



## PTSD e migrazione, l'esperienza del progetto START

Lucrezia Islam, Dirigente Medico Psichiatra, UOP 51, ASST Santi Paolo e Carlo



- Migrante: il termine **migrazione** implica un processo volontario (ma spesso si tratta di una scelta forzata). I migranti sono tutelati dal diritto internazionale, ma il termine migrante non è una definizione legale.
- Il termine **rifugiato** si riferisce ad una precisa definizione legale e a specifiche misure di protezione sancite dal diritto internazionale (convenzione di Ginevra, 1951): il rifugiato è *colui che si trova al di fuori del proprio paese a causa di conflitti, persecuzioni, violenze o minacce all'ordine pubblico* e ha pertanto diritto alla protezione internazionale
- Il **richiedente asilo** è colui che fa domanda di protezione internazionale: questa è individuale e deve essere presentata alla Polizia di Frontiera, al momento dell'arrivo in Italia, o all'Ufficio Immigrazione della Polizia, se la persona si trova già all'interno dei confini italiani

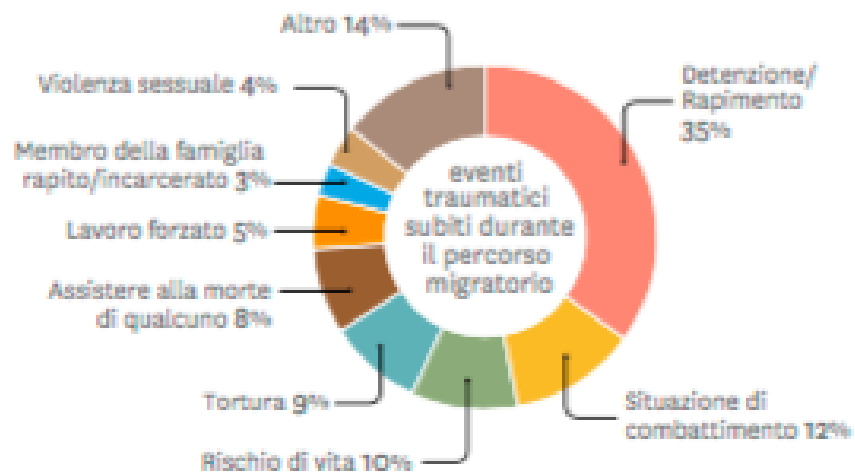
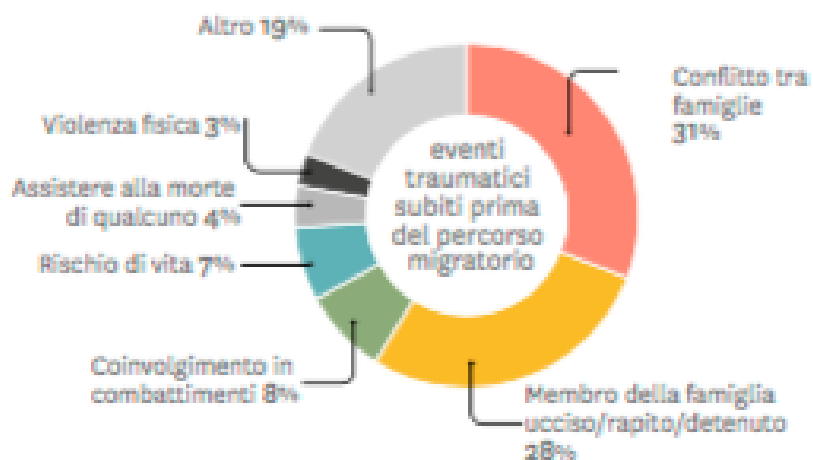


- 350.000 sbarchi in Italia tra inizio 2015 e fine 2017
- 120.000 nei primi sei mesi del 2017
- Alla progressiva diminuzione degli sbarchi non corrisponde una diminuzione del numero di morti
- 55% uomini, 30% donne, 15% minori stranieri non accompagnati)
- Indagine MSF: 60% richiedenti asilo ha disturbi mentali
- 87% di questi peggioramento al follow up (lunga permanenza nei CAS)





