

Identificazione e trattamento delle vittime di violenza intenzionale: le linee di indirizzo del Ministero della Salute



S.I.M.M.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

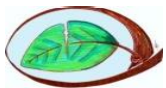
INMP



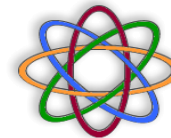
NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty

aragona@inmp.it



Progetto "Ferite Invisibili", Caritas, Roma



Crossing Dialogues

associazione per i dialoghi interculturali e interdisciplinari

O àrio den èchi sinòria

DECRETO LEGISLATIVO 21 febbraio 2014, n. 18

Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta.

s) all'articolo 27, dopo il comma 1, è aggiunto il seguente:

"1-bis. Il Ministero della salute adotta 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, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente."

Si tratta di linee d'indirizzo, il cui obiettivo primario è sollecitare interventi *appropriati* ed *uniformi* su tutto il territorio nazionale

si rivolgono ai *richiedenti e titolari* di protezione internazionale e umanitaria, riconoscendovi una popolazione a elevato rischio di sviluppare patologie mediche e psichiche a causa della frequente incidenza, nel loro percorso di vita, di esperienze stressanti e/o traumatiche

Il documento sottolinea l'importanza dell'*approccio multidisciplinare* e di un *percorso di assistenza* che accompagni la persona nelle varie fasi, dall'identificazione precoce delle problematiche sanitarie ... sino alla riabilitazione (nel senso più ampio che include le terapie mediche e psicologiche). Un'attenzione speciale è dedicata alla certificazione ... e alle peculiarità relative a donne e minori ...

Infine, è stato dedicato spazio agli operatori ... sottolineando l'importanza della loro formazione e della tutela della loro salute (... rischio di possibile traumatizzazione vicaria e burnout).



... prima fase di individuazione precoce dei
bisogni di salute più urgenti, fisici e psicologici

Recognizing the Invisible

The Relationship Between Somatization and Posttraumatic Symptoms Among Immigrants Receiving Primary Care Services*

Massimiliano Aragona, Elena Catino, Daniela Pucci, Sara Carrer, Francesco Colosimo, Montserrat Lafuente, Marco Mazzetti, Bianca Maisano, and Salvatore Geraci

Traumatic experiences and somatization are related in studies on complex trauma, though this relation is rarely studied in immigrants. The relationship between somatization and self-reported traumatic experiences and posttraumatic symptoms in patients attending a primary care service for immigrants was studied. The sample consisted of 101 patients attending a primary healthcare service dedicated to immigrants. Participants completed two self-assessment questionnaires specifically designed for use in transcultural research: the Bradford Somatic Inventory and the Harvard Trauma Questionnaire. Both were translated and back-translated into eight languages. Somatization was significantly related to traumatic events and posttraumatic symptoms. In primary care centers for immigrants, physicians should give particular attention to somatization as a possible sign of unreported posttraumatic symptoms.

