

© Alva Simpson White

**ATTUAZIONE DELLE LINEE GUIDA
PER ASSISTENZA E RIABILITAZIONE
DELLE VITTIME DI TORTURA E ALTRE
FORME DI VIOLENZA:
MAPPATURA E ANALISI**

ESPERIENZE TERRITORIALI A CONFRONTO

INDICE

LISTA ACRONIMI	2
IL PROFILO DI SALUTE MENTALE DEL MIGRANTE VITTIMA DI TORTURE E VIOLENZE INTENZIONALI	6
GENESI E TAPPE PROGRESSIVE DELLE LINEE GUIDA	7
RAZIONALE E OBIETTIVI DELLA MAPPATURA SULL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA	9
METODOLOGIA	9
PROCEDURA	10
STRUMENTO	10
CAMPIONE	10
RISULTATI	10
REGIONI, ENTI E PROFESSIONISTI CONTATTATI	10
RECEPIMENTO NORMATIVO REGIONALE ED EFFETTIVA APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA	24
LA RETE SUL TERRITORIO: LE RISPOSTE DATE AI MIGRANTI VITTIME DI TORTURA NEL PRIVATO SOCIALE	25
CONCLUSIONI	26
BIBLIOGRAFIA	27
SITOGRAFIA	28
APPENDICE	30
ALLEGATI	38

LISTA ACRONIMI

ASL o ULSS: Azienda Sanitaria Locale	delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà
CAS: Centro di Accoglienza Straordinaria	MEDU: Medici per i diritti umani
SaMiFo: Centro di Salute per Migranti Forzati	MGF: Mutilazioni Genitali Femminili
C.I.S.S. - Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario per l'Individuazione dei Percorsi di Cura e Integrazione delle Situazioni di Vulnerabilità tra Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale	MSNA: Minori Stranieri Non Accompagnati
CT: Commissione Territoriale	PASSI: Programma di Assistenza, Sostegno, Sviluppo e Integrazione
CSM: Centro di Salute Mentale	P.S.I.C.: Percorsi Sanitari Integrati Complessi
DBT-PTSD: Terapia Dialettica Comportamentale applicata al PTSD	PTSD: Disturbo da Stress Post-traumatico
DID: Disturbo Dissociativo dell'Identità	SAI: Sistema Accoglienza e Integrazione
DSM: Dipartimento di Salute Mentale	SerD: Servizio per le Dipendenze
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing	SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
FAMI: Fondo Asilo Migrazione e Integrazione	SPIR.NET: Salute Protezione Internazionale Richiedenti
INMP: Istituto Nazionale per la promozione della salute	SPRAR: Sistema Protezione Accoglienza di Richiedenti Asilo e Rifugiati
	SSN: Sistema Sanitario Nazionale
	UNHCR: Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati



© Evgenia Chorou/MSF

INTRODUZIONE

Le Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 95 il 3 aprile 2017, in attuazione dell'articolo 27 comma 1 bis del D.Lgs n. 18/2014.

Il documento elaborato all'interno di un tavolo tecnico inter-istituzionale, ha l'obiettivo di indirizzare il Sistema Sanitario pubblico nella sua riorganizzazione per favorire l'individuazione precoce dei bisogni emergenti di richiedenti asilo e rifugiati al fine di consentire una presa in carico efficace. Punti di attenzione sono la certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo, la mediazione culturale, indispensabile per la costruzione della relazione terapeutica e l'approccio multidisciplinare integrato.

Secondo la Convenzione contro la Tortura delle Nazioni Unite (1984), e come riportato nella traduzione italiana del Protocollo di Istanbul che in origine risale al 1999, per tortura si intende *“qualsunque atto che per mezzo di gravi dolori o sofferenze, o fisiche o mentali, sia intenzionalmente inflitto ad una persona”*.¹

Fulcro della Convenzione è l'obbligo per gli Sta-

ti di prevenire e criminalizzare la tortura, nonché di impedire ulteriori pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. E se il reato di tortura introdotto solo nel luglio del 2017 dal Parlamento italiano risulta riduttivo rispetto alla definizione del crimine contenuta nella Convenzione ONU, le Linee Guida pubblicate qualche mese prima nello stesso anno si pongono come pragmatico strumento volto ad offrire alle istituzioni e ai servizi sanitari indicazioni pratiche a sostegno degli sforzi per la presa in carico delle vittime di tortura e altre forme di trattamento inumano e degradante tra la popolazione migrante.

Dalla revisione della letteratura emerge che i richiedenti asilo e i titolari di protezione internazionale e umanitaria sono popolazioni a rischio di esordio di problematiche di salute mentale data l'elevata frequenza nella loro storia di vita di eventi di traumatizzazione estrema, visibili negli esiti fisici o a volte latenti e che richiedono un'attenta osservazione. L'esperienza di convivere con un significativo numero di vittime di tortura non era comune in Italia fino a una decina di anni fa. Il quadro è però nettamente cambiato con la crescita della presenza dei rifugiati e di altri migranti forzati in fuga da persecuzioni e da conflitti armati e sovente sopravvissuti alla tortura.

Gli scopi della tortura possono essere i più disparati, alcuni includono l'ottenimento di informa-

zioni o di una confessione da parte della persona stessa o da terzi, la punizione per presunti atti connessi e l'intimidazione o la costrizione basata su una discriminazione. In contesti di instabilità geopolitica inoltre, non è infrequente che la tortura sia utilizzata da gruppi armati e in tacito assenso di istituzioni.

Gli effetti delle torture e di altri trattamenti inumani e degradanti, si riversano sia sul piano fisico che psicologico, si tratta di atti di violenza ove l'intenzionalità ha un ruolo centrale e si associa non solo all'inflizione di una sofferenza ma anche all'annichilimento dell'identità personale.^{2,3} Studi approfonditi condotti in materia riportano alcuni degli scopi della tortura: essa mira alla distruzione della fiducia in sé attraverso l'instillazione di una sensazione di impotenza legata all'isolamento, all'assenza di stimolazioni sensoriali o all'andamento del tempo lento, scandito da un abbandono per giorni nella stanza di prigionia e

dall'impossibilità di difesa o di interruzione della violenza.⁴ All'induzione della scarsità di controllo fisico, si associa anche la sensazione di impazzimento, o ancora il perdurare dell'incertezza tra vita e morte. Infine, vi è l'attivazione di cicli autopunitivi legati all'autocolpevolizzazione di violenze perpetuate dal carnefice ad altri. Questi ultimi aspetti sembrano ricollegarsi all'induzione della credenza di indegnità nel torturato e quindi alla mancanza di valore personale e alla destrutturazione della propria identità, aspetto cruciale alla base di un possibile esordio psicopatologico reattivo.

Gli eventi pre-migratori che quindi spesso sono alla base di migrazioni forzate, esperite in modo diretto o indiretto, sono caratterizzate da coercizione, limitazione della libertà di pensiero, di espressione e di movimento come nei casi di prigionia o tortura.

Gli esiti di tali eventi si riversano sulla salute glo-



bale della persona sia sul piano fisico sia su quello psichico. Sul piano fisico sono visibili i segni delle violenze intenzionali subite, attraverso cicatrici di bruciate, lesioni date da scariche elettriche, contusioni, tumefazioni, fratture o altre problematiche all'apparato osteoarticolare, o ancora si possono riscontrare lesioni del sistema genitourinario, acustico, contusioni o lesioni da torture con mezzi chimici.⁵

Gli esiti di salute mentale sono invece caratterizzati da un'ampia variabilità e possono affiancare stress da transculturazione e le difficoltà di accesso al sistema sanitario pubblico per problematiche linguistico-culturali, economiche o documentali.⁶

Lo stress da transculturazione racchiude quell'insieme di fenomeni relativi al passaggio dal paese di origine al paese ospite⁷ e che, in alcune condizioni, può essere ritraumatizzante. Ad esso, infatti, si ricollegano il disagio relativo alla necessità di apprendimento non solo di nuovi codici linguistici, ma anche di un diverso assetto culturale, o ancora l'immersione in una società differente. Nella ritraumatizzazione rientra inoltre, l'essere oggetto di discriminazione per i propri stessi tratti somatici.⁸

A tutto ciò si associa anche il fenomeno di "doppia assenza", ovvero, una percezione di inesistenza da un punto di vista identitario dettata dall'incapacità di essere totalmente presenti sia nel Paese di accoglienza sia in quello originario.⁹ Questi fenomeni, tuttavia, come anticipato in precedenza, si possono accompagnare ad una storia di vita già costellata da traumi o "ferite" a causa di violenze e violazioni esperite.

Nel corso di eventi traumatici, i meccanismi di coping sono sovrastati e il trauma "scompagina" il quadro di riferimento individuale.¹⁰ Nelle situazioni traumatiche viene minacciata la sopravvivenza e dunque l'intensità emotiva e l'*iperarousal* oltrepassano la finestra di tolleranza.¹¹ La persona è incapace di rimanere presente, comprendere ciò che sta accadendo, dare senso all'esperienza ed integrarne il ricordo a causa della scarsa capacità riflessiva.^{12,13} Gli eventi traumatici, rappresentano quindi, una frattura nella personalità individuale e il loro ricordo è molto spesso esperito attraverso sintomi somatici¹⁴, perché le memorie sono scritte nel corpo e compaiono attraverso frammenti.

1. Protocollo di Istanbul 2008, P. 14. Trad. Italiana Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

2. Mazzetti M. (2014). *Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e di vulnerabilità*. A cura di Aragona, M., Geraci, S., & Mazzetti, M. (2014). *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. P.42 Bologna: Pendargon P. 42.

3. Sironi F. *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli Editore (1999)

4. Spissu C., De Maio G., Van Den Bergh R., Ali E., Venables E., Burtscher D., Ponthieu A., Ronchetti M., Mostarda N., Zammato F., *It never happened to me, so I don't know if there are procedures": identification and case management of torture survivors in the reception and public health system of Rome, Italy, Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture 28(2):38-55, 2018.*

5. Protocollo di Istanbul (2008) Pp. 186-231.

6. Libertas & Petta, *Il Profilo di salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati del progetto*. In *Psychiatric Services for refugees. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati*. Ed. Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, 2020.

7. Mazzetti, in Aragona e colleghi (2014), *Ibidem* P. 39.

8. Mazzetti in Aragona e colleghi (2014), *Ibidem* Pp. 39-40.

9. Sayad, A. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina Raffaello, 2002. Sayad (2002), P. 44.

10. Vercillo, E. *Introduzione in Vercillo e Guerra, M. Clinica del trauma nei rifugiati: un manuale tematico*. Mimesis, 2019. P.17

11. *L'arousal rappresenta il generale stato di attivazione e di reattività del sistema nervoso, in risposta a stimoli interni o esterni. Il livello di attivazione per essere adeguato deve rimanere entro un certo limite di tolleranza, al superamento del quale si generano alterazioni dello stato di coscienza e quindi una compromissione dell'integrazione del ricordo dell'evento/stimolo in memoria. L'iperarousal rappresenta un aumento del grado di attivazione ed è correlato a risposte di attacco-fuga in casi di minaccia alla sopravvivenza; mentre l'iporousal segnala una diminuzione drastica che si ricollega al fenomeno della dissociazione. Frequentemente in chi ha esperito eventi traumatici, si sono verificate alterazioni di questo tipo (Siegel,1999).*

12. Ogden, P., & Minton, K. (2000). *Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory*. *Traumatology*, 6(3), 149-173.

13. Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford

14. Mazzetti, in Aragona e colleghi (2014), *Ibidem*, P. 39.

IL PROFILO DI SALUTE MENTALE DEL MIGRANTE VITTIMA DI TORTURE E VIOLENZE INTENZIONALI

Vercillo e Guerra¹⁵ descrivono molto accuratamente ciò che accade in presenza di eventi traumatici e soprattutto si soffermano sulle alterazioni presenti nel vissuto individuale, come quelle relative al tempo, ad esempio la percezione della “dilatazione o contrazione” dell’arco temporale o la presenza di un vissuto bloccato in un tempo circolare che ritorna attraverso i flashback che possono assorbire totalmente o parzialmente lo stato di coscienza; o infine, la presenza di “un tempo che scompare” evidente nelle amnesie. Altri aspetti messi in luce riguardano la percezione di sé e del mondo. Le prime emergono attraverso pensieri negativi circa le proprie responsabilità e l’impatto delle proprie azioni a cui si associano emozioni di colpa e vergogna. Di frequente nell’esperienza

clinica si riscontrano anche pensieri negativi sulle condizioni attuali di vita e sul vissuto di essere “rotto, irreparabile, fragile o matto”. La Herman¹⁶ ha inoltre descritto un quadro clinico particolarmente grave definito come PTSD Complesso che può svilupparsi anche in conseguenza a violenze intenzionali e coercizione prolungata. Rientrano in questa condizione disturbi somatoformi particolarmente intensi, fenomeni dissociativi marcati, reazioni depressive intense e prolungate, sfiducia e sospettosità nelle relazioni interpersonali e scompaginamento dell’identità personale.¹⁷ A volte la destrutturazione della persona nella sua identità è tanto profonda da definire una compartimentazione tra parti di sé che si configurano come personalità distinte e che vengono esperite attraverso voci in conflitto come nel Disturbo Dissociativo dell’Identità (DID).

Ulteriori manifestazioni sintomatologiche secondarie ad una condizione reattiva di base che si riscontrano nella pratica clinica sono l’abuso di alcol impiegato come “auto-terapia per silenziare, nello stordimento dovuto all’ebbrezza, il rimuginio del pensiero o l’iperarousal”¹⁸ e le somatizzazioni che si manifestano con cefalee, sintomi gastro-intestinali o dolori articolari. Inoltre, i pazienti con elevati livelli di somatizzazione esprimono anche un maggiore disagio legato a difficoltà post-migratorie¹⁹ e mancanza di supporto sociale.²⁰

È noto in letteratura il “building block effect”²¹ considerato come esposizione cumulativa e additiva a traumi. Tra questi eventi ritraumatizzanti possono essere annoverati anche la mancanza di supporto sociale e le difficoltà di vita post-migratorie.²² Evidenze recenti rafforzano l’urgenza di attuare interventi assistenziali a favore di questa popolazione, il cui profilo di salute va cambiando con il tempo. Un recente studio di Aragona e colleghi²³ ha rilevato una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per disturbi mentali, ma dal confronto tra sottogruppi, è stato invece riscontrato un aumento di ospedalizzazioni riconducibile secondo gli autori al maggior numero di arrivi legati a migrazione forzata e al passaggio in Libia. Inoltre, al carico di ospedalizzazione si associa anche una maggiore frequenza di diagnosi di psicosi non organiche che secondo gli autori possono legarsi ad una difficoltà diagnostica nella distinzione di quadri più prettamente di traumatizzazione. In letteratura, peraltro, si riscontra anche un peg-

15. Vercillo e Guerra (2019) *Ibidem* Pp. 81-94.

16. Herman, J. L. (1992). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391

17. Mazzetti, M. e Geraci, S. (2019). *Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*. In: Perocco F. (a cura di) *Tortura e migrazioni*. Edizioni Ca’ Foscari, Venezia: 380-402.

