vittime di tortura e di violenza intenzionale. Particolare attenzione è infatti rivolta ai percorsi di tutela, cura e riabilitazione psico-fisica delle persone più vulnerabili.

Si tratta, come si vede, di iniziative ancora pionieristiche o con una valenza fortemente territoriale che mostrano come i diversi contesti territoriali si stiano attrezzando per rispondere ad una sfida - garantire il benessere della popolazione migrante – che va mostrandosi in tutta la sua complessità.

IN CONCLUSIONE

Gli ultimi dati forniti dal Viminale evidenziano come il fenomeno degli sbarchi di richiedenti asilo sulle coste italiane sia ormai ampiamente sotto controllo con numeri abbastanza prossimi allo zero. Ne consegue che la pressione sul sistema dell'accoglienza, in particolare nelle strutture dedicate all'accoglienza straordinaria, sia terminato. Anzi si segnala una chiusura di un certo numero di strutture, sia a ragione della fisiologica uscita degli ospiti dalle stesse strutture, sia in forza del "Decreto Sicurezza" che accelera l'uscita di alcune categorie di migranti. E tuttavia rimane un significativo numero di migranti ospiti del sistema di accoglienza, così come è presumibile che una quota dei migranti usciti dal percorso dell'accoglienza permanga nei territori in condizioni che suscitano timori per il rischio di un acuirsi di casi di marginalità sociale e vulnerabilità psicologica.

Si va così delineando un quadro di forte preoccupazione, dove, da una parte, salta completamente la capacità di intervenire sul disagio psichico prima che si presenti nella fase acuta di scompenso, dall'altra, quando anche si presenta la situazione acuta è difficile garantire quegli standard di presa in carico che possano ridurre l'esito in forme di cronicità più compensate. Tutto ciò non può che generare il prodursi di un sempre più elevato numero di soggetti destinati all'assoluta marginalità sociale anche a ragione dell'assenza di qualsiasi rete familiare, amicale e sociale di protezione.

In ogni caso risulta sempre più difficile intervenire adeguatamente sull'emergenza sociale che si va creando certamente per l'insufficienza degli interventi sociali ma soprattutto per la scarsissima capacità di raccordo con gli interventi di tipo psichiatrico e riabilitativo, così che gli interventi messi in campo hanno poca o nulla valenza riabilitativa. A ciò si aggiungono le difficoltà proprie di questa popolazione, quali l'impossibilità talvolta di ricostruzione delle storie di vita, e spesso persino l'assenza di identità certa (durante la riunione è emerso che il 50% dei soggetti sono senza documenti identificativi); le difficoltà di rintracciarne i famigliari e persino di favorirne il rimpatrio.

La rilevanza e l'urgenza che questo tema va acquisendo è confermata dallo stanziamento di risorse del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 per il finanziamento di interventi di qualificazione del sistema di tutela sanitaria per i servizi rivolti ai cittadini di Paesi terzi portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza⁴. Le azioni finanziate si caratterizzano come interventi di capacity building degli operatori pubblici e privati volti a potenziare l'intervento multiagency e multi-professionale, ossia promuovere la capacità di lavoro in rete, e ad adeguare metodologie e strumenti di lavoro con la vulnerabilità⁵.

La stessa preoccupazione è condivisa dai Consigli Territoriali per l'Immigrazione delle Prefetture, ascoltati nell'ambito di un'azione di monitoraggio dell'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi sul territorio condotta da IPRS nell'ambito di un servizio di potenziamento e supporto alla governance dei Consigli Territoriali per l'immigrazione (CC.TT.I) realizzato per conto del Ministero dell'Interno. Nel corso degli incontri che hanno avuto luogo nel 2018, e nei primi mesi del 2019, volti proprio a cogliere eventuali problematiche rispetto al disagio psicosociale dei migranti forzati, sono emerse forti criticità nella gestione di soggetti con vulnerabilità da parte degli operatori dei Centri di accoglienza e da parte degli operatori dei servizi sanitari territoriali, confermando il dato che la presa in carico viene fatta per i casi in fase acuta, sostanzialmente in assenza interventi sul fronte della prevenzione e della riabilitazione post acuzie.

⁴ Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico 2 - ON3 Capacity building – lettera j) Governance dei servizi.

⁵Nel 2016 su 12 progetti finanziati dal Ministero dell'Interno relativamente alla linea di intervento riguardante la tutela della salute dei richiedenti protezione internazionale (ON 1 - Accoglienza/Asilo - lett. c - Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza - Tutela della salute), la metà riguardava in particolare progetti aventi ad oggetto *esclusivamente* la salute mentale; nel 2018, tale specificità invece riguarda 7 progettualità su un totale complessivo di 18 soggette a finanziamento.