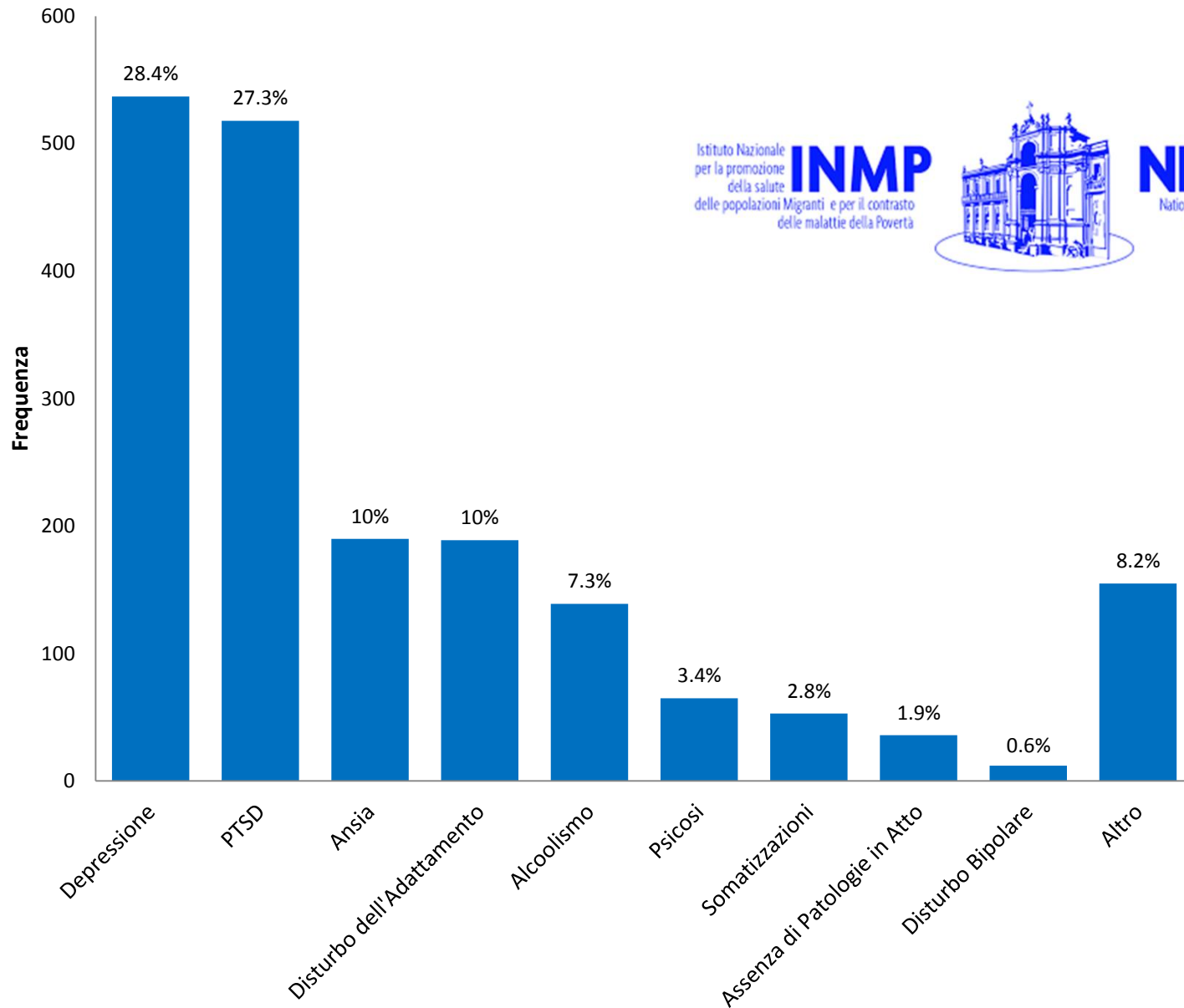
Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study

Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Marco Mazzetti,
Bianca Maisano and Salvatore Geraci
Caritas Health Service Network, Rome, Italy

Results. 391 patients completed the questionnaires. Prevalence of PTSD was 10.2%. PTE and PMLD were frequent in the whole sample but more common in PTSD subjects. Either the number of PTE and of PMLD significantly increased the likelihood to have a PTSD.

Conclusions. PTE, PMLD, PTSD and related conditions (anxiety, depression and somatization) are frequent among immigrants in primary care, and either PTE and PMLD significantly influence resulting psychopathology. The implications in clinical practice are discussed.

Dati Salute Mentale INMP (1894 pazienti)



Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty

Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis.

[OConghaile A](#), [DeLisi LE](#).

PURPOSE OF REVIEW: Co-occurrence of psychotic symptoms with symptoms typically thought of as posttraumatic stress disorder (PTSD) is well known, and there has been considerable debate whether this represents a psychotic subtype or a comorbid psychotic disorder.