# Eventi traumatici e percorso migratorio





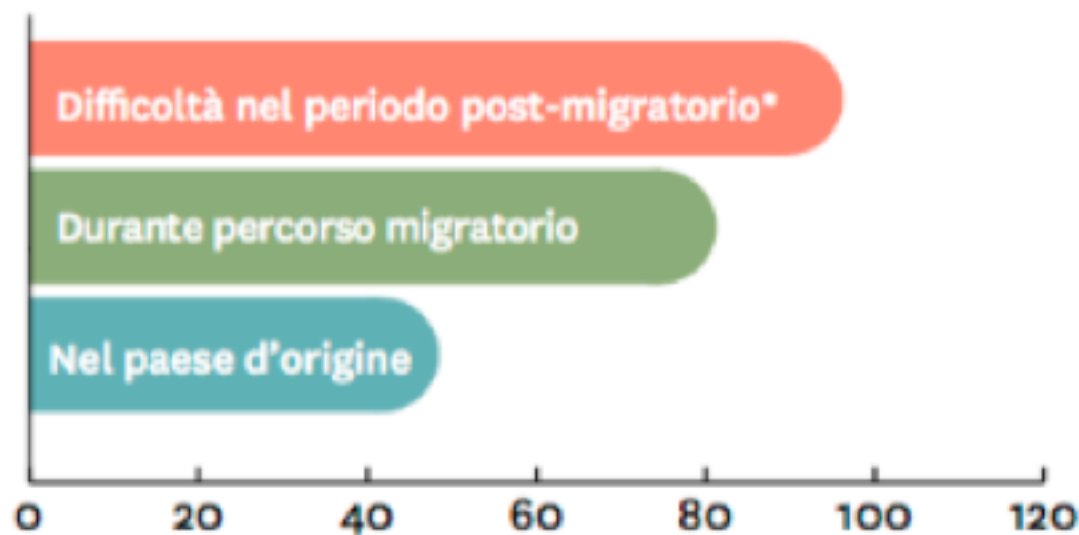
- **Fattori pre-migratori** (guerre, carestie, violenza di genere, abuso sessuale a scopo matrimoniale, MGF)
- **Fattori migratori** (viaggio, trauma, traumatizzazione vicaria, violenze, trattamenti degradanti, torture)
- **Fattori post-migratori** (disoccupazione, isolamento, barriera linguistica, violenza di genere, tratta degli esseri umani, aspetti culturali legati alla salute mentale, accesso alle cure)