18. Mazzetti e Geraci, in Perocco, *Ibidem* (2019).

19. Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, A., Colosimo, F., ... & Geraci, S. (2011). *The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service*. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 47, 207-213.

20. Tarsitani, L., Todini, L., Roselli, V., Serra, R., Magliocchetti, V., D’Amore, D., ... & Biondi, M. (2020). *Somatization and traumatic events in asylum seekers and refugees resettled in Italy*. *Trauma: psychopathology, boundaries and treatment*, 41.

21. Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). *PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans*. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5-6.

22. Aragona e colleghi (2013)

23. Aragona, M., Salvatore, M. A., Mazzetti, M., Burgio, A., Geraci, S., & Baglio, G. (2020b). *Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy*. *Ann Ig*, 32(2), 157-165

24. Baglio e colleghi (2018)

25. Mazzetti e Geraci (2019)

26. *Medici senza Frontiere* (2016)

giornamento del profilo di salute mentale alla partenza^{24,25} e quindi “un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta in assenza di un progetto migratorio definito”^{26,27} con un esaurimento del fattore “Migrante Sano” nel corso del tempo. Infine, è rilevante segnalare anche gli effetti della pandemia su una popolazione così fragile e ad alto rischio. Aragona e colleghi (2020) hanno valutato l’impatto del periodo di restrizione, sulla salute mentale e in particolare si sono focalizzati sugli utenti che generalmente accedono ai servizi dell’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e che includono persone in difficoltà socio-economiche, migranti, senza fissa dimora, richiedenti asilo e rifugiati. Nel periodo da Febbraio 2017 a Marzo 2020 sono stati confrontati i numeri di accesso e nello specifico, nonostante i servizi dell’INMP, siano rimasti aperti in forma ordinaria, gli autori hanno segnalato una diminuzione degli accessi e dei follow-up per la salute mentale. Questo avrebbe un impatto rilevante secondo gli autori sia in termini di riduzione di accessibilità sia in termini di ricadute in assenza di follow-up e di slatentizzazione di situazioni precedentemente a rischio. Dalle analisi effettuate venivano rilevate condizioni di sofferenza psicopatologica tra il 74% della popolazione osservata con disturbi del sonno e il 91% dei pazienti che presentava sintomi ansiosi.

GENESI E TAPPE PROGRESSIVE DELLE LINEE GUIDA

Nel quadro di complessità appena tracciato, nella difficoltà di individuare e prendere in carico correttamente i profili di salute mentale del migrante vittima di violenza intenzionale e tortura, le Linee Guida elaborate dal Ministero si presentano non solo come un primo tentativo di garantire interventi appropriati e uniformi su tutto il territorio nazionale ai rifugiati che hanno subito violenze e torture, ma anche, come recita lo stesso Ministero della Salute, “di produrre un intervento sul sistema sanitario italiano che possa dare maggiore rilievo ai bisogni emergenti, quali quelli dei gruppi a rischio di marginalità al fine di assicurare un’assistenza sanitaria in li-

nea con le loro necessità”.

Le Linee Guida sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale nel 2017 ma il processo di elaborazione parte molto prima. Il progetto PsychCare²⁸ ad esempio propone una ricognizione in alcune regioni dei servizi di assistenza sanitaria per migranti e dei bisogni emergenti dalla specifica popolazione.²⁹ Nelle attività progettuali sono state svolte anche interviste e focus group finalizzate alla formulazione di linee di indirizzo per il miglioramento della presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati. Il documento nasce a seguito del confronto tra operatori di enti pubblici e privati che, sperimentando modelli di intervento nell’ambito di progettazioni del Fondo Europeo Rifugiati, avevano costituito una rete nell’accoglienza e nella presa in carico di migranti forzati richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, evidenziando la necessità di un raccordo sugli esiti raggiunti e sulle progettazioni future. A conclusione del progetto “Lontani dalla violenza”, il comitato scientifico ribadì la necessità di un programma di azione congiunto con la costituzione di un tavolo di lavoro tra diversi enti ministeriali (Ministero dell’Interno, Ministero della Salute, dell’Università e ricerca), il Servizio Centrale e l’UNHCR.

Il passaggio successivo risale al 2013, al recepimento della direttiva europea 2011/95/UE sull’attribuzione del titolo di protezione internazionale e alla necessità di programmazione di interventi sia di integrazione che di riabilitazione per le vittime di torture e traumi estremi. Infine, al 2014, risale il pieno coinvolgimento del Ministero della Salute e l’istituzione del tavolo tecnico che ha dato avvio alla formulazione delle Linee Guida per l’individuazione e la presa in carico di mi-

27. Bacigalupi (2019)

28. Santone G., in IPRS (2020 Pp. 45-53) https://www.iprs.it/wp-content/uploads/2018/09/Report-PsychCare-ITA-10_20.pdf

29. Per maggiori dettagli sul progetto PsychCare si prega di riferirsi al seguente link: <https://www.iprs.it/il-progetto-psychcare-metodologia-e-risultati/>

granti vittime di torture e violenze intenzionali. Le Linee Guida nascevano con l'obiettivo di tutelare non solo i titolari di protezione internazionale e umanitaria ma anche i richiedenti asilo, indipendentemente dalla fase documentale attiva, dal genere e includendo anche i minori vittime di violenze e di trattamenti inumani e degradanti. Questo documento, finalmente licenziato nel 2017, fornisce indicazioni sugli strumenti operativi da utilizzare per una efficace presa in carico

fornendo delle direttive a più livelli di assistenza. Le Linee Guida pongono innanzitutto la tematica dell'emersione precoce dando indicazioni ai diversi operatori coinvolti nella tutela di migranti forzati, arrivati recentemente sul territorio nazionale, o che si sospetta abbiano subito gravi violenze o ancora quei migranti per cui si renda necessaria una valutazione successiva all'emersione del vissuto di vittima.



• Il primo livello del programma di emersione prevede il coinvolgimento degli operatori di accoglienza che, a seguito di formazioni specifiche, dovrebbero essere in grado di riconoscere i segnali di sofferenza riconducibili a situazioni traumatiche. Dopo la prima osservazione degli operatori sarà necessario attivare il medico o lo psicologo del centro per un ulteriore accertamento. Il secondo livello prevede un approfondimento specialistico da parte del medico e/o dello psicologo interno al centro, attraverso lo svolgimento di colloqui e l'utilizzo di strumenti psicodiagnostici (ad es. questionari o interviste semi-strutturate) che possano valutare la gravità della sintomatologia. A seguito di questa fase è richiesto l'invio al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) o a strutture riconosciute per la conferma diagnostica, la presa in carico terapeutica e l'avvio di percorsi multidisciplinari integrati.

• Le associazioni e istituzioni esterne, coinvolte nella presa in carico, devono rispecchiare criteri precisi di competenza ed esperienza nell'ambito dei disturbi post-traumatici, nell'attenzione alle multiculturalità, ai diritti umani e al genere con un'ottica multidisciplinare e di rete con gli altri servizi dedicati ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale. È indicata anche la necessaria collaborazione con enti che si occupano di violenza di genere e di protezione per le vittime di tratta.

Una chiara azione di prevenzione della ritraumatizzazione viene promossa dalle Linee Guida attraverso l'inserimento in percorsi di inserimento adeguati all'interno di SPRAR o SAI con ridefinizione attuale e attraverso l'adozione di buone pratiche nei setting di accoglienza e clinico-assistenziali. A livello generale la prevenzione dovrebbe essere promossa anche con la creazione di canali legali di ingresso e agendo sulle politiche internazionali e locali. Rispetto all'approccio multidisciplinare le Linee Guida danno indicazioni al sistema sanitario pubblico di mantenere la regia degli interventi proposti nei programmi di assistenza e riabilitazione. Nell'adozione di un approccio multidisciplinare viene segnalata l'importanza della creazione di una rete sinergica tra enti pubblici ed enti privati che preveda la com-

presenza delle seguenti aree: sanitaria, sociale, giuridica e di mediazione. In aggiunta viene suggerita la necessità di una funzione di coordinamento sul territorio che agisca su prevenzione, formazione e monitoraggio dei percorsi multidisciplinari (GU 2017, p. 36). Le Linee Guida danno poi indicazioni specifiche anche sulle modalità di redazione di certificazioni degli esiti fisici e di salute mentale delle torture e di violenze intenzionali subite, anche a supporto della domanda di protezione internazionale.

La certificazione ha diverse finalità quali:

- informare la Commissione Territoriale sulle difficoltà che la persona potrebbe manifestare nella narrazione di eventi
- Spiegare l'impossibilità dello svolgimento dell'audizione da parte del richiedente
- Segnalare la necessità di un accompagnamento in sede di Audizione al fine di un supporto
- Dare una valutazione rispetto all'impatto negativo sulla salute del richiedente delle tempistiche legali della domanda di asilo.
- Un'ulteriore finalità, non ultima per importanza, è l'accertamento di stati patologici invalidanti e che necessitano di cura (si rimanda per approfondimento a GU 2017, pp. 50-51). All'ultimo aspetto si lega inoltre la validazione della storia personale e del vissuto psicologico connesso, che assume una maggiore valenza ancor più in setting di cura.

Altri temi trattati includono la presa in carico di Minori Stranieri Non Accompagnati (d'ora in avanti MSNA), l'inquadramento della mediazione linguistico culturale e la tutela degli operatori.

Su quest'ultimo aspetto, l'attenzione è rivolta al personale in quanto a rischio di possibile traumatizzazione vicaria e sviluppo di burn out. A questo proposito sono indicati diversi interventi: il confronto tra gli attori coinvolti a livello istituzionale e di équipe, l'attenzione al clima di lavoro

ro, la supervisione clinica, la consulenza specialistica e la presenza di aggiornamenti formativi su diversi livelli.

Complessivamente le Linee Guida sembrano dare direttive chiare rispetto alla rete da attivarsi sia

per l'emersione sia per la presa in carico di migranti forzati.

Lo scopo ultimo resta quello di favorire l'accessibilità di questi utenti vulnerabili e molto spesso invisibili ai Servizi Sanitari.



RAZIONALE E OBIETTIVI DELLA MAPPATURA SULL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Le Linee Guida si pongono come documento di indirizzo con lo scopo di definire modalità operative uniformi sul territorio nazionale; esse tuttavia necessitano, ai fini di una attuazione a livello locale, di un recepimento normativo da parte delle singole regioni, ferma restando la loro autonomia nell'adottare "le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, ponendo in atto le dovute misure di valutazione e monitoraggio della sua implementazione".

Alla luce di quanto riportato finora sul tema, Medici Senza Frontiere ha deciso di realizzare un'analisi che, passando in rassegna il recepimento

normativo delle Linee Guida per ogni singola regione, potesse fare una sintesi dello stato di attuazione delle stesse.

Nello specifico, ci si è posti l'obiettivo di analizzare e ricostruire il recepimento normativo e l'attuazione delle linee guida sull'identificazione e trattamento delle vittime di violenza intenzionale sviluppate al fine di tutelare il migrante in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del suo percorso e di descrivere sinteticamente gli interventi appropriati realizzati a livello territoriale in assenza di un'effettiva attuazione delle Linee Guida.

METODOLOGIA

PROCEDURA

Il progetto di mappatura sull'attuazione delle Linee Guida ha previsto quattro fasi distinte.

- La prima fase ha implicato uno studio approfondito delle Linee Guida, un'analisi della normativa regionale di recepimento e della definizione dei metodi più appropriati per la rilevazione e la costruzione dello strumento di indagine. Un questionario semi-strutturato è stato concepito e somministrato.

- La seconda fase, temporalmente conseguente alla costruzione dello strumento di indagine ha visto l'individuazione dei professionisti e degli enti da coinvolgere per l'elaborazione di un quadro completo delle diverse regioni, attraverso una ricognizione puntuale di istituzioni pubbliche come servizi sanitari, comuni, uffici regionali ed enti del privato sociale con esperienza nell'accoglienza e nell'assistenza socio-sanitaria di migranti forzati.

- La terza fase ha previsto la somministrazione delle interviste online ai professionisti che hanno dato disponibilità alla partecipazione allo studio e alla ulteriore identificazione di nuovi contatti utili da coinvolgere.

- Infine, nell'ultima fase è stata realizzata l'analisi dei risultati delle singole realtà regionali, delle province autonome e la redazione del rapporto conclusivo con un obiettivo di diffusione e advocacy rispetto al quadro emerso.

Le informazioni sono state raccolte presso ciascun partecipante dopo aver ottenuto il consenso informato secondo i termini di legge.