RECENT FINDINGS: Psychotic symptoms typical of schizophrenia occur with a higher than expected frequency in PTSD. A large genome-wide association study (GWAS) has identified a collection of genes associated with PTSD, and these genes overlap with those identified as increasing the risk of developing schizophrenia.

SUMMARY: Up to 70% of returning veterans experience symptoms of PTSD. These individuals also fall within the peak age range for the onset of schizophrenia. PTSD with psychosis may occur for several reasons: trauma increases one's risk for schizophrenia and PTSD; patients with schizophrenia have a higher incidence of PTSD and may present with characteristic psychotic symptoms overlapping with psychosis in schizophrenia. Secondary to symptom overlap, there may be substantial misdiagnosis of psychotic disorders as PTSD, or nonidentification of a comorbid psychotic disorder. This overlap calls into question traditional diagnostic boundaries with implications for initial and long-term treatment of PTSD and psychosis. This review will discuss the recent literature relating to the association of PTSD with schizophrenia.

Bisogna stare attenti nei due sensi (non scambiare PTSD per schizofrenia, non trascurare la psicosi perché c'è un PTSD)

To screen or not to screen?



Although screening may lead to an earlier diagnosis, not all screening tests have been shown to benefit the person being screened; overdiagnosis, misdiagnosis, and creating a false sense of security are some potential adverse effects of screening.

Wikipedia

organizzazione dell'équipe multidisciplinare, da organizzare sui territori, per la riabilitazione delle vittime di violenze intenzionali

1. predisposizione e realizzazione di un programma annuale di **interventi in materia di prevenzione primaria e secondaria** con particolare attenzione alle tematiche della salute degli operatori ...
2. predisposizione e realizzazione di un **programma annuale di formazione** rivolto al personale medico, paramedico e sociale dell'azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi e ai mediatori linguistico-culturali.
3. **valutazione delle situazioni vulnerabili** che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni, **con la predisposizione** di proposte **di percorsi specifici di presa in carico** socio-sanitaria ed assistenziale da sottoporre agli uffici competenti;
4. esame delle richieste di **certificazione degli esiti fisici e psichici delle torture** o delle violenze gravi subite dai richiedenti asilo, da effettuarsi attraverso le professionalità presenti nell'équipe ovvero tramite invio in rete alle strutture idonee.
5. **elaborazione di un rapporto annuale** sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi.

organizzazione dell'équipe **multidisciplinare, da organizzare sui **territori**, per la riabilitazione delle vittime di violenze intenzionali**

1. predisposizione e realizzazione di un programma annuale di interventi in materia di **prevenzione** primaria e secondaria con particolare attenzione alle tematiche della salute degli operatori, a rischio di traumatizzazione secondaria e burnout;
2. predisposizione e realizzazione di un programma annuale di **formazione** rivolto al personale medico, paramedico e sociale dell'azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi e ai mediatori linguistico-culturali.
3. valutazione delle situazioni vulnerabili che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni, con la predisposizione di proposte di percorsi specifici di **presa in carico** socio-sanitaria ed assistenziale da sottoporre agli uffici competenti;
4. esame delle richieste di **certificazione** degli esiti fisici e psichici delle torture o delle violenze gravi subite dai richiedenti asilo, da effettuarsi attraverso le professionalità presenti nell'équipe ovvero tramite invio in rete alle strutture idonee.
5. elaborazione di un rapporto annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi.

La Rete

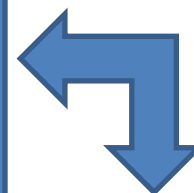
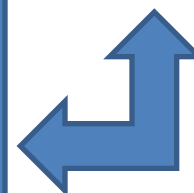
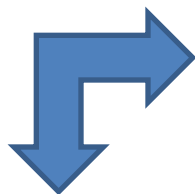
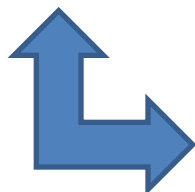


Centri di accoglienza

Servizio di assistenza legale

Il Servizio per le vittime di violenza intenzionale

- Accoglienza e orientamento
- Psicoterapia (setting flessibile culturalmente orientato; formazione specifica sui traumi)
- Valutazione psicopatologica e psicofarmacologia
- Mediazione culturale e linguistica
- Certificazione e preparazione all'audizione



Medicina di Base
Specialistiche
Riabilitazione Motoria etc.