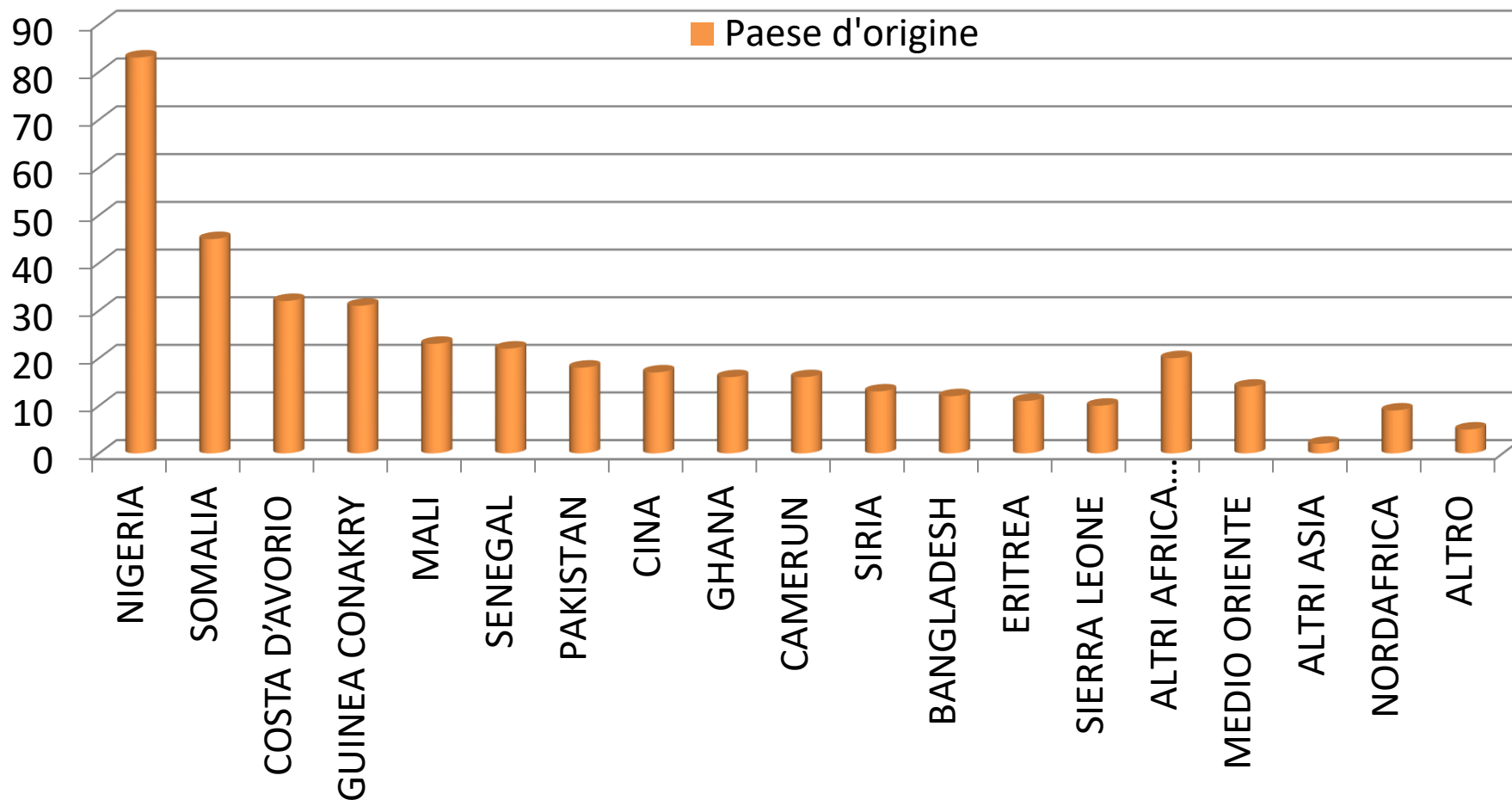
# Eventi traumatici e percorso migratorio





- Progetto START Ospedale San Paolo: equipe composta da infettivologi, internista, ginecologhe, ostetrica, psicologi, psichiatra, assistente sociale.
- Servizio di assistenza medica e psicologica dedicato ai richiedenti asilo
- 428 accessi tra Marzo 2017-2018, 244 M, 184 F
- 130 pazienti inviati per valutazione psicologica o psichiatrica (invii da CAS, SPRAR, o da altri specialisti)
- 69 donne 61 uomini