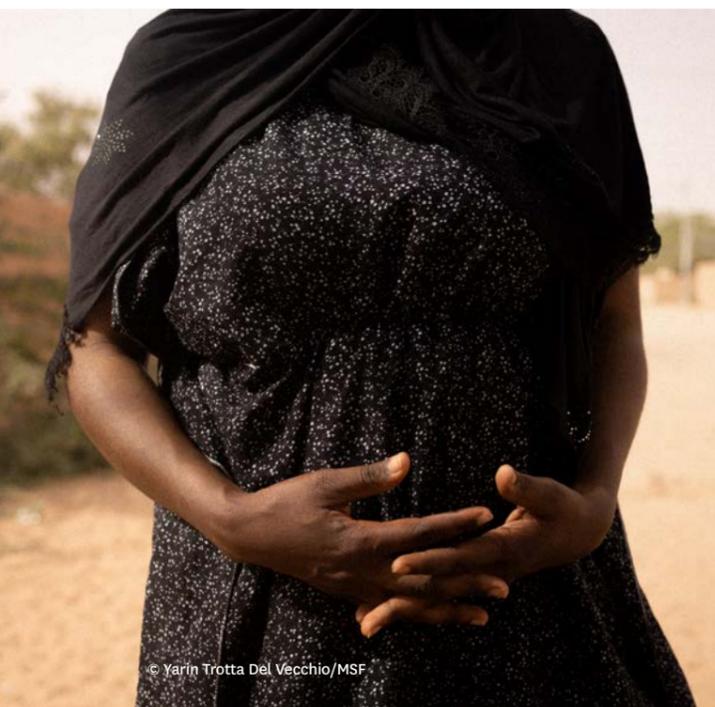
STRUMENTO

L'approccio metodologico scelto per la rilevazione è stato quello dell'indagine qualitativa attraverso l'utilizzo di una intervista semi-strutturata della durata variabile (dai 20 ai 50 minuti). La somministrazione è stata svolta in modalità

videoconferenza online o attraverso intervista telefonica e le domande utilizzate sono state una traccia per accedere alle informazioni chiave fornite dalla prospettiva dell'intervistato.

La formulazione dei quesiti è stata in alcuni casi ampliata o modificata lievemente sulla base della situazione, delle risposte ricevute e degli ulteriori approfondimenti resisi necessari. In prima battuta la conoscenza delle Linee guida in questione e del loro recepimento con normativa regionale sono state esplorate. Nella parte successiva le domande sono state diversificate a seconda o meno del recepimento regionale.

Se non recepite si è cercato di comprendere i seguenti aspetti: le modalità di risposta adottate in presenza di una persona vittima di tortura, gli interventi proposti, le problematiche di salute mentale e più strettamente organiche presentate dai pazienti e i servizi esterni presso cui si effettuava un invio. Rispetto alle problematiche sono state inoltre considerate eventuali variazioni riscontrate durante il periodo della pandemia. Infine, sempre in questa sezione, si è esplorata la presenza di eventi formativi attivati dalla Regione sul tema di medicina delle migrazioni, psicopatologia post-traumatica e transculturale.



© Yarin Trotta Del Vecchio/MSF

Qualora invece ci fosse stato un recepimento si è proceduto con la richiesta di informazioni sugli enti che effettivamente avevano applicato le Linee Guida sul territorio cercando di comprendere, ove possibile, la composizione dell'équipe e i servizi presenti. Qualora l'intervistato appartenesse proprio all'ente promotore, sono state chieste, oltre queste informazioni, i numeri di accesso e le problematiche maggiormente riscontrate nell'anno 2021 e nel 2020. Anche in questa sezione sono stati ulteriormente approfonditi, l'aggiornamento formativo interno e la promozione da parte del sistema pubblico di altri eventi formativi e infine, la presenza di supervisione clinica a tutela del personale che si occupa di vittime di torture e violenze intenzionali. Laddove l'intervistato fosse appartenuto a un servizio del privato sociale o a un ente gestore di centri di accoglienza, la formulazione delle domande veniva modificata al fine di poter cogliere l'organizzazione del servizio, la conoscenza di altri enti analoghi e la presenza di una rete con il sistema sanitario pubblico. Per i centri di accoglienza è stata esplorata inoltre la presenza del servizio di Psicologia interno.

Per visionare il questionario utilizzato per la rilevazione si rimanda agli allegati A, B, C.

CAMPIONE

Per questa ricerca, per la quale è stata applicata la metodologia di campionamento non probabilistico dello snowball, è stato selezionato un campione di 50 partecipanti afferenti alle seguenti categorie:

1. Personale del Sistema Sanitario Nazionale
2. Funzionari di regioni o comuni italiani
3. Personale degli enti gestori dei servizi di accoglienza ordinaria, straordinaria e del Sistema Accoglienza e Integrazione (SAI)
4. Personale di servizi del privato sociale che si occupano di assistenza socio-sanitaria di migranti
5. Referenti di altri enti e Istituzioni come Università e dei Gruppi Regionali Immigrazione e Salute (GRIS).

RISULTATI

REGIONI, ENTI E PROFESSIONISTI CONTATTATI

Nelle Figure 1 e 2 si riportano rispettivamente le tipologie di enti contattati e le diverse professionalità degli intervistati. È stato selezionato un campione variegato di intervistati al fine di restituire una fotografia maggiormente aderente alla realtà con punti di osservazione differenti. Inoltre, si rimanda alla *Tabella 1*, di seguito illustrata, per un approfondimento sulle regioni contattate e sul numero degli intervistati per territorio.

RECEPIMENTO NORMATIVO REGIONALE ED EFFETTIVA APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Dall'analisi delle informazioni raccolte e delle interviste effettuate si delinea un quadro rilevante caratterizzato da uno scarso recepimento normativo regionale e dalla presenza di esperienze del privato sociale che spesso suppliscono alla carenza di servizi pubblici dedicati all'assistenza sanitaria di questa specifica popolazione. Dallo studio della documentazione regionale normata risulta che al momento, hanno emesso un decreto in merito solo la Regione Lazio (Deliberazione 590 del 16.10.2018), la Regione Toscana (Delibera N 1007 del 27-07-2020) e la Regione Piemonte (Delibera della Giunta Regionale 30 novembre 2018, n. 43-7975). Si rileva inoltre, un riferimento alle Linee Guida nel piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti della Regione Sicilia, dove ad oggi non risultano in essere altri documenti specifici di recepimento. Nella regione Marche attraverso una determina regionale si è invece messo a punto una modalità di presa in carico di migranti forzati vittime di

Tabella 1: Regioni coinvolte nella mappatura

Regioni	Interviste effettuate
Valle D'Aosta	1
Provincia autonoma di Bolzano	2
Provincia autonoma di Trento	4
Veneto	3
Lombardia	6
Friuli Venezia Giulia	2
Piemonte	2
Emilia Romagna	2
Umbria	1
Toscana	3
Lazio	5
Marche	3
Abruzzo	1
Campania	3
Basilicata	3
Puglia	1
Calabria	2
Sardegna	1
Sicilia	5
Totale	50

violenza fisica, sessuale, psicologica, torture fisiche o psichiche che indirettamente accoglie le indicazioni nazionali.

Di seguito una chiara visualizzazione grafica delle regioni che hanno recepito le Linee Guida

REGIONE ABRUZZO: sono presenti progetti finanziati con fondi FAMI finalizzati al contrasto dello sfruttamento lavorativo e della tratta. In generale pur non essendoci stato un recepimento normativo i servizi sanitari territoriali (SerD e CSM) sembrano dare delle risposte ade-

FIGURA 1: TIPOLOGIA ENTI CONTATTATI

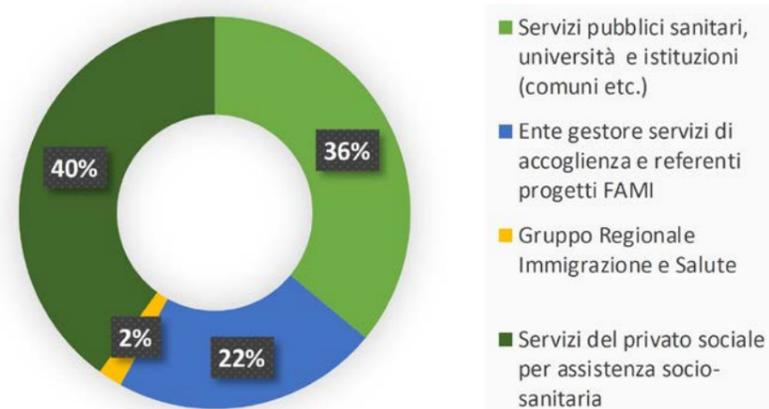
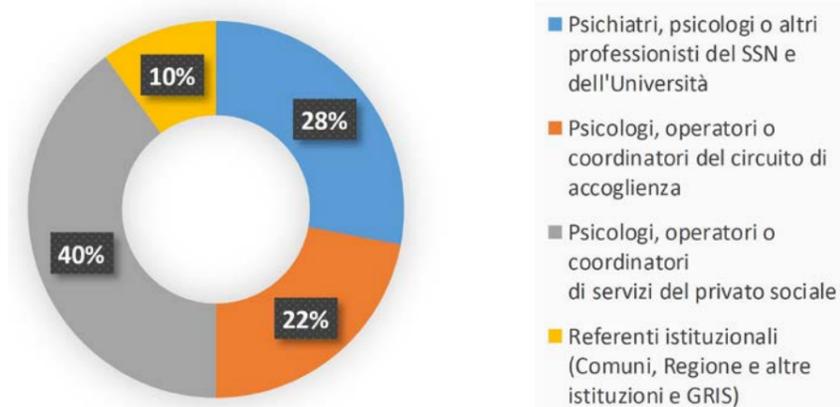


FIGURA 2: PROFESSIONALITÀ DEGLI INTERVISTATI



guate se sollecitati dal terzo settore e nel corso degli anni sono state sviluppate expertise per l'individuazione e la presa in carico di vittime di Tratta.

REGIONE BASILICATA: in questa Regione non sono presenti servizi sanitari specifici per la presa in carico di migranti vittime di violenza intenzionale ma sul territorio esiste una adeguata sensibilizzazione rispetto all'accoglienza dei migranti. I centri di accoglienza presenti sul territorio ospitano in prevalenza lavoratori

stagionali. Alcuni referenti regionali sono particolarmente attivi rispetto al contrasto dello sfruttamento lavorativo. Per quanto riguarda invece la presa in carico di vulnerabili non sono presenti servizi dedicati e vengono attivati percorsi ordinari di assistenza sanitaria.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO: è presente un ambulatorio STP all'interno dell'ospedale di zona, che oltre al rilascio del codice consente in sede l'accesso a prestazioni specialistiche. Fino al periodo precedente alla pandemia era-

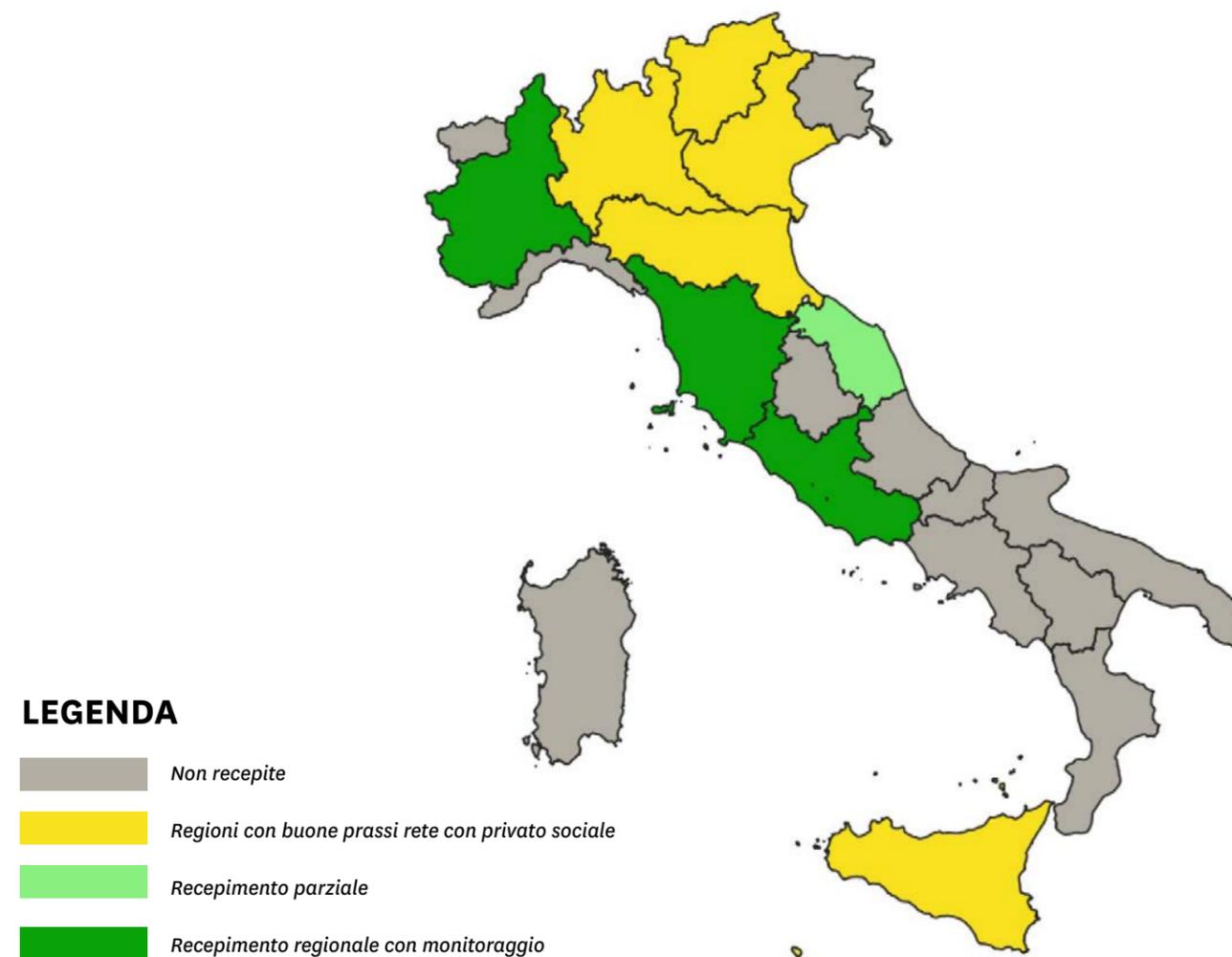
no accessibili ai pazienti posti di degenza dedicati anche ai vulnerabili. Il Team dell'ambulatorio è multispecialistico ed ha accesso diretto ai centri di accoglienza presenti sul territorio. Maggiori informazioni sono riportate nel documento del progetto.^{30,31}

REGIONE CALABRIA: l'Azienda Sanitaria di Cosenza ha firmato anni fa una convenzione con l'ente del privato sociale La Kasbah Onlus per l'istituzione di una équipe multidisciplinare volta all'emersione di storie di traumatizzazione complessa legate a torture e alla conseguente presa in carico. Questo accordo, pur essendo antecedente alla stesura delle Linee Guida, è attualmente anco-

ra attivo ed applicato.