Interventi di formazione
(linguistica e
professionale),
orientamento al lavoro

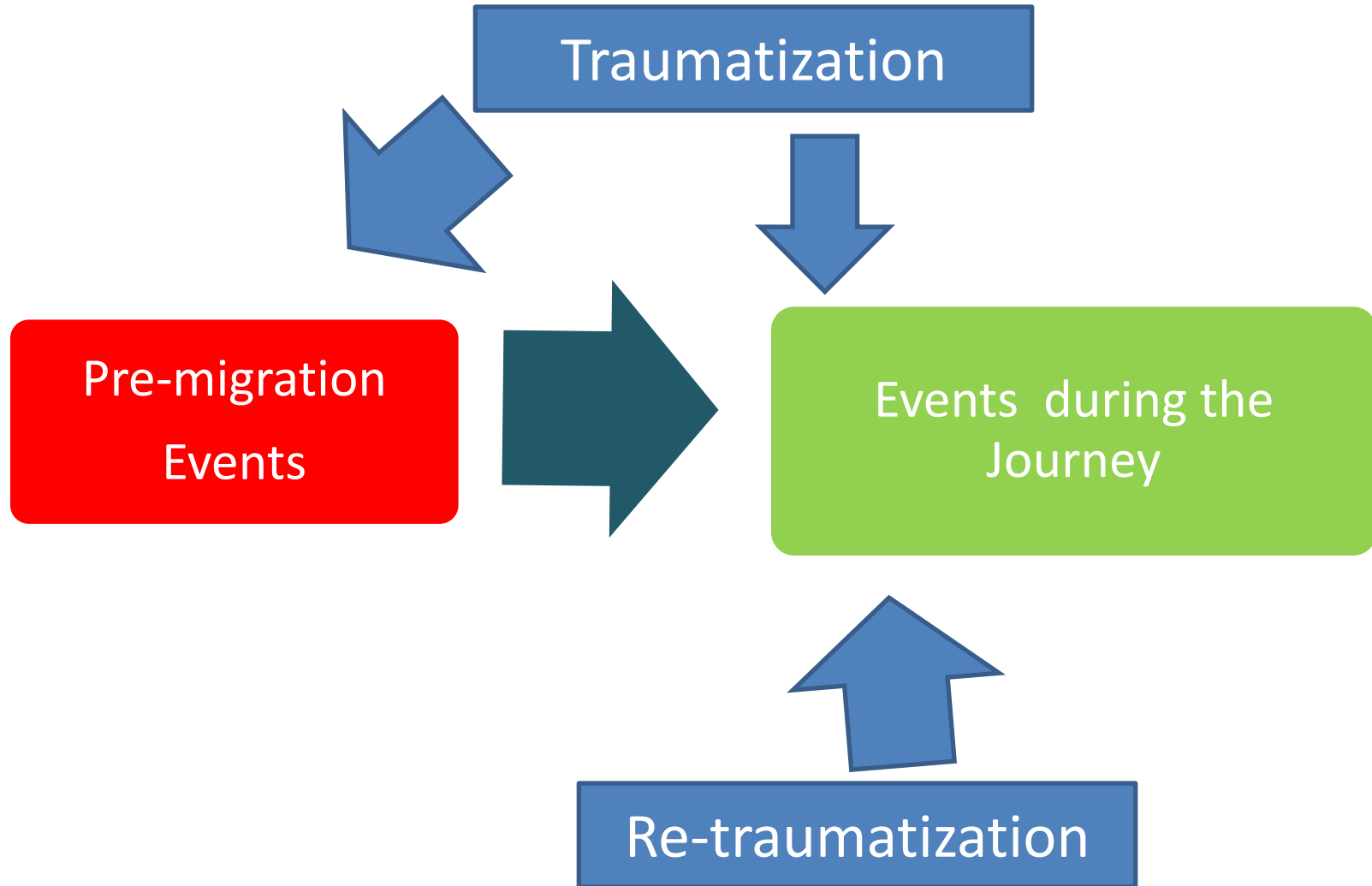
La Prevenzione Secondaria

Ridurre i casi in cui i sintomi posttraumatici non vengono riconosciuti e quindi non vengono trattati adeguatamente e per tempo



Cronicizzazione, aggravamento, aumento delle difficoltà nel processo di inserimento nella società ospitante