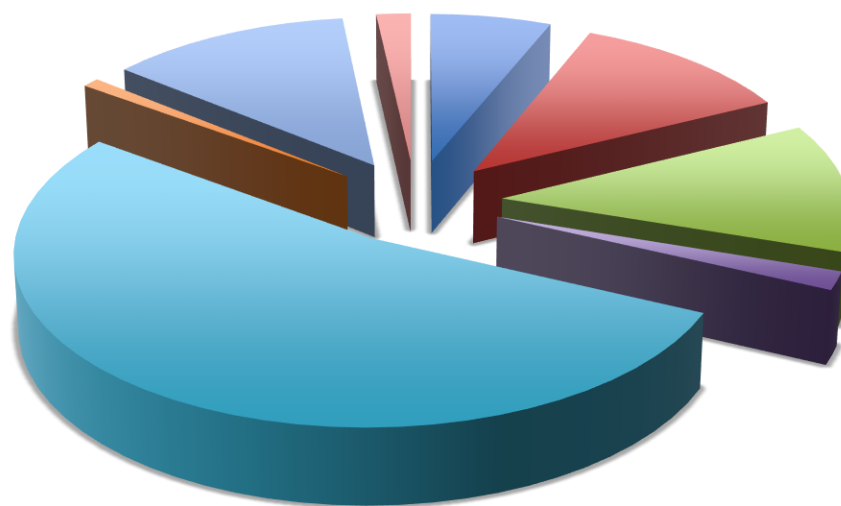








## VULNERABILITA'



■ vittima di tratta

■ gravide

■ gravi malattie o d.  
psichiatrici

■ minori

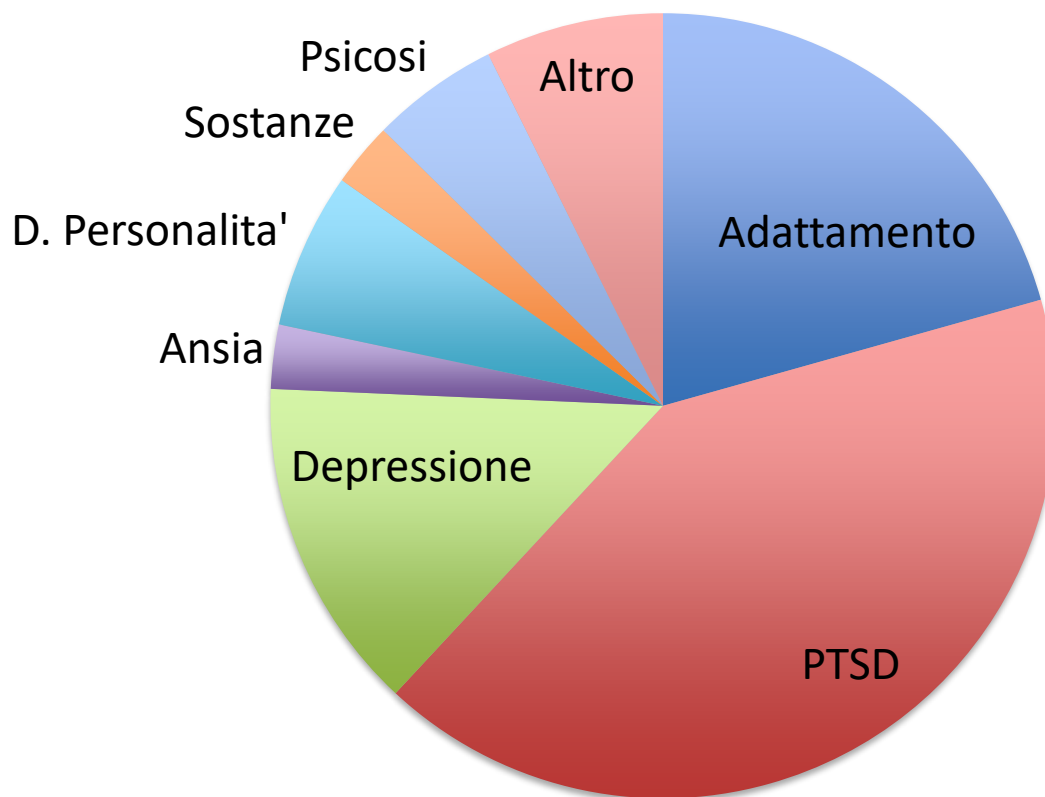
■ vittime di torture e  
stupro

■ analfabeta

■ gravi malattie o d.  
psichiatrici



## DIAGNOSI





	Male prisoners (%)	Male general population estimates (%)	Female prisoners (%)	Female general population estimates (%)
Psychosis <sup>11</sup>	4%	1%	4%	1%
Depression <sup>11</sup>	10%	2-4%	12%	5-7%
Any personality disorder <sup>11</sup>	65%	5-10%	42%	5-10%
Antisocial personality disorder <sup>11</sup>	47%	5-7%	21%	0-5-1%
Alcohol misuse/dependence <sup>12</sup>	18-30%	14-16%	10-24%	4-5%
Drug misuse/dependence <sup>12</sup>	10-48%	4-6%	30-60%	2-3%
Intellectual disability <sup>16</sup>	0-5-1-5%	1%	0-5-1-5%	1%
Post-traumatic disorder <sup>13</sup>	4-21%	2%	10-21%	3%