REGIONE CAMPANIA: in questa regione non è presente un recepimento normativo delle Linee Guida ma, nonostante ciò, esistono sul territorio delle realtà sia pubbliche, sia private che si occupano della presa in carico di migranti vittime di tortura. L'Unità Operativa di Salute Mentale a Caserta sembra dare delle buone risposte in termini di erogazione di prestazioni sanitarie adeguate. Una ulteriore risorsa è rappresentata dall'Università Vanvitelli di Napoli che fornisce interventi di etnopsichiatria attraverso personale altamente qualificato. Anche alcuni Distretti della ASL di Napoli 1 sembrano distinguersi per buone prassi e sono rispettivamente il numero 32 e 33 ed è poi presente uno sportel-

FIGURA 3: RECEPIMENTO DECRETO ADOZIONE LINEE GUIDA SU TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE VITTIME DI VIOLENZA INTENZIONALE E TORTURA



lo per migranti che tuttavia ha orari limitati di apertura. Sul territorio di Napoli è presente la Cooperativa Less di Napoli che gestisce servizi di accoglienza che include un'équipe per l'individuazione di vulnerabili vittime di tortura. La cooperativa Less ha in passato collaborato con i servizi sanitari pubblici alla realizzazione di progetti FAMI che hanno previsto sia interventi clinici che di formazione. Infine, sul territorio di Napoli è presente la cooperativa Dedalus che si occupa sia di mediazione interculturale, che di accoglienza anche per minori stranieri non accompagnati. Ulteriori servizi attivi sono il contrasto allo sfruttamento lavorativo, lo sportello antiviolenza e un centro interculturale.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: è presente sul territorio di Parma una ottima collaborazione tra il CIAC onlus e l'Azienda Sanitaria locale. Una collaborazione esistente da anni e che ha consentito agli sportelli di CIAC di filtrare le richieste e dare maggiori risposte ai bisogni emergenti anche dei vulnerabili. Gli sportelli del CIAC sono presenti nel territorio della ASL di competenza e sono nati con l'obiettivo di creare un accesso a bassa soglia in cui la persona possa essere primariamente ascoltata e successivamente indirizzata qualora avesse bisogno di prestazioni sanitarie. L'intercettazione precoce dei bisogni favorisce l'accesso più rapido ai servizi sanitari, anche attraverso un accompagnamento e per consentire una presa in carico più strutturata e multidisciplinare. Tale collaborazione, risultata nel 2017 nella firma di un "Protocollo d'intesa tra l'Azienda Usl di Parma, il Ciac onlus, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma e i comuni capo distretto per l'integrazione del C.I.S.S. - Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario per l'Individuazione dei Percorsi di Cura e Integrazione delle Situazioni di Vulnerabilità tra Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale", ha consentito di sviluppare un modello

di intervento a favore di categorie vulnerabili di rifugiati e richiedenti asilo con l'obiettivo di garantire assistenza socio-sanitaria di qualità attraverso la costituzione e il consolidamento di una estesa rete territoriale di attori istituzionali e non, in grado di interagire proficuamente grazie all'istituzione di tavoli di coordinamento e la definizione comune di percorsi condivisi di riabilitazione e integrazione. Nella Regione Emilia-Romagna è attivo come precedentemente accennato il progetto I Care, mentre un'altra realtà presente sul territorio è l'Associazione Sokos che si occupa di assistenza medico-psicologica fornita da operatori volontari presenti con turnazione variabile allo sportello. Sono presenti nell'associazione servizi di medicina generale e specialistica coprendo un vasto numero di bisogni sanitari emergenti.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA: questa regione pur essendo particolarmente interessata dai flussi migratori provenienti dalla rotta balcanica non risulta aver recepito le Linee Guida. All'interno del territorio regionale, tuttavia, alcuni referenti di servizi sanitari, interessati al tema, hanno permesso l'attivazione di percorsi dedicati al supporto dei migranti in termini di salute generale, ma non risultano essere presenti servizi specifici per la presa in carico psicologica pubblica. Nella provincia di Udine è molto attivo il Dipartimento di Prevenzione in cui è presente un ambulatorio di medicina sociale che arruola medici con diversa specialità e che si occupa sia di tutela della salute fisica, che del monitoraggio degli ingressi. L'ambulatorio nell'ultimo periodo, durante la pandemia, è stato molto attivo sia nella prevenzione, con controlli alla frontiera e con l'attivazione di quarantena, sia attraverso la promozione della campagna vaccinale. Rispetto invece alla presa in carico, esistono delle buone collaborazioni sul territorio nell'area di Trieste con il Consor-

30. Documento sintetico sulla progettazione territoriale e sulle attività svolte nel contesto del progetto Footprints-Alto Adige, Pp. 1-7. Si veda: https://www.simmweb.it/attachments/article/928/scheda_PROGETTO_FAMI_MdS_WPs.pdf

31. Zadra F. (2021) Networks of healthcare accessibility for migrants in vulnerable situations. A case study in South Tyrol Social Work in a Border Region 20 Years of Social Work Education at the Free University of Bozen-Bolzano, 2021



© Marta Sozjnska/MSF

zio Italiano di Solidarietà e con il consultorio di zona. Quest'ultimo si occupa nello specifico di accoglienza diffusa attraverso l'istituzione di équipe multidisciplinari che nelle loro attività quotidiane cercano di applicare quanto definito dalle linee guida, promuovendo individuazione precoce ad opera degli operatori di accoglienza con conseguente segnalazione allo psicologo del centro. È presente, inoltre, l'assistenza legale e l'attivazione del servizio sanitario pubblico attraverso la segnalazione di strutture deputate al trattamento. Sono inoltre presenti mediatori in modo stabile nella struttura.

REGIONE LAZIO: annovera la presenza di servizi pubblici antecedenti alla pubblicazione delle Linee Guida e che hanno contribuito alla loro istituzione. La rilevazione nella regione Lazio si è focalizzata sulla Capitale in quanto rappresentativa di un funzionamento generale territoriale e in quanto in primis coinvolta nell'assistenza sanitaria di richiedenti asilo e rifugiati presenti su tutto il territorio regionale. Gli istituti pub-

blici che applicano le Linee Guida sono l'ASL Roma 1 con il Centro Migranti Forzati (SaMiFo), nato nel 2006 dal protocollo di intesa tra la ASL Roma 1 e il Centro Astalli, e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). Entrambi gli istituti promuovono attività di assistenza medico-psicologica, il primo ente è specificatamente rivolto a migranti forzati ed è altamente specializzato nella presa in carico di persone con esiti post-traumatici. Nell'équipe del Servizio è inoltre presente la mediazione culturale in modo strutturato e l'assistenza medica per i richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale è onnicomprensiva e prevede anche la parte medico-legale per la certificazione degli esiti fisici e mentali della tortura. L'INMP similmente al SaMiFo, prevede la presa in carico di migranti forzati sia per aspetti di valutazione che di supporto medico. Tra i diversi servizi offerti di prevenzione alla salute, è presente la presa in carico psichiatrica e psicologica e in generale la preparazione alla

commissione territoriale con certificazione di esiti fisici e di salute mentale. L'INMP all'interno del suo organigramma prevede la presenza di diverse Unità Operative Sanitarie e una sezione specificatamente dedicata alla formazione. Infine, nel complesso, quest'istituto per la sua mission si occupa non solo di migranti forzati, ma in generale di assistenza a persone che vivono in situazioni di marginalizzazione sociale. È inoltre curata la rete sul territorio tra servizio sociale interno e istituzioni comunali, centri di accoglienza, sala operativa sociale e legali di riferimento. La rete è finalizzata all'individuazione e alla presa in carico condivisa affinché i bisogni della persona vengano soddisfatti tramite la sinergia di più attori coinvolti. Infine, sempre nel Lazio sono promossi interventi tramite finanziamenti FAMI (2014-2020) in partnership tra ASL Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, le ASL di Frosinone, Rieti, Latina, Centro Astalli e il Centro studi di politica internazionale, Cittadinanza attiva e Programma Integra. Le attività hanno diverse finalità, tra cui l'individuazione precoce e la presa in carico nel sistema sanitario regionale dei Richiedenti asilo e Titolari di Protezione Internazionale e dei minori stranieri anche non accompagnati. Il progetto FARI 2 prevede inoltre l'attivazione e il rafforzamento di modelli di intervento sanitario integrati e l'aumento delle conoscenze e competenze degli operatori impiegati nell'ambito della migrazione. Altri progetti presenti sul territorio del Lazio sono volti alla presa in carico di migranti provenienti da paesi terzi con vulnerabilità psico-sociale come nel caso di Percorsi Sanitari Integrati Complessi (P.S.I.C.) ed è attivo un progetto europeo I Care promosso dalla Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con le regioni Lazio, Sicilia e Toscana e cofinanziato dalla Direzione Generale Integration and Community Care for Asylum and Refugees.³² Il progetto è nato con l'obiettivo di migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Interazionale e Casi Speciali. A Roma sono

32. Per ulteriori informazioni si prega di far riferimento a Emergency HOME/2017/AMIF/AG/EMAS/0075

inoltre attive sul tema altre realtà del privato sociale. Una delle più consolidate esperienze è quella dell'associazione Medici Contro la Tortura (MCT), attiva a Roma dal 1991 che, con un approccio modulare, garantisce una presa in carico multidisciplinare che include, oltre all'assistenza sanitaria, psicologica, socio-legale e il rilascio della certificazione medico-legale, anche attività socioterapiche che mirano a favorire la partecipazione attiva, la riabilitazione delle vittime e l'integrazione sociale. Parte dell'International Rehabilitation Council for Victims of Torture (IRCT) dal 2011, nel 2014 l'organizzazione ha avviato una collaborazione con Medici Senza Frontiere (MSF), che si è avvalsa del supporto e delle competenze di MCT per l'apertura di una clinica per la presa in carico di migranti e richiedenti asilo vittime di tortura a Roma. La collaborazione è proseguita fino al 2019, anno in cui l'intervento di MSF a Roma si è concluso. Tale esperienza di collaborazione ha consentito a MSF di sviluppare un know how ed un modello di presa in carico che è stato poi riproposto nel contesto dell'intervento avviato a Palermo in collaborazione con la ASP locale (si veda di seguito). Perno di tale modello è l'équipe multidisciplinare che, composta da diverse professionalità e tramite la imprescindibile presenza della mediazione culturale, definisce in maniera integrata e condivisa il percorso di "riabilitazione" del paziente. Da anni è attivo nella Caritas di Roma il progetto "Ferite Invisibili" rivolto a migranti vittime di tortura e violenze intenzionali. L'équipe si avvale di psicologhe, psichiatri, mediatori culturali e operatori volontari che facilitano l'accesso al servizio. Il Servizio è attivo con ottimi risultati dal 2005 ed è finalizzato alla riabilitazione di migranti vittime di tortura. L'équipe collabora inoltre con una rete socio-assistenziale al supporto di percorsi legali, di integrazione, informativi, formativi e di inserimento lavorativo. Da febbraio 2012, l'Ufficio delle Nazioni Unite dell'Alto Commissario per i Diritti Umani ha riconosciuto Feri-

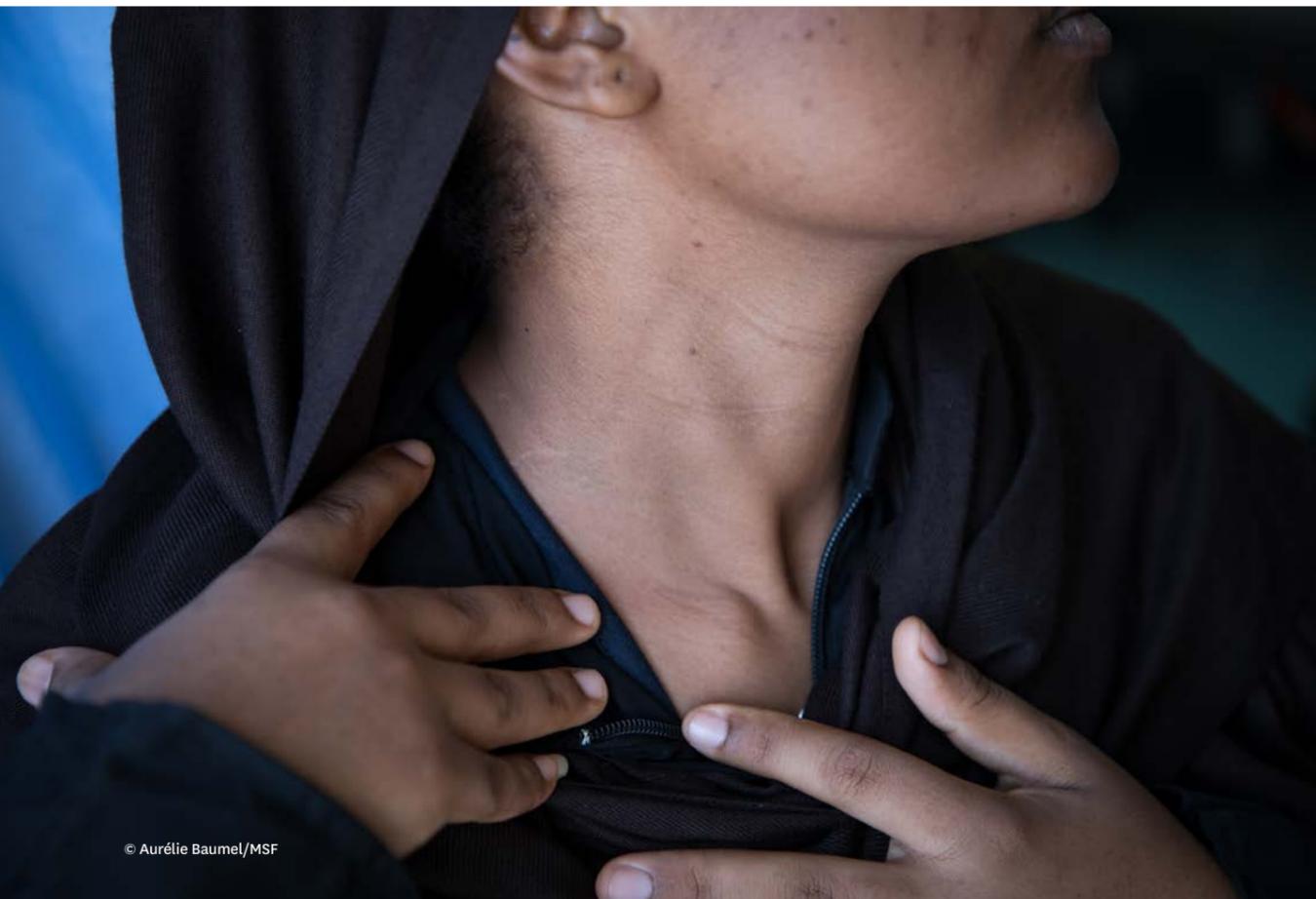
te Invisibili all'interno della rete sovranazionale di sostegno e cura alle vittime di tortura. Sempre a Roma è attivo il Centro Psiché "Francesca Uneddu" di MEDU per la presa in carico medico-psicologico e sociale di migranti vittime di torture e violenze estreme, trattamenti inumani e degradanti. Il centro si compone di un'équipe multidisciplinare e professionale composta da medici, psicologi, psicoterapeuti, operatori psicosociali e mediatori. Viene adottato un approccio integrale alla persona e sono previsti interventi clinici, tra i quali vi sono terapia medica, psicoterapia cognitivo-comportamentale culturalmente adattata e tecniche volte alla riabilitazione di memorie specifiche come la Narrative Exposure Therapy³³, incentrata sulla rielaborazione delle memorie traumatiche attraverso la narrazione e la stesura di una testimonianza. Sono inoltre forniti interventi psico-sociali attraverso attività di informazione-orientamento e l'uso di laboratori musicali e teatrali. Da luglio 2020 è attivo anche il Servizio di valutazione e supporto a richiedenti asilo, vittime di torture e violenze intenzionali dell'Associazione Crossing Dialogues di Roma, nato al fine di implementare l'applicazione delle Linee Guida anche attraverso l'istituzione di una rete tra Servizi sanitari e di accoglienza. I beneficiari sono sia richiedenti asilo, rifugiati e quanti sono in fase di ricorso dell'esito negativo della Commissione Territoriale. All'interno di questo Servizio sono presenti diverse linee di attività svolte da due psicoterapeute e un'antropologa. La valutazione integrata prevede un ciclo di incontri in équipe multidisciplinare volti alla ricostruzione della storia migratoria, del contesto geopolitico di provenienza, della storia di vita e degli esiti sulla salute globale e nello specifico mentale di torture o violenze subite. L'obietti-