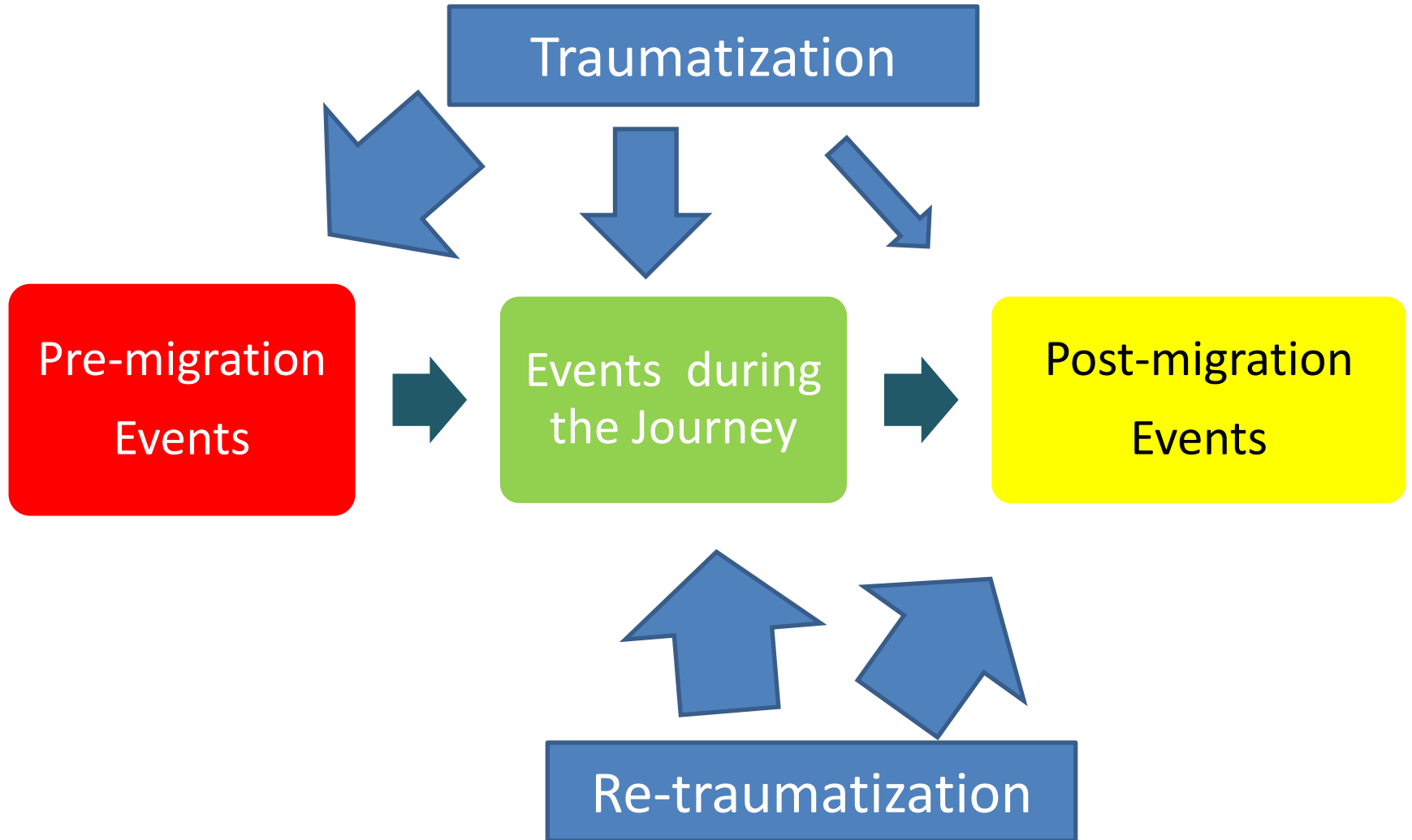
Timing



Eventi (ri)traumatizzanti legati al percorso migratorio:



Timing







LiMEs: Versione Italiana



Questa è una lista di esperienze che potrebbero esserle capitate.

Se le sono capitate, e se sono state per lei gravi o stressanti, indichi con una "X" se sono avvenute:

- . prima della partenza dal suo paese
- . durante il viaggio
- . in Italia

Se invece non le sono mai capitate o se non sono state gravi o stressanti, metta una "X" su *mai*.

Nel caso le siano capitate in più di una situazione (ad es. prima della partenza del suo paese e durante il viaggio) può mettere una "X" in più caselle.

N°	EVENTI TRAUMATICI	Mai	Prima della partenza dal suo paese	Durante il viaggio	In Italia
1	Lesioni gravi				
2	Abuso fisico				
3	Stupro o abuso sessuale				
4	Tortura				
5	Lavaggio del cervello				
6	Trovarsi vicino alla morte				
7	Essere prigioniero				
8	Essere rapito				
9	Isolamento forzato				
10	Situazione di conflitto armato				
11	Incidenti				

Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study

MASSIMILIANO ARAGONA⁽¹⁾, DANIELA PUCCI⁽¹⁾, MARCO MAZZETTI⁽¹⁾, SALVATORE GERACI⁽¹⁾

ABSTRACT

BACKGROUND: recent research shows that severe/very severe post-migration living difficulties (PMLD) have a negative impact on the mental health and social integration of refugees and asylum seekers. This study focuses on the role of PMLD in primary care “ordinary” immigrants.

METHODS: 443 primary care immigrants were asked to complete a self-administered questionnaire measuring the number and severity of pre-migratory potentially traumatic events (PTE), PMLD, and the current prevalence of a post-traumatic stress disorder (PTSD). The frequency of PMLD was assessed in the whole sample and compared in patients with and without PTSD. The effect of the number of PMLD on the risk of having a PTSD was studied by means of a regression analysis, adjusted by the number of PTE.

RESULTS: 391 patients completed the questionnaire and were enrolled into the study. The prevalence of PTSD was 10.2%. In the whole sample the most frequent PMLD were “no permission to work” (38,6%) and “poverty” (34,5%). All PMLD (except “communication difficulties”) were more frequent in patients with a PTSD. The number of PMLD significantly increased the likelihood to have a PTSD independently from PTE.

CONCLUSION: severe/very severe post-migration living difficulties (PMLD) increase significantly the risk of PTSD in primary care “ordinary” migrants. Our hypothesis is that they have a retraumatizing effect on individuals who are already vulnerable and with a low capacity to handle resettlement stress due to their previous traumatic history. The implications in clinical practice and for immigration policies are discussed.