ALLEGATO

Il progetto PsychCare

Il progetto PsychCare – Psychiatric Services for Refugees finanziato dalla Open Society Foundations (OSF – www.opensocietyfoundations.org) nell’ambito delle attività del Public Health Program, si pone l’obiettivo di realizzare un’azione di *advocacy* sul tema della tutela della salute mentale dei migranti e richiedenti asilo in Italia per un miglioramento dei servizi erogati a tutela del benessere e della salute mentale dei segmenti più vulnerabili della popolazione migrante. Più in generale, il progetto, che ha una durata complessiva di due anni (10/09/18-09/09/20) mira a sostenere la crescita culturale degli attori e dei servizi, a vario titolo coinvolti, nel sistema di accoglienza – inteso come un sistema multi-livello e multi-agenzia – e che sono chiamati ad offrire una risposta adeguata ai bisogni psicosociali dei migranti e richiedenti asilo in Italia.

Realizzato in quattro regioni (Lazio, Lombardia, Campania, Sicilia), PsychCare traguarda la costruzione di prassi di lavoro condivise a partire dall’analisi delle modalità operative attuali; lo sviluppo di una comune consapevolezza sulle sfide della presa in carico dell’utenza target del progetto; il sostegno alla partecipazione attiva degli attori coinvolti in modo che siano chiari e condivisi i benefici di un sistema che prende in carico la vulnerabilità e persegue obiettivi di benessere psicosociale per coloro che transitano nel sistema di accoglienza.

A lungo termine l’obiettivo del progetto è di migliorare l’offerta dei servizi territoriali di salute mentale rivolti ai migranti e richiedenti asilo nell’ambito del Sistema Sanitario Nazionale in Italia, nell’ottica di promuovere l’accesso a tali servizi e scoraggiare opzioni più istituzionalizzanti di presa in carico della salute mentali, di ostacolo al raggiungimento di obiettivi di integrazione sociale.

PsychCare, attraverso una forte azione di *advocacy* e il coinvolgimento attivo di tutti gli attori chiave, mira a porre le basi per un modello partecipato di offerta dei servizi di salute mentale ai richiedenti asilo e ai rifugiati applicabile all’intero contesto nazionale e che possa servire da modello per altri Stati membri dell’UE.

Il perseguimento di questo obiettivo richiede azioni mirate, progettate per raggiungere obiettivi a breve e medio termine attraverso il coinvolgimento degli *stakeholder* a tutti i livelli di *governance* e di servizio per analizzare e identificare soluzioni comuni e sostenere una crescita della consapevolezza delle sfide che si pongono su questo fronte. Tale coinvolgimento, che si realizza attraverso periodici incontri nei diversi territori e il confronto diretto con gli attori chiave per analizzare i contesti locali e le specifiche criticità che sorgono relativamente al tema della presa in carico del disagio psichico, ha lo scopo di raggiungere i seguenti risultati:

1. L’aumento della consapevolezza tra gli stakeholders (a livello nazionale, regionale e locale) e i servizi sanitari, sulla necessità di sostenere l’accesso della popolazione migrante ai servizi di salute mentale territoriali.
2. La definizione di linee guide nazionali che orientino l’offerta dei servizi di salute mentale a partire dall’esigenze complesse poste dall’utenza dei migranti e dei richiedenti asilo.

3. Il miglioramento delle competenze degli operatori dei centri di accoglienza nella gestione e nell'intervento a tutela della salute mentale dei migranti e richiedenti asilo anche sostenendoli nell'individuazione precoce del disagio psichico.

Combinati, questi obiettivi mirano ad avviare un circolo virtuoso che sostiene l'adozione e l'implementazione di un nuovo modello di presa in carico della salute mentale dei migranti vulnerabili in modo da promuovere il benessere psicosociale come condizione necessaria ad una effettiva integrazione e inclusione nella comunità locale.

È evidente come l'adozione di un nuovo modello di intervento condiviso comporti trasformazioni a livello politico, culturale e delle prassi; un aggiornamento ed integrazione delle competenze attualmente messe in campo in questo ambito; modifiche a livello di policy, di spesa, di management dei servizi e delle procedure. Tutti processi, questi, che richiedono tempo e una piena adesione agli obiettivi da parte di tutti gli attori coinvolti in un'ottica di corresponsabilità. PsychCare, attraverso i suoi sforzi di *advocacy* e il coinvolgimento attivo di tutti gli attori chiave nell'ambito della tutela della salute mentale e degli interventi psico-sociali rivolti all'utenza vulnerabile, mira a porre le basi di un modello di presa in carico della salute mentale dei richiedenti asilo che possa essere adottato in modo uniforme nel territorio italiano e anche indirizzare le strategie di intervento anche in altri contesti europei.