vo di questi incontri è il supporto di richiedenti asilo in fase di commissione Territoriale o di ricorso. In alcuni casi particolarmente vulnerabili le psicoterapeute accompagnano il richiedente in Commissione al fine di supportare maggiormente la persona durante la narrazione della propria storia. Per gli utenti più vulnerabili e che hanno difficoltà di accesso ai servizi pubblici è possibile lo svolgimento di un percorso di supporto psicologico e di psicoterapia a orientamento cognitivo comportamentale che prevede l'integrazione di diverse tecniche evidence based all'interno dell'approccio trifasico di Steel e colleghi³⁴ incentrato sulla stabilizzazione dei sintomi, la rielaborazione di memorie traumatiche e in terza fase sull'accettazione e la consapevolezza.³⁵ All'interno del progetto è stato poi previsto un servizio specifico di valutazione cognitiva e psicodiagnostica che consente l'individuazione anche di problematiche di natura strettamente cognitiva e psicopatologica generale. Inoltre, l'accesso al servizio è previsto anche esclusivamente per una consulenza geopolitico-antropologica volta a chiarire informazioni più specifiche rispetto al contesto di provenienza o di aspetti più prettamente culturali. Infine, nella Regione Lazio è presente un servizio nato all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Patologie da Dipendenza della ASL di Frosinone per l'attivazione di un percorso di diagnosi, cura e riabilitazione di richiedenti asilo, minori stranieri non accompagnati e di seconda generazione, di stranieri in condizioni di marginalità, con difficoltà economica e sociale, che presentino un problema di salute mentale e di dipendenza non solo da sostanze. Il centro è nato in partnership con cooperative sociali del territorio e con la collaborazione di comunità migranti. Le Cooperative, attraverso

33. NET di Schauer e colleghi (2011)

34. Steel e colleghi (2017)

35. Le tecniche usate provengono da diversi approcci e sono specificatamente connesse alla fase di intervento. Per la stabilizzazione dei sintomi vengono utilizzate tecniche di Psicoterapia Sensomotoria (Odgen e colleghi, 2006), le Skills della Terapia Dialettica Comportamentale applicata al PTSD (Bohus e colleghi, 2019); per la fase di rielaborazione delle memorie traumatiche vengono utilizzate l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro 1996), Narrative Exposure Therapy (NET; Schauer et al., 2011), e altre tecniche quali l'Imagery Rescripting (IWR; Arntz, 2011) e l'Imagery Rehearsal Therapy per il trattamento specifico degli incubi connessi agli eventi traumatici, che possono in alcuni casi resistere al trattamento (Krakow & Zadra, 2010).



© Aurélie Baumel/MSF

una prima presa in carico a cura delle figure professionali interne quali psicologi, assistenti sociali ed educatori fungono da filtro ed hanno il ruolo di segnalazione al Centro di salute mentale immigrati e vulnerabili PASSI (Programma di Assistenza, Sostegno, Sviluppo e Integrazione). Il centro PASSI è nominato come referente per la diagnosi e il trattamento ambulatoriale di disturbi psicopatologici e di dipendenza da sostanze in collaborazione con CSM e SERD territoriali e si occupa della supervisione degli operatori delle cooperative. Un'ulteriore funzione è legata alla costruzione di percorsi di integrazione sociale per italiani e stranieri con la collabo-

razione del privato sociale.

È inoltre possibile il rilascio di certificazioni di esiti psicopatologici post-traumatici.

REGIONE LOMBARDIA: è sperimentato da anni un modello che prevede l'interazione tra enti pubblici sociali e sanitari. Il comune di Milano si occupa non solo del coordinamento delle strutture di accoglienza ma anche del supporto a enti sanitari tramite mediazione linguistico-culturale nel percorso di individuazione e presa in carico di migranti vittime di torture e violenze intenzionali. Questo avviene in stretta collaborazione con l'ambulatorio transculturale del Ni-

36. Il LABANOF è il Laboratorio di Antropologia e Odontologia Forense dell'Università degli Studi di Milano. Fa parte dell'Istituto di Medicina Legale che si trova all'interno del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute.

37. I partner del protocollo di intesa sono i seguenti: Il Comune di Milano (Unità politiche per l'inclusione e l'immigrazione); il Servizio di Etnopsichiatria; l'Università degli studi di Milano (Dipartimento di Scienze Biomediche- Centro Labanof, la Neuropsichiatria Infantile del Policlinico e gli Enti territoriali del Privato Sociale (come ad esempio Fondazione Casa della Carità, Consorzio Farsi Prossimo e la coop. Terrenuove).

guarda di Milano e il Centro Labanof.³⁶ La rete territoriale formatasi nel corso degli anni è stata formalizzata tramite un protocollo nel 2013 per la costituzione della Rete Milanese Vulnerabili tra i vari partner che si incontrano periodicamente per discutere sul tema.³⁷ L'ambulatorio del Niguarda è attivo dal 2000 sul territorio e si caratterizza per l'expertise di individuazione e presa in carico di vulnerabili vittime di tortura che hanno sviluppato esiti psicopatologici in conseguenza a traumi estremi. La nascita dell'ambulatorio era dovuta alla necessità di dare risposte ai bisogni di salute di migranti che avessero difficoltà di accesso ai servizi sanitari; inizialmente si trattava in misura prevalente di migranti economici e negli ultimi anni di migranti forzati vittime di traumatizzazioni estreme e che mostravano problematiche come un PTSD semplice e complesso e DID. L'ambulatorio si compone in maggioranza di psicologi, ma è tuttavia prevista anche la valutazione psichiatrica e il supporto farmacologico. Le attività di assistenza, tuttavia si esplicano anche attraverso la certificazione di supporto alla Commissione e la segnalazione sul territorio della persona per l'inserimento in centri di accoglienza qualora si tratti di un senza fissa dimora. All'interno dell'équipe sono presenti inoltre mediatori, un assistente sociale a consulenza, tirocinanti post-lauream e psicoterapeuti in formazione. Gli interventi proposti in setting multidisciplinari consentono di intervenire attraverso tecniche psicoterapiche incentrate sulla stabilizzazione della sintomatologia e sull'elaborazione di vissuti traumatici. Per quanto riguarda la rete sul territorio, è quindi stretta la collaborazione con l'ambulatorio del Labanof per il supporto medico-legale ai fini della certificazione degli esiti fisici delle violenze subite. Quest'ultimo inoltre ha una lunga esperienza sul territorio e sono attivi anche servizi per il riconoscimento dell'età per minori stranieri non accompagnati

e recentemente i medici supportano il Ministero dell'interno nel riconoscimento delle vittime dei naufragi nel Mediterraneo. Sul territorio di Milano sono inoltre presenti da anni, l'Associazione di volontariato Naga e il centro diurno Naga Har. Nello specifico quest'ultimo si occupa di assistenza medico-psicologico-sociale e legale a richiedenti asilo e rifugiati. L'Assistenza medico-psicologica fornita viene attivata successivamente al primo colloquio e sono presenti diversi volontari che operano nell'ambito medico con differenti specialità. È inoltre garantita la certificazione medico-legale sugli esiti delle torture. Da un punto di vista legale, il Naga agevola il supporto attraverso il gratuito patrocinio. L'Associazione ha inoltre sollecitato da anni i Servizi Sanitari Pubblici Regionali rispetto alla necessità di recepimento normativo e all'applicazione delle linee guida, ma al momento non sono state ricevute risposte positive in merito. La sollecitazione era legata inoltre alla necessità di dare risposte anche a chi è attualmente fuori dal circuito di accoglienza e per supportare i servizi esistenti.

REGIONE MARCHE: menzione particolare merita la regione Marche che, con la determina del 13/02/2018 (N. 237/AV2) del Direttore dell'Area Vasta dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, ha stabilito l'avvio di un modello sperimentale di presa in carico di migranti forzati vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e torture fisiche o psichiche. Se pur presente sul territorio per un tempo di 12 mesi, la determina ha consentito l'istituzione di una équipe multidisciplinare composta da specialisti in psichiatria, medicina legale, dermatologia e venerologia. Questo documento sembra essere stato un primo tentativo messo in campo dalla Regione per portare alla giusta attenzione i bisogni specifici di vittime di tortura e sempre nello stesso anno, sono stati stanziati fondi FAMI (2014-2020) in favore di "Azioni del Sistema Sanitario Regionale per la salute Psico-Fisica di migranti forzati e di Minori Stranieri Non accompagnati" con il progetto regionale 2219 - Salute mentale migranti forzati e MSNA (DGR/304) promosso dall'Osservatorio Diseguaglianze nella Salute.

38. regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2018/51/attach/dgr_07975_1050_30112018.pdf

Questo progetto ha previsto non solo attività di formazione per il rafforzamento della capacity building ma anche l'implementazione di un percorso clinico assistenziale per la cura di rifugiati che presentino problemi di salute mentale e infine l'attivazione di un protocollo per identificazione e accertamento dell'età di MSNA.

REGIONE PIEMONTE: è in corso un monitoraggio delle Linee Guida e della loro applicazione nei distretti Sanitari. Da fonti regionali emerge che

l'ASL di Torino 3 ha tenuto conto delle indicazioni nazionali e su questa linea si è mobilitata per l'attivazione di una équipe multidisciplinare per la presa in carico di migranti vittime di tortura.³⁸ L'équipe risulta costituita da psichiatra, psicologo, medico di medicina generale, infermiere, ostetrica, assistente sociale e mediatore culturale. Il nucleo di base viene poi rafforzato da operatori sociali e legali. Nel documento vengono definiti inoltre, i ruoli e i compiti del servizio pubblico e della rete coinvolta, sono

presenti case manager e operatori con funzioni di coordinamento e monitoraggio. Infine, tra gli interventi è inclusa la formazione secondo i tre livelli definiti dalle Linee guida (protocollo del 15.04.2019). Nell'ASL BI di Biella è stato poi costituito un Gruppo Interdipartimentale Transculturale a partire dal "Protocollo di Intesa tra il DSM di Biella e il Centro ISI (Dipartimento di Prevenzione) per la presa in carico di pazienti stranieri con problematiche di salute mentale", siglato nel luglio 2015.

Attraverso il protocollo i servizi tentano di fornire una risposta specifica a una domanda di salute proveniente dalla popolazione immigrata a seguito di una formazione specifica effettuata tramite il centro Franz Fanon di Torino.

REGIONE PUGLIA: in questa Regione non sembrano essere presenti servizi specifici per la presa in carico sanitaria delle vittime di tortura. Tuttavia, sono presenti sul territorio centri di accoglienza che accolgono famiglie e vittime di tratta. In questi casi qualora siano individuate vulnerabilità specifiche enti del Terzo Settore con una formazione specifica vengono in supporto degli operatori dei centri. Alcuni di questi sono Differenza Donna e l'Associazione Alzaia Onlus. Differenza Donna ha diversi progetti sul territorio e fornisce generalmente supporto a donne vittime di violenza e nell'ambito specifico si occupa anche di prevenzione e contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF). Anche l'Associazione Alzaia si occupa di supporto a donne vittime di violenza attraverso Case Rifugio, supporto psicologico e legale, consulenza sociale e accompagnamenti. È inoltre presente una solida rete sul territorio tra questa associazione, i servizi sanitari pubblici e il tribunale. Infine, da un punto di vista formativo viene citato il progetto FAMI Salute 4.0 a Taranto.