A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas

Shakeh Momartin, Zachary Steel, Mariano Coello, Jorge Aroche, Derrick M Silove and Robert Brooks

years, Western countries have implemented stringent measures to reduce the inflow of asylum seekers.¹ In 2005, Australia implemented mandatory detention of all arrivals who arrived by boat or did not have valid travel documents. Mental health professionals have raised concerns that prolonged detention can re-traumatise refugees who have experienced persecution and abuse,¹ and these concerns have been reiterated by successive reports of the Human Rights Commission of Inquiry,^{2,4} and by the Australian Human Rights Commission's involvement with detainees' welfare.⁵ More recently, proponents of the policy argued variously that refugees are not mentally ill, that any mental illness was related to pre-migration events, and/or that the psychological care provided in detention centres was adequate.^{3,8} Calls by bodies such as the Australian Medical Association for inde-

ABSTRACT

Objectives: To determine the impact of the Australian provisions for temporary rather than permanent protection for asylum seekers found to be genuine refugees.

Design and setting: A comparison of the mental health of Persian-speaking refugees with temporary ($n = 49$) versus permanent ($n = 67$) protection visas attending an early intervention program in Sydney, New South Wales, 2002–03.

Measures: Standard measures were used to assess past trauma, detention experiences, postmigration stresses, symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), anxiety, depression and functional impairment.

Results: The two groups had experienced similar levels of past trauma and persecution. Nevertheless, holders of temporary protection visas (TPVs) returned higher scores on three psychiatric symptom measures ($P < 0.001$). Multivariate analyses showed that TPV status was the strongest predictor of anxiety, depression and particularly PTSD. Further analyses suggested that, for TPV holders, experience of past stresses in detention in Australia and ongoing living difficulties after release contributed to adverse psychiatric outcomes.

Conclusions: The sequence of postmigration stresses experienced by TPV holders appears to impact adversely on their mental health.

[Soc Sci Med](#). 2011 Apr;72(7):1149-56.

Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies.

[Steel Z](#), [Momartin S](#), [Silove D](#), [Coello M](#), [Aroche J](#), [Tay KW](#).

Australia has been at the forefront of implementing immigration policies that aim to limit the flow of asylum seekers over recent decades. Two controversial policies have been the use of immigration detention for unauthorized arrivals and the issuing of temporary protection visas (TPVs) for refugees who arrived without valid visas. We conducted a longitudinal survey over 2 years commencing in 2003 of 104 consecutive refugees from Iran and Afghanistan attending a state-wide early intervention program in New South Wales. The sample included those released from immigration detention on TPVs (n = 47) and others granted permanent protection visas prior to entering Australia (PPVs, n = 57). Psychological symptoms were assessed at baseline and follow-up by the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), the Hopkins symptom checklist-25 (HSCL), the GHQ-30 and the Penn State Worry Questionnaires (PSWQ). English language competency, daily living difficulties and coping-related activities were also assessed. The results indicated that TPVs had higher baseline scores than PPVs on the HTQ PTSD scale, the HSCL scales, and the GHQ. ANCOVA models adjusting for baseline symptom scores indicated an increase in anxiety, depression and overall distress for TPVs whereas PPVs showed improvement over time. PTSD remained high at follow-up for TPVs and low amongst PPVs with no significant change over time. The TPVs showed a significant increase in worry at follow-up. TPVs showed no improvement in their English language skills and became increasingly socially withdrawn whereas PPVs exhibited substantial language improvements and became more socially engaged. TPV holders also reported persistently higher levels of distress in relation to a wide range of post-migration living difficulties whereas PPVs reported few problems in meeting these resettlement challenges. The data suggest a pattern of growing mental distress, ongoing resettlement difficulties, social isolation, and difficulty in the acculturation process amongst refugees subject to restrictive immigration policies.

GRAZIE!!!

O àrio den èchi sinòria



S.I.M.M.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



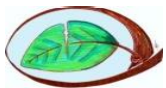
Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP

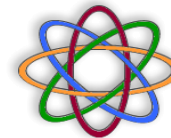


NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty



Progetto "Ferite Invisibili", Caritas, Roma



Crossing Dialogues

associazione per i dialoghi interculturali e interdisciplinari

aragona@inmp.it