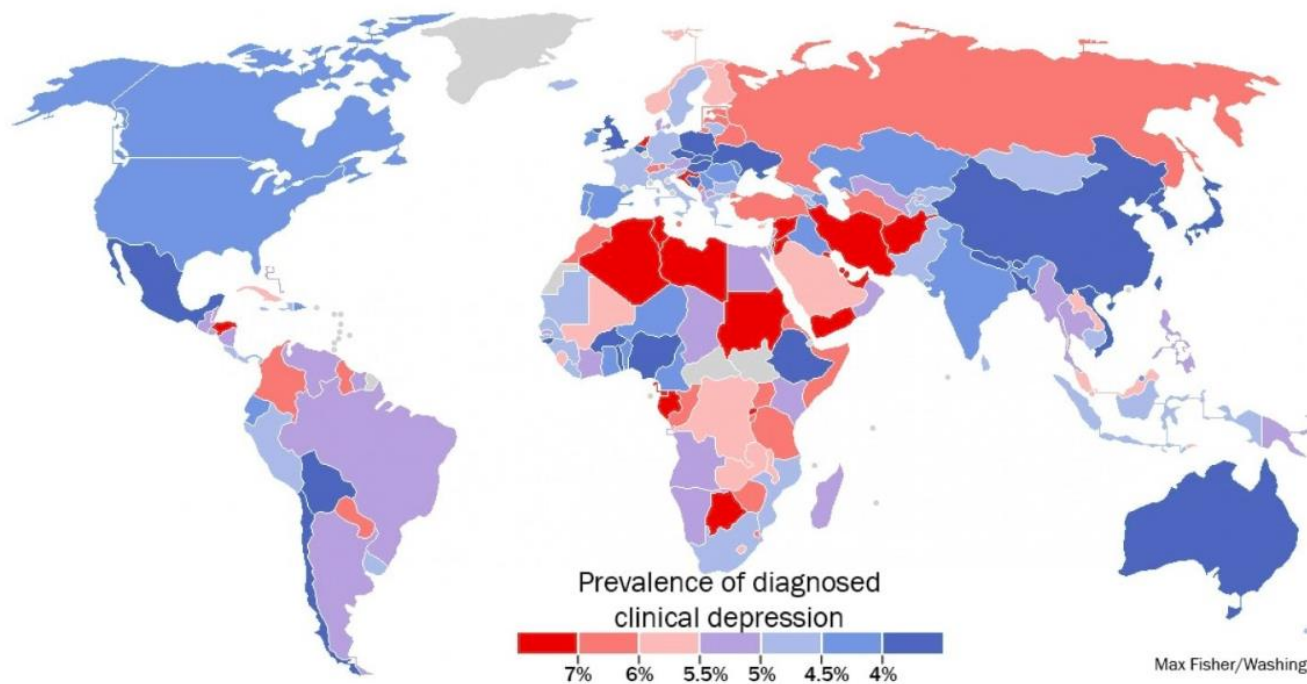
\*General population estimates are based on individuals of similar ages where possible.

**Table 1: Prevalence of mental disorders in prisoners in western countries in comparison with the general population\***

(Fazel et al., 2011)



	Uomini richiedenti asilo %	Uomini Pop. generale %	Donne richiedenti asilo %	Donne Popolazione genrale %
Depressione	13%	3%	6.5	4.3 %
Ansia	2%	1.9%	3.2	3.4%
Psicosi N.A.S.	10%	1,5%	0%	1%
PTSD	29.5%	2%	26%	3%
Disturbo dell'adattamento	16%	10%	19%	10%
Abuso/Dipendenza da sostanze o alcool	6.5%	4-6%	1%	2-3%
Disturbi di personalità	5%	5-10%	3.2%	5-10%
Altro	3%	-----	5.7%	-----