Attività realizzate ad oggi:

- Realizzazione di iniziative seminariali e di confronto a Roma (2 eventi), Monza, Matera, Salerno con professionisti che operano in ambito sanitario e nel sistema dell'accoglienza in servizi pubblici e privati. Più specificatamente, sono stati coinvolti in tali iniziative: direttori e operatori dei Servizi di salute mentale dei servizi sanitari territoriali; operatori dei servizi dell'Ente locale che si occupano di utenza vulnerabile; operatori delle strutture di accoglienza; operatori del Terzo Settore che offrono servizi rivolti all'utenza migrante in condizioni di vulnerabilità psico-sociale sul fronte clinico e sociale (si veda tabella in coda al documento per i dettagli sulle realtà coinvolte).
- Costituzione di un tavolo di lavoro dedicato al tema della salute mentale con i professionisti che operano in ambito privato e pubblico nel territorio della Regione Lazio.
- Avvio di interviste con rappresentanti del DSM nel Lazio e in Lombardia per approfondire la conoscenza dei sistemi locali di intervento con le loro risorse e criticità.
- Le attività finora svolte nella Regione Campania, in particolare nella provincia di Salerno, riguardano specifiche azioni finalizzate a: a) rafforzare la sinergia e la consuetudine di lavoro tra i diversi territoriali, ovvero la ASL di Salerno, il Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Salerno, la Prefettura e gli enti del Terzo Settore coinvolti nel sistema di accoglienza; b) costruire e formalizzare un modello operativo di intervento a tutela e promozione della salute mentale dell'utenza migrante presente sul territorio. In quest'ottica, sono stati avviati percorsi formativi rivolti agli operatori dei servizi sanitari territoriali e delle strutture di accoglienza, aventi lo scopo di rafforzare le singole competenze sul tema delle vulnerabilità psicosociali così da favorire una lettura comune

dei bisogni specifici e delle criticità poste dall'utenza migrante e l'individuazione precoce di segnali di disagio mentale dei soggetti più vulnerabili. Gli eventi formativi si sono svolti in data 1 febbraio 2019 e 4 marzo 2019 presso il DSM della ASL di Salerno. Si sta lavorando inoltre alla predisposizione di specifici strumenti di lavoro utili per uno screening puntuale del disagio psicologico e psichiatrico dei soggetti titolari di protezione internazionale e richiedenti asilo ospiti presso la strutture di accoglienza del territorio.

- Complessivamente sono state coinvolti 17 servizi pubblici nel settore della salute mentale e 26 attori territoriali che lavorano sui temi socio sanitari e nel campo dell'accoglienza nelle regioni di: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Veneto.

Tabella 1 – Stakeholder coinvolti: Aziende Sanitarie e Socio-Sanitarie territoriali		
	Organizzazione	Regione
1.	ASL Salerno	Campania
2.	ASL Latina	Lazio
3.	ASL Roma 1	Lazio
4.	ASL Roma 2	Lazio
5.	ASL Roma 3	Lazio
6.	ASL Roma 4	Lazio
7.	ASL Roma 5	Lazio
8.	ASL Roma 6	Lazio
9.	ASL Rieti	Lazio
10.	ASL Frosinone	Lazio
11.	ASL Viterbo	Lazio
12.	ATS Distretto di Monza	Lombardia
13.	ASST Vimercate	Lombardia
14.	ASST Monza	Lombardia
15.	ASST Milano Nord	Lombardia
16.	ASL 4 Chiavarese	Liguria
17.	ASL Perugia 1	Umbria

Tabella 2 - Stakeholder coinvolti: Altri attori territoriali

	Organizzazione	Regione
18.	Acuarinto	Sicilia, Piemonte, Puglia e Calabria
19.	Cooperativa Matrix	Abruzzo
20.	Cooperativa Sociale Il Sicomoro	Basilicata
21.	Organizzazione Tolba	Basilicata
22.	Cooperative Sociale La Voce del Silenzio	Calabria
23.	CIDIS	Campania
24.	Università di Bologna	Emilia Romagna
25.	Aelle il Punto	Lazio
26.	Area Sanitaria Caritas Roma	Lazio
27.	Associazione Crossing Dialogues	Lazio
28.	Centro Astalli	Lazio
29.	Etna Progetto	Lazio
30.	Fondazione Santa Lucia	Lazio
31.	Medù Psychè	Lazio
32.	Refugees Welcome	Lazio
33.	Sant'Egidio	Lazio
34.	SOS Comune di Roma	Lazio
35.	Tre Fontane-Senis Hospes	Lazio
36.	Casa della Carità - Milano	Lombardia
37.	Consorzio Comunità Brianza	Lombardia
38.	Farsi Prossimo	Lombardia
39.	Cooperativa Novo Millennio	Lombardia
40.	Comunità Brianza	Lombardia
41.	Etna_progetto etnopsicologia analitica	Sicilia
42.	Associazione Frantz Fanon	Piemonte
43.	SPRAR Nuovi Vicini Pordenone	Veneto