REGIONE SARDEGNA: sul territorio sardo non risulta esserci stato un recepimento normativo delle Linee Guida. Tuttavia, sono presenti una serie di iniziative e di servizi del Terzo Settore. È attivo dal 2020 a Cagliari il Centro Psicosociale ANAM e l'associazione Tangram. Quest'ultima

39. *Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" | Università degli Studi di Palermo (unipa.it)*

40. *Modalità Manutenzione (cledu.it)*

41. *Centro Astalli Palermo*





© Charlotte Nouette-Delorme/MSF

è nata nel 2015 allo scopo di fornire supporto psicologico per i migranti, sensibilizzazione e prevenzione, supporto formativo e socio-educativo.

Le attività previste all'interno del Centro ANAM sono psicoterapia, counseling psicosociale e supporto legale. All'interno del servizio è presente anche la mediazione etno-clinica. È inoltre attiva una rete di servizi per la presa in carico di casi complessi che necessitano di risposte diversificate. Altre realtà presenti sul territorio sono l'associazione Dafne per le vittime di violenze, Arcoiris Onlus a Quartu Sant'Elena che prevede supporto psicologico anche per migranti.

REGIONE SICILIA: precedentemente citata, essendo frequentemente interessata da flussi migratori, ha mantenuto nel tempo un interesse nell'assistenza sanitaria ai migranti nel loro percorso di arrivo e accoglienza. In particolare, sono presenti e degni di nota, alcuni ambulatori attivi per l'individuazione e la terapia soprattutto per quanto riguarda la salute mentale. A Catania e Caltagirone sono attivi degli ambulatori transculturali e il primo opera da anni in quest'ambito ed alcuni dei suoi professionisti hanno contribuito alla stesura delle Linee Guida stesse.

Sono presenti invece a Palermo due realtà, una nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlini-

co "Paolo Giaccone" e l'altra all'interno dell'Azienda Sanitaria di Palermo specificatamente dedicata ai minori e che è spesso chiamata ad intervenire sia dal Tribunale dei minori sia dalla Commissione Territoriale. È stata sviluppata poi una solida rete con gli enti del terzo settore che da anni contribuiscono al miglioramento della salute dei migranti.

Dal 2020, opera a Palermo il progetto integrato di Medici Senza Frontiere, sviluppato in collaborazione con la ASP palermitana, il Dipartimento PROMISE³⁹ dell'Università di Palermo e alcune altre realtà del terzo settore (Centro Astalli e CLEDU) che, attraverso una partnership pubblico/privato mira a realizzare percorsi di presa in carico ed assistenza multidisciplinare integrata per gli immigrati e richiedenti asilo che siano sopravvissuti a violenza intenzionale, inclusa la tortura, domiciliati sul territorio palermitano.

In particolare, il progetto prevede:

- La creazione e gestione di una clinica per sopravvissuti a violenza intenzionale in collaborazione con la ASP di Palermo. Tale clinica, sita nell'ambulatorio STP della suddetta ASP, integra personale ASP e personale MSF nel percorso riabilitativo che va dalla valutazione dei bisogni alla definizione del percorso di presa in carico all'individuazione di obiettivi di cura. Nella clinica vengono garantiti assistenza medica e psicologica, integrazione con servizi di secondo livello quando necessario, inclusa la fisioterapia e l'invio al Dipartimento di Medicina Legale dell'Università di Palermo per il rilascio della certificazione medico-legale della specifica condizione di vulnerabilità; supporto socio-legale, attraverso l'integrazione dei servizi con attività socio-assistenziali e il coinvolgimento della CLEDU⁴⁰ per l'assistenza legale.



© Anna Surinyach/MSF

La mediazione interculturale è parte integrante del percorso riabilitativo e della presa in carico sia sotto il profilo sanitario che socio-assistenziale. Attività di informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari, svolte in collaborazione con il Centro Astalli⁴¹, mirante a garantire, attraverso una variegata offerta di servizi in rete con altre realtà del territorio, l'obiettivo di una riabilitazione anche sociale del beneficiario.

- Interventi di promozione della salute, sia a beneficio degli ospiti dei centri di accoglienza del territorio che in ambito comunitario, allo scopo di favorire una precoce identificazione di potenziali beneficiari e un accesso più immediato al servizio; tale componente comporta una estensiva attività di networking e collegamento con l'associazionismo locale e le realtà territoriali, di cui beneficia una popolazione molto più ampia di quella a cui specificamente si rivolge l'intervento.

- Attività di sensibilizzazione e divulgazione, sia pubbliche che istituzionali, rispetto alla tematica e ai risultati del progetto, allo scopo di favorire una contaminazione virtuosa sia a livello locale che nazionale.

In Sicilia è attivo il progetto Europeo I Care promosso dall'Emilia Romagna e realizzato anche in collaborazione con Lazio e Toscana. Gli obiettivi progettuali consistono nel realizzare, sul territorio nazionale, percorsi integrati interdipartimentali e multidisciplinari per migliorare l'accesso ai servizi di cura ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale. Non viene trascurato inoltre l'aspetto della cultura centrale anche per il raggiungimento dell'appropriatezza delle cure. Le attività di progetto si estendono inoltre anche ai MSNA.

Altri progetti simili sul territorio sono stati realizzati precedentemente tramite i fondi FAMI, è il caso del progetto "Silver" terminato nel 2018 e nato con due obiettivi principali l'assistenza sociale e psicologica di migranti vittime di traumi migratori al fine di favorire il reinserimento sociale e la formazione sul territorio di operatori qualificati e la supervisione all'interno dei sistemi di accoglienza.

Il progetto era realizzato in collaborazione tra le Aziende Sanitarie di Messina e Trapani.

REGIONE TOSCANA: nel corso degli anni sono stati attivati diversi progetti volti alla presa in carico di migranti, tuttavia, dalle interviste effettuate risulta che solo alcuni distretti ASL sono maggiormente pronti a dare risposte sul tema. Sono particolarmente attivi Toscana Centro e Sud-Est, mentre risultano più sguarniti i distretti del Nord-Est. Il CSM di Prato sembra specificamente sensibile alla tematica e all'interno dell'équipe sono presenti etnopsichiatri e psicologi con formazione dedicata. Infine, da quanto emerso, la Regione ha previsto l'attivazione di un gruppo interaziendale che possa seguire da vicino le tematiche dei migranti vulnerabili e vittime di violenza intenzionale e che prevede la partecipazione della Commissione Territoriale, dell'Ufficio immigrazione, dei Servizi sociali e per la salute. Anche il Centro di Salute Globale è attivo da anni sul tema e nel 2019 ha promosso le attività del progetto Sprint. Questo progetto è stato poi riattivato lo scorso anno per 9 mesi fino a Giugno 2021. Le attività progettuali hanno previsto un percorso di formazione in favore di operatori delle aziende sanitarie e del sistema di accoglienza sull'individuazione precoce di migranti vittime di torture e provenienti da contesti di guerra. Successivamente, il progetto ha istituito delle équipe multiprofessionali composte da psicologi, antropologi culturali, educatori professionisti e mediatori linguistico-culturali in ciascuna Azienda Sanitaria della Toscana per la valutazione dei casi di richiedenti asilo e rifugiati in condizione di vulnerabilità psichiatrica segnalati, per la presa in carico a breve termine e per l'attività di consulenza e supervisione degli operatori. In questo progetto era prevista inoltre, la realizzazione di una rete sul territorio anche con i consultori. Infine, in Toscana e nello specifico a Firenze, sono presenti realtà del privato sociale che promuovono attività cliniche di valutazione e presa in carico di migranti vittime di tortura come, ad esempio, Medici per i Diritti Umani (MEDU).

MEDU ha attivato il Centro Ex Fila Psiché per la presa in carico medico-psicologica e sociale di migranti senza fissa dimora con disagio psichico presente nell'area Toscana Centro per 11 mesi. Il centro Psiché, inoltre si occupa specificamente di garantire la presa in carico psicologica per vittime di torture e violenze intenzionali. Sempre nel 2019, è stato attivato il Progetto Persefone da Medu in collaborazione con l'Asl Toscana Centro con l'istituzione di attività specifiche di consultorio. Il progetto era rivolto a donne vittime di violenza, trattamenti inumani e tratta. L'équipe era composta da operatori di diverse specialità: ostetriche, psicologhe, operatori antitratta e mediatori. Per il progetto era inoltre attiva una rete con gli altri servizi sanitari territoriali e una collaborazione con la cooperativa CAT e con l'Associazione Arcobaleno. Per quanto riguarda la formazione sono particolarmente attivi OXFAM e il Centro studi Sagara che si occupa di formazione in psicoterapia ed etnopsichiatria.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO: è presente da qualche anno una buona collaborazione tra il DSM di zona e il Centro Astalli. Nello specifico quest'ultimo si occupa in particolare della presa in carico psicologica e della cura dell'invio al Servizio Sanitario pubblico per l'impostazione di una terapia farmacologica qualora necessaria. All'interno di questo protocollo è stata inol-

tre riconosciuta la mediazione come strumento fondamentale di supporto ad interventi medici e psicologici.

REGIONE VENETO: pur non essendo presente un atto di recepimento delle Linee Guida, sono attivi progetti FAMI volti all'individuazione e alla presa in carico di migranti con vulnerabilità. Nello specifico è attivo sul territorio di Padova il progetto Il Passo Avanti rivolto a rifugiati e titolari di protezione sussidiaria usciti dall'accoglienza da non più di 18 mesi. Le attività del progetto, realizzate da una microéquipe, prevedono sia sportello che una parte di inserimento in semiautonomia. Lo sportello è volto a fornire orientamento lavorativo, abitativo e di inserimento in percorsi dedicati non solo al supporto psicologico, ma anche più specifici per la prosecuzione del progetto di integrazione, come ad esempio l'inserimento in percorsi ludico-ricreativi ed educativi. È presente, inoltre, una stretta collaborazione con il Servizio Sanitario Pubblico. Infine, l'obiettivo principale del progetto è di fornire una maggiore autonomia attraverso l'inserimento in un percorso residenziale affiancati da un coach psicologo. Sempre in Veneto è presente il Progetto SPIR.NET, per titolari di protezione internazionale e richiedenti asilo con gravi vulnerabilità e che prevede una stretta collaborazione del privato con enti pubblici per la presa in carico complessiva della persona che presenti vulnerabilità.⁴² Le attività progettuali iniziate nel 2018 termineranno a giugno 2022 con la chiusura delle attività di sportello. Il progetto è nato dalla valutazione dei numeri di richiedenti protezione internazionale e rifugiati presenti sul territorio. L'obiettivo principale è il miglioramento della presa in carico da parte dei servizi sanitari territoriali attraverso l'istituzione di mini-équipe sia pubbliche sia del privato sociale. Il progetto prevede inoltre il rafforzamento della rete territoriale tramite l'istituzione di una conferenza interservizi per la definizione del percorso più adeguato in favore dell'utente e un coinvolgimento diretto dei Centri di Salute Mentale (CSM) di zona ove possibile. La persona può essere seguita anche nell'inserimento in comunità terapeutiche e

42. Il progetto Spirnet prevede la collaborazione di diversi enti pubblici: è capofila l'Azienda ULSS 8 - Berica e gli altri partner sono le Aziende ULSS 2 Marca Trevigiana, ULSS 5 Polesana, ULSS 6 Euganea, ULSS 7 Pedemontana e ULSS 9 Scaligera. Tra i partner di progetto si annoverano inoltre le Prefetture di Padova e Vicenza e la Cooperativa Sociale GEA. Tra i sostenitori del progetto vi sono inoltre il Comune di Vicenza, la Prefettura di Verona, la Caritas Diakonia di Vicenza e la Federsolidarietà Veneto.



nella fase di preparazione all'uscita del percorso residenziale. La risposta del pubblico nella presa in carico di persone migranti vittime di tortura sembrerebbe esistere spesso solo con il coinvolgimento di reti informali o attraverso servizi promossi all'interno di progetti FAMI, a cui tuttavia, non fa seguito una riorganizzazione dei servizi più strutturata, fatta eccezione per alcune realtà già menzionate. In alcuni casi sembra che in assenza di servizi specifici, gli enti di accoglienza abbiano deciso di rivolgersi a strutture fuori dalla realtà regionale per l'emersione degli esiti di salute e la certificazione delle torture. Questo nello specifico è vero per la Valle D'Aosta e per l'Umbria in cui le persone intervistate hanno messo in luce una situazione piuttosto critica sul territorio caratterizzata da assenza di servizi dedicati e con la conseguente necessità di fare ricorso a servizi localizzati al di fuori del territorio regionale. In queste regioni non è tuttavia presente un marcato interesse sulla tematica e purtroppo nonostante numerose sollecitazioni non è stato possibile interpellare il servizio pubblico. Infine, per la Liguria e il Molise non è stato possibile effettuare una valutazione approfondita. Secondo alcune fonti della Regione Liguria con cui si è avuto uno scambio informale non risultano in questa regione né un recepimento normativo né l'attivazione di servizi specifici. Una limitazione che emerge evidente anche tra le regioni che hanno

manifestato maggiore attenzione verso queste tematiche e che si sono dimostrate più virtuose è la scarsa disponibilità di fondi strutturali che permettano di avere una maggiore stabilità e una disponibilità di risorse equilibrate rispetto alle richieste. Infatti nonostante l'esistenza in diverse regioni di buone pratiche caratterizzate da una collaborazione adeguata tra pubblico, enti di accoglienza ed enti privati che da anni hanno istituito una buona rete territoriale di supporto a migranti vittime di violenza estrema con servizi sanitari pubblici caratterizzati da percorsi dedicati e dalla presenza di un servizio di mediazione strutturato nel tempo, la mancanza di fondi specifici da destinare alle ASL al fine di potenziare le risorse già presenti, rappresenta una rilevante criticità. Inoltre, risulta importante segnalare come ulteriore elemento di preoccupazione che tra le persone interpellate, tutte professionalmente impegnate sui temi dell'assistenza sanitaria alla popolazione migrante, ben il 12% dei rispondenti non conosceva le Linee Guida.