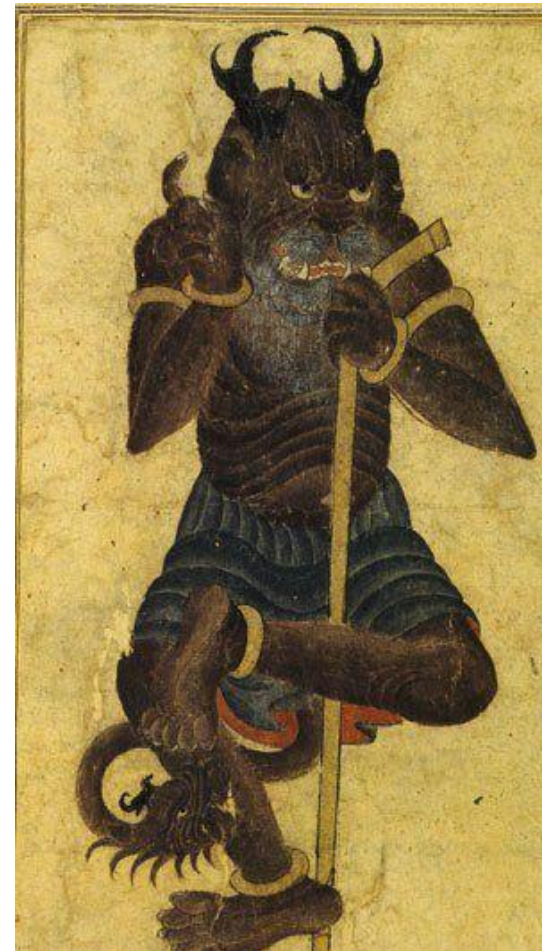


- Differenze nell'espressione del disagio psichico (le donne hanno un tasso maggiore di disturbi somatoformi, minore prevalenza di depressione e psicosi, dati sovrapponibili per PTSD e ansia)?
- Differenze nella percezione della violenza subita?
- Differenze nei meccanismi di coping, impossibili da attuare per gli uomini in un contesto differente dalla cultura di origine?





- **Attenta considerazione delle influenze culturali**
- **La cultura modifica**
  - le idee del paziente sull'origine del disturbo
  - I sintomi
  - le parole e le espressioni idiomatiche usate per descrivere la malattia
- **Cosa cambia**
  - modelli esplicativi
  - meccanismi di coping
  - modalita' di richiesta di aiuto
  - classificazione nosografica
  - trattamento





- **Presentazione con con sintomi ipocondriaci/somatici** in pazienti provenienti da Asia, Medio Oriente e Africa
- **Quadri eterogenei**, caratterizzati da sintomi dissociativi/psicotici e somatici frequenti
- **Overlap di sindromi nosograficamente distinte** nella classificazione occidentale.
- Sintomi stigmatizzati nella cultura occidentale elicitano la solifarieta' da parte della comunita' nella cultura di origine
- **Malocchio** come causa dei sintomi somatici o psichici (reticenza a parlare dei sintomi)
- **Rischio suicidario e agiti auto/eterolesivi** Basso numero di suicidi nella popolazione mussulmana , elevato numero di agiti autolesivi nei pazienti nordafricani a scopo non suicidario ed eterolesivi nei pazienti provenienti dall'Africa subsahariana





- Considerare le **influenze della cultura di provenienza** (chiedere quale pensa sia il problema, come curerebbe il problema se fosse nel suo Paese, ecc)
- **Necessita' di servizi dedicati** a questo tipo di utenza, che spesso presenta quadri misti (aspetti culturali + sintomi post traumatici + difficoltà' di adattamento alle condizioni di vita)





- Screening popolazione ad alto rischio
- **Intervento precoce**
- Riduzione di abuso/uso di sostanze e degli agiti auto ed eterolesivi
- Riduzione dell'intensita' dei sintomi post traumatici migliora la capacita' di adattamento





# Credits

- Dott. Roberto Ranieri, Responsabile Scientifico Progetto START, Ospedale San Paolo
- Equipe progetto START, Ospedale San Paolo
- Dott. Luca Rimoldi, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università' di Milano-Bicocca