

## C4. La consulenza psichiatrica in medicina generale

*Coordinatori:