Anche nelle regioni in cui è stata introdotta una normativa di recepimento, il 4% degli operatori non ne era a conoscenza. Tra i professionisti del Servizio Pubblico coinvolti, sembra che alcuni non siano stati informati e formati al riguardo o sollecitati rispetto alla promozione di attività specifiche di propria competenza. Questo comporta indicazioni non chiare sul territorio rispetto ad attività e monitoraggio, mettendo in luce lacune importanti e il perdurare di limiti evidenti nell'individuazione e nella presa in carico di questo tipo di popolazione. Infine, per quanto riguarda la formazione altro aspetto rilevante e fortemente voluto dalla Linee Guida, il 60% dei rispondenti ha riferito che non vi è alcuna promozione da parte di enti pubblici regionali di eventi formativi sulla medicina delle migrazioni, psicopatologia transculturale e post-traumatica.

Molti degli eventi formativi sono promossi nell'ambito di Progettazione FAMI che tuttavia si pongono come attività isolate cui, una volta esauriti i fondi disponibili, non viene garantito un seguito coerente e concreto in termini di istituzione di équipe stabili sul territorio.

IL PROFILO DI SALUTE DI MIGRANTI FORZATI VITTIME DI TORTURE E VIOLENZE NELL'OTTICA DEGLI OPERATORI

Durante l'analisi è stato approfondito, senza l'assegnazione di alcun valore scientifico, il profilo di salute generale delle persone osservate dai professionisti coinvolti nella mappatura, così come da essi riportato nel corso delle interviste.

Per quanto riguarda la salute mentale i rispondenti hanno individuato il PTSD, i sintomi psicosomatici e le problematiche del ciclo sonno-veglia come particolarmente frequenti nella popolazione dei migranti vittime di tortura. In realtà come già evidenziato, i sintomi sopra elencati sono non di rado riscontrati come sintomi sentinella di un quadro post-traumatico. A questo si lega inoltre la presenza di quadri di abuso di sostanze e alcol o ancora di disturbi dissociativi.

Sono stati riscontrati anche problemi dell'umore e di ansia che spesso sono un'ulteriore espressione di traumatizzazione estrema.

Da un punto di vista cognitivo a completare il quadro, sono stati spesso riscontrati disturbi

della memoria, dell'attenzione e della concentrazione.

Alcuni dei rispondenti hanno evidenziato come il profilo del migrante sia effettivamente cambiato rispetto agli anni precedenti, facendo riscontrare con maggiore frequenza problematiche preesistenti al viaggio. Infine, molto frequenti sono, secondo alcuni, le problematiche neuropsichiatriche infantili che attualmente vengono riscontrate nei minori.

Per dettagli e approfondimenti sul profilo generale si rimanda alla Tabella 2*

Da un punto di vista organico, alcuni quadri clinici sono stati menzionati con particolare frequenza, tra di essi: fratture e dolori osteoarticolari legate a torture subite e cicatrici (riportate dal 26% degli intervistati), problematiche ginecologiche e dell'apparato riproduttivo (12%), malattie infettive sessualmente trasmissibili (12%).

TABELLA 2: PROBLEMATICHE DI SALUTE MENTALE RISCOSE	PERCENTUALE DEI RISPONDENTI
PTSD	32%
Sintomi psicosomatici	28%
Disturbi del sonno	28%
Disturbi d'ansia	22%
Disturbi depressivi	18%
Quadri psicotici	14%
Disturbi cognitivi	12%
Disturbi dissociativi	10%
Difficoltà relazionali	6%
Disturbi alimentari	6%
Abuso di alcol e sostanze	6%
Disregolazione di impulsi	6%
Disturbi dell'adattamento	4%
Ritiro sociale	2%

*Ogni rispondente poteva fornire più di una risposta possibile

LA RETE SUL TERRITORIO: LE RISPOSTE DATE AI MIGRANTI VITTIME DI TORTURA NEL PRIVATO SOCIALE

L'analisi svolta ha inoltre investigato sulla tipologia di interventi attivati per la presa in carico di migranti vittime di torture e violenze intenzionali anche in assenza del recepimento delle Linee Guida.

La maggior parte degli intervistati ha riferito di attivare una molteplicità di interventi per rispondere alla complessità dei bisogni riscontrati. In generale vi è molto spesso il coinvolgimento del servizio pubblico che tuttavia sembra funzionare in maniera preponderante tramite una rete informale costituitasi nel corso degli anni.

La conduzione della mappatura ha fatto emergere in maniera inequivocabile anche una serie di problematiche nell'approccio all'individuazione e presa in carico di migranti vittime di violenza estrema. Una delle principali barriere riscontrata dagli operatori del terzo settore è la mediazione linguistica non presente nei ser-

vizi sanitari generali e che ostacola la presa in carico. Infatti, fatta eccezione per alcuni servizi, i mediatori linguistico-culturali non sono disponibili in modo strutturato, spesso operano a chiamata o comunicano con una qualche lingua veicolare, con la conseguente esclusione di una parte dei beneficiari. La barriera della mediazione è invece meno presente se si tratta di servizi che nascono già per l'assistenza clinica dei migranti. Il secondo aspetto critico da sottolineare è una scarsa capacità da parte dei Servizi Pubblici di effettuare una reale presa in carico sul lungo periodo documentata sia dall'assenza di un colloquio successivo alle prime visite, a volte per scarsa formazione nell'ambito transculturale, sia dall'interruzione degli accessi ai servizi a seguito dell'uscita dal circuito dell'accoglienza. Quest'ultimo aspetto, tuttavia, si può ricondurre anche, in alcuni casi, ad una minore aderenza o comprensione del trattamento da parte del paziente. Limitazioni evidenti sono inoltre presenti anche nella certificazione degli esiti psicopatologici e fisici di tortura, dove le diagnosi prodotte sono spesso generiche e ove l'accesso



a servizi specialistici come il CSM è vincolato al possesso della residenza comportando un'importante barriera all'utilizzo delle prestazioni. Infatti, sebbene la residenza non sia requisito essenziale per l'iscrizione al SSN, i presidi delle ASL spesso la richiedono al fine del rilascio della tessera sanitaria, del medico di base e di altri servizi specialistici, andando così a creare un ulteriore impedimento alla fruizione dei diritti. Questo in particolare per chi è fuori dal circuito dall'accoglienza e con situazioni abitative spesso precarie e temporanee si traduce in un'assenza totale di supporto fatta esclusione per i casi di emergenza.

Questi limiti non sono certamente generalizzabili e molti servizi del territorio si distinguono per buone prassi (abbiamo già citato le aree di Milano, Roma, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Emilia-Romagna e anche i servizi presenti in Sicilia che hanno previsto l'istituzione di équipe multidisciplinari) resta tuttavia necessario riflettere su queste considerazioni al fine di individuare soluzioni concrete per potenziare e

attuare un modello operativo congruo con le Linee Guida volto a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti.

La fatica e il ridimensionamento dei servizi stessi che determinano notevoli ritardi nell'erogazione delle risposte, la mancata sostenibilità dei costi di un servizio attivato tramite fondi progettuali che, una volta terminati, non vengono consolidati in servizi più strutturati sono solo alcune delle principali criticità risultate da questa mappatura e sollevate a più riprese nell'ambito di analisi diverse cui non si è ancora risposto a livello territoriale in maniera concreta, stabile e uniforme.

CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata emerge con chiarezza che a distanza di 5 anni dalla emanazione delle Linee Guida, la loro attuazione a livello regionale continua ad essere estremamente limitata. A pochissime esperienze virtuose che traducono in azione le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida, formalizzando la costituzione di reti di servizi e collaborazioni tra servizio pubblico e terzo settore, si affiancano una moltitudine di esperienze locali che, pur animate dalla volontà di fornire una risposta a un bisogno emergente e ben noto, hanno il grosso limite di fondarsi per lo più su iniziative individuali e su reti informali di collaborazione.

Questo dato merita attenzione e riflessione per le sue conseguenze in termini di mancata possibilità per i migranti vulnerabili di usufruire di servizi dedicati come normato dal documento nazionale. Va rilevato come ad oggi gli enti del terzo settore rappresentino una fondamentale risorsa e un supporto sostanziale assolvendo, in misure ed estensioni diverse, a quanto indicato dalle Linee Guida anche in relazione alla propria mission. Ad essi non può tuttavia essere completamente delegata la realizzazione di interventi complessi e multispecialistici quali quello considerato. Si rende pertanto necessario un maggiore coinvolgimento e impegno dei servizi sanitari pubblici che, nel complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività che concorrono non solo alla cura ma anche alla promozione e alla tutela della salute fisica e psichica della popolazione, dovrebbe garantire la definizione di percorsi assistenziali adeguati volti alla precoce emersione, all'assistenza multidisciplinare e alla riabilitazione di soggetti con problematiche di salute complesse in modo strutturato, con gli opportuni investimenti in termini di servizi, risorse e competenze.

In particolare, preme ribadire che:

- l'assenza di recepimento regionale delle Linee Guida rappresenta un grave limite che,

oltre a sottolineare una scarsa consapevolezza del fenomeno, riduce sostanzialmente le opportunità di intervento operativo, non consentendo di inserire nelle programmazioni dei servizi territoriali potenziali interventi di cura e riabilitazione concepiti per questo tipo di popolazione.

- La mancanza di chiari protocolli e procedure che definiscano un modello operativo integrato tra i diversi servizi territoriali lascia spazio ad iniziative isolate determinando interventi disomogenei e togliendo organicità e coerenza alle realtà locali anche laddove iniziative di collaborazione e integrazione tra servizi siano emerse.

- Risulta indispensabile la presenza di un servizio strutturato di mediazione linguistico-culturale (non a chiamata e saltuario) con professionalità adeguatamente formate che, inserite in un lavoro di team multidisciplinare, possano consentire una più efficace valutazione dei quadri clinici, migliorare la qualità dell'assistenza e garantire un approccio realmente centrato sui bisogni del paziente.

- Gli interventi di individuazione precoce, prevenzione e trattamento di patologie legate ad eventi traumatici richiedono un approccio strutturato ed olistico, risposte messe in atto da team multidisciplinari con specifiche competenze che applichino un approccio integrato frutto di una coordinazione sinergica tra i diversi attori coinvolti nella risposta del fenomeno.

- Per superare il carattere temporaneo ed emergenziale di soluzioni transitorie e integrare i nuovi strumenti che la complessità del fenomeno richiede, è importante poter disporre di finanziamenti di lungo periodo utili a garantire una formazione in ambiti diversi e con livelli progressivi di specializzazione e un'effettiva realizzazione delle indicazioni contenute all'interno delle Linee Guida.

In ultima istanza l'auspicio resta che le istituzioni e gli enti competenti possano realizzare le necessarie modifiche a livello legislativo e mettere in campo un percorso di assistenza

alle vittime, dall'individuazione alla riabilitazione nella consapevolezza che un'appropriatezza presa in carico, un intervento precoce ed efficace dei disturbi psichici correlati agli aspetti

traumatici e una riabilitazione dedicata siano, oltre che un diritto costituzionalmente garantito, anche la necessaria premessa per un'effettiva integrazione.



BIBLIOGRAFIA

Aragona, M., Barbato, A., Cavani, A., Costanzo, G., & Mirisola, C. (2020 c). Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health*, 186, 52-56.

Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, A., Colosimo, F., ... & Geraci, S. (2011). The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 47, 207-213.

Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 49, 169-175.

Aragona, M., Salvatore, M. A., Mazzetti, M., Burzio, A., Geraci, S., & Baglio, G. (2020b). Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy. *Ann Ig*, 32(2), 157-165.

Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 501-18, 466-481
Bacigalupi, M. (2019). Migrazione e salute. In *Clinica del trauma nei rifugiati: un manuale tematico a cura di Vercillo E., e Guerra M.* Mimesis.

Baglio, Giovanni et al. (2018). «La salute psichica dei migranti e il fenomeno degli sbarchi: un'analisi delle dimissioni ospedaliere da reparti psichiatrici in Italia (2008-2015)». Bonciani, Manila et al. (a cura di), *Dinamiche di salute e migrazione, tra continuità e bisogni*. Bologna: Edizioni Pendragon, 255.

Bohus, M., Schmahl, C., Fydrich, T., Steil, R., Müller-Engelmann, M., Herzog, J., ... & Priebe, K. (2019). A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 1-16.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali (2020). Report progetto PsychCare, Psychiatric Services for refugees. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati.

Krakow, B., & Zadra, A. (2010). Imagery rehearsal therapy: principles and practice. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 289-298.

Libertas & Petta (2020) Il Profilo di salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati del progetto. In *Psychiatric Services for refugees*. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati. Ed. Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali.

Mazzetti M. (2014). Il trauma della migrazione: fattori di resilienza e di vulnerabilità. A cura di Aragona, M., Geraci, S., & Mazzetti, M. (2014). *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Bologna: Pendragon.

Mazzetti, M. e Geraci, S. (2019). Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale. In: Perocco F. (a cura di) *Tortura e migrazioni*. Edizioni Ca' Foscari, Venezia: 380-402.

Medici Senza Frontiere (2016) *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*. Medici Senza Frontiere, Roma.

Ministero della Salute, G.U. Serie Generale, n. 95 del 24 aprile 2017. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonche' 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. (17A02804)

Ogden, P., & Minton, K. (2000). *Sensorimotor*

psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.

Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 263-279.

Petta AM. (2019) Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma. *Crossing Dialogues*, Roma.

Santone (2020) Linee Guida Per La Programmazione Degli Interventi Di Assistenza E Riabilitazione Nonché Per Il Trattamento Dei Disturbi Psichici Dei Titolari Di Protezione Internazionale Che Hanno Subito Torture, Stupri O Altre Forme Gravi Di Violenza Psicologica, Fisica O Sessuale: Elaborazione E Recepimento. In *PsychCare, Psychiatric Services for refugees*. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati. Ed. Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali.

Sayad, A. (2002). *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina Raffaello, 2002.

Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5-6.

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 27(3), 209-218.

Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford

Sironi, F. (2001). *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli Editore.

Spissu C., De Maio G., Van Den Bergh R., Ali E., Venables E., Burtscher D., Ponthieu A., Ronchetti M., Mostarda N., Zamatto F., It never happened to me, so I don't know if there are procedures": identification and case management of torture survivors in the reception and public health system of Rome, Italy, *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture* 28(2):38-55, 2018.

Steele K., Boon S., van der Hart O., & Tagliavini G. (2017). *La cura della dissociazione traumatica: un approccio pratico e integrativo*. Mimesis. Milano.

Tarsitani, L., Todini, L., Roselli, V., Serra, R., Magliocchetti, V., D'Amore, D., ... & Biondi, M. (2020). Somatization and traumatic events in asylum seekers and refugees resettled in Italy. *Trauma: psychopathology, boundaries an treatment*, 41.

Traduzione Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2008). *Protocollo di Istanbul*. Ufficio dell'alto commissariato per i diritti umani, Nazioni Unite, 9 Agosto 1999.

Vercillo e Guerra, M. (2019). *Clinica del trauma nei rifugiati: un manuale tematico*. Mimesis.

Vercillo, E. (2019) *Introduzione in Vercillo e Guerra, M. (2019). Clinica del trauma nei rifugiati: un manuale tematico*. Mimesis.

Zadra F. (2021) *Networks of healthcare accessibility for migrants in vulnerable situations. A case study in South Tyrol Social Work in a Border Region 20 Years of Social Work Education at the Free University of Bozen-Bolzano*, 2021

SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

<https://www.iprs.it/il-progetto-psychcare-metodologia-e-risultati/>

https://www.simmweb.it/attachments/article/928/scheda_PROGETTO_FAMI_MdS_WPs.pdf

APPENDICE

Si allega di seguito un elenco di servizi del privato sociale a cui gli intervistati hanno fatto riferimento

TABELLA 4: ENTI DEL TERZO SETTORE E SERVIZI EROGATI PER MIGRANTI			
Regione	Enti del privato sociale	Servizi erogati	
Piemonte	Centro Franz Fanon	Servizio di Counselling, psicoterapia e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura.	
	Fondazione Mamre onlus	-Sostegno psicologico, psicoterapia e consultazioni etnopsichiatriche; -Mediazione culturale; -Supporto per ricongiungimento e sostegno alle persone vittime di violenza e ridotte in schiavitù e sfruttamento e alle persone con devianze sociali; -Lavoro e istruzione	
	Ideadonna Onlus	-Promozione tutela sociale e l'empowerment delle donne e degli uomini, adulti e minori, che si sottraggono allo sfruttamento o alla discriminazione, con le attività di accoglienza residenziale e di inclusione socio-lavorativa; - Promozione della salute, con le attività di educazione sanitaria rivolte sia alle donne straniere in generale e nello specifico a vittime di prostituzione	
	Cammini di Salute	Assistenza medico-psicologica	
	Tandem	Supporto alle vittime di tratta	
	Centro Migranti Marco Cavallo	Presa in carico psichiatrica e psicoterapica	
	Lombardia	Associazione Naga e Naga Har	-Assistenza medica -Assistenza Legale -Servizi specifici per vittime di tortura
Cooperativa sociale Crinali Onlus		-Supporto psicologico -Mediazione -Formazione	
Kantara		- Mediazione - Supporto a rifugiati Orientamento	
Fondazione Somaschi Onlus		Accoglienza	
Terre Nuove		Servizio di Etnopsichiatria	
Casa della Carità,		Supporto sociale e accoglienza	
Opera San Francesco		Supporto sociale, accoglienza, assistenza medica	
Progetto Derive e approdi		Supporto vittime di tratta	
Friuli Venezia Giulia		Consorzio Italiano di Solidarietà – Ufficio Rifugiati Onlus	Promozione della tutela e dell'accoglienza a richiedenti asilo
		Trentino Alto Adige	Progetto Alba-Volontarius Bolzano
Caritas Bressanone	Sportello psicosociale		
Centro Astalli Trento	Supporto psicologico e psicoterapia		
GRIS	Supporto per certificazioni mediche		
Associazione Ambra	Supporto a donne e nuclei in condizioni di disagio		
Veneto	Cooperativa Laesse- Progetto Navigare	Supporto alle vittime di tratta	
	ASGI	Supporto legale	
	Caritas	Supporto psicosociale	
Emilia Romagna	Ciack onlus	Sportelli psicosociali, orientamento sanitario, accoglienza, rete con servizi pubblici	
	Laboratorio di salute popolare	Assistenza medica	
	Sokos	Assistenza medico-psicologica	
	Avvocati di Strada	Assistenza legale	

Toscana	Medici per i diritti umani (MEDU)	Supporto psicologico e psicoterapia
	Cooperativa sociale CAT	Contrasto marginalità
	Centro studi Sagara	Psicoterapia e formazione
	OXFAM	Contrasto marginalità e formazione
Lazio	Centro Psiché "Francesca Uneddu" di Medici per i diritti umani	Psicoterapia e supporto farmacologico
	Medici contro la tortura	Certificazioni medico legali
	Associazione Crossing Dialogues	Servizi per vittime di tortura e migranti forzati: -Valutazione psicodiagnostica e cognitiva -Valutazione integrata psicologica e di contesto geopolitico -Supporto psicologico e psicoterapia -Approfondimenti antropologici e di contesto
	Caritas Progetto Ferite Invisibili	Supporto psicologico e psicoterapia a vittime di tortura
	Scuola di Psicoterapia Etno-Sistemico-Narrativa	Psicoterapia
	Marche	On the Road per la tratta
Cooperativa Labirinto		Accoglienza
Servizi per Immigrazione - Nuova Ricerca – Agenzia Res		Accoglienza
Abruzzo	Peace	Servizi sociali
Campania	Cooperativa Less	Mediazione Supporto psicologico e individuazione vulnerabili
	Cooperativa Dedalus	Mediazione, accoglienza e centri ricreativi-educativi
	Sportello Caritas Caserta	Contrasto allo sfruttamento lavorativo
Basilicata	Centro studi e ricerche sulle realtà meridionali	Supporto a vittime di tratta
	Croce Rossa	Assistenza medica
	Arci	Servizi di integrazione e accoglienza
Puglia	Differenza donna	Supporto a donne vittime di violenza multidisciplinare
	Associazione Alzaia	Centro antiviolenza
Sardegna	ANAM Prevenzione Psicosociale	Supporto psicosociale, psicoterapia
	Arcoiris Onlus	Supporto psicologico
	Tangram Psicologia e clinica transculturale	-Supporto psicologico -Formazione
Sicilia	Unicef	Tutela infanzia
	Centro Penc	-Supporto psicologico e psicoterapia -Consulenza antropologica -Formazione per mediatori culturali
	Medici Senza Frontiere	Supporto psicologico a migranti vittime di violenza intenzionali e torture
	MEDU	Supporto psicologico e psicoterapia
	Centro Astalli	Supporto psicologico e psicoterapia
	Comunità di S. Egidio	Supporto sociale e accoglienza
	Save the Children	Tutela dell'infanzia
	Associazione Penelope	Solidarietà sociale

ALLEGATI

ALLEGATO A: QUESTIONARIO CENTRI DI ACCOGLIENZA

■ È a conoscenza dell'esistenza delle Linee Guida nazionali per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione delle vittime di torture, violenze intenzionali, stupri o altre forme di grave violenza psicologica, fisica o sessuale?

SI NO

■ Nella sua regione di appartenenza è a conoscenza dell'esistenza di una normativa regionale che abbia recepito l'indicazione nazionale delle Linee Guida?

SI NO

Se non presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

1. Come rispondete in presenza dei bisogni di persone migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

2. Che tipo di interventi vengono attivati in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

3. A quali servizi esterni del privato sociale o del pubblico vi rivolgete in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

4. A vostra conoscenza nelle aziende sanitarie regionali sono presenti delle attività formative specifiche nell'ambito della medicina delle migrazioni, psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

Se presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

1. Quali sono gli enti pubblici (ASL) che adottano le indicazioni suggerite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di torture e di violenze intenzionali?

2. Quali servizi specifici sono stati implementati nell'applicazione di questa normativa nelle ASL?

3. Quali sono le professionalità incluse nell'équipe che si occupa di migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

4. Con quale frequenza usufruite del servizio? (0= Mai, 1=raramente, 2= spesso, 3= molto spesso, 4=sempre)

5. Quali sono le problematiche più frequenti per cui vi siete rivolti al servizio?

Sanitarie: _____

Salute Mentale: _____

6. All'interno dei servizi sanitari regionali, nelle équipe istituite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di tortura sono presenti professionisti formati nell'ambito della medicina delle migrazioni, della psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

Domande sui servizi del centro di accoglienza

7. Nella vostra équipe è prevista una valutazione delle problematiche fisiche o psicologiche degli utenti accolti? (Specificare se presente e da chi viene eseguita)

8. Per la valutazione delle problematiche di salute mentale usufruite di un servizio interno di psicologia?

SI NO

9. Nel caso in cui sia presente un servizio di psicologia usate degli strumenti di screening specifici per la valutazione? (Se si specificare di che tipo)

10. Che tipo di servizi sono presenti nel centro per supportare il richiedente asilo per la preparazione alla Commissione Territoriale? (Es. servizio legale, Servizio sociale.. etc)

11. Vi rivolgete a servizi esterni per le certificazioni medico legale, psichiatrica, psicologica etc.? In caso affermativo specificare a quali Servizi vi rivolgete.

ALLEGATO B: QUESTIONARIO SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

■ È a conoscenza dell'esistenza delle Linee Guida nazionali per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione delle vittime di torture, violenze intenzionali, stupri o altre forme di grave violenza psicologica, fisica o sessuale?

SI NO

■ Nella sua regione di appartenenza è a conoscenza dell'esistenza di una normativa regionale che abbia recepito l'indicazione nazionale delle Linee Guida?

SI NO

Se non presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

5. Come rispondete in presenza dei bisogni di persone migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

6. Che tipo di interventi vengono attivati in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

7. A quali servizi esterni del privato sociale o del pubblico vi rivolgete in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

8. A vostra conoscenza nelle aziende sanitarie regionali sono presenti delle attività formative specifiche nell'ambito della medicina delle migrazioni, psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

Se presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

12. Quali sono gli enti pubblici (ASL) che adottano le indicazioni suggerite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di torture e di violenze intenzionali?

13. Quali servizi specifici sono stati implementati nell'applicazione di questa normativa nelle ASL?

14. Quali sono le professionalità incluse nell'équipe che si occupa di migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

15. Con quale frequenza usufruite del servizio? (0= Mai, 1=raramente, 2= spesso, 3= molto spesso, 4=sempre)

16. Quali sono le problematiche più frequenti per cui vi siete rivolti al servizio?

Sanitarie: _____

Salute Mentale: _____

17. All'interno dei servizi sanitari regionali, nelle équipe istituite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di tortura sono presenti professionisti formati nell'ambito della medicina delle migrazioni, della psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

Domande sui servizi del centro di accoglienza

18. Nella vostra équipe è prevista una valutazione delle problematiche fisiche o psicologiche degli utenti accolti? (Specificare se presente e da chi viene eseguita)

19. Per la valutazione delle problematiche di salute mentale usufruite di un servizio interno di psicologia?

SI NO

20. Nel caso in cui sia presente un servizio di psicologia usate degli strumenti di screening specifici per la valutazione? (Se si specificare di che tipo)

21. Che tipo di servizi sono presenti nel centro per supportare il richiedente asilo per la preparazione alla Commissione Territoriale? (Es. servizio legale, Servizio sociale.. etc)

22. Vi rivolgete a servizi esterni per le certificazioni medico legale, psichiatrica, psicologica etc.? In caso affermativo specificare a quali Servizi vi rivolgete.

ALLEGATO C: QUESTIONARIO ASL E REGIONI

■ È a conoscenza dell'esistenza delle Linee Guida nazionali per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione delle vittime di torture, violenze intenzionali, stupri o altre forme di grave violenza psicologica, fisica o sessuale?

SI NO

■ Nella sua regione di appartenenza è a conoscenza dell'esistenza di una normativa regionale che abbia recepito l'indicazione nazionale delle Linee Guida?

SI NO

Se non presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

9. Come rispondete in presenza dei bisogni di persone migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

10. Che tipo di interventi vengono attivati in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

11. A quali servizi esterni del privato sociale o del pubblico vi rivolgete in presenza di casi con questo tipo di vulnerabilità?

12. Nelle aziende sanitarie regionali sono presenti delle attività formative specifiche nell'ambito della medicina delle migrazioni, psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

Se presente normativa vigente che abbia recepito le Linee Guida Nazionali

1. Quali sono gli enti pubblici (ASL) che adottano le indicazioni suggerite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di torture e di violenze intenzionali?

2. Quali servizi specifici sono stati implementati nell'applicazione di questa normativa nelle ASL?

3. Quali sono le professionalità incluse nell'équipe che si occupa di migranti vittime di torture e violenze intenzionali?

4. Quanti sono i pazienti che hanno avuto accesso al servizio nell'anno 2021?

5. Quali sono le problematiche per cui si sono rivolti al servizio?

Sanitarie: _____

Salute Mentale: _____

6. Quanti sono i pazienti che hanno avuto accesso al servizio nell'anno 2020 durante il periodo della pandemia?

7. Quali sono le problematiche per cui si sono rivolti al servizio?

Sanitarie: _____

Salute Mentale: _____

8. All'interno dei servizi sanitari regionali, nelle équipe istituite per l'individuazione e il trattamento delle vittime di tortura sono presenti professionisti formati nell'ambito della medicina delle migrazioni, della psicopatologia transculturale e post-traumatica?

SI NO

9. Sono previsti aggiornamenti formativi specifici in questi ambiti?

SI NO

10. È prevista la supervisione dei professionisti che si occupano a vario titolo di casi vulnerabili?

SI NO

Se presente: Con quale frequenza?

***Il nostro ringraziamento va a quanti
hanno partecipato alla realizzazione
di questo studio rendendolo possibile:
alle ASL che abbiamo interpellato,
ai medici e ai tecnici operanti
nelle diverse strutture per la loro disponibilità.
Agli operatori del privato sociale e delle
organizzazioni per aver
condiviso con noi la loro esperienza e per il
tempo che ci hanno dedicato.
Ad Anna Maria Petta per lo scrupoloso e puntuale
lavoro di ricerca e analisi.***

Sede di Roma

Via Magenta 5, 00185 Roma
Telefono: 06.888.06.000

Sede di Milano

Largo Settimio Severo 4, 20144 Milano
Telefono: 02.439.12.796

 facebook.com/msf.italiano

 twitter.com/MSF_ITALIA

msf@msf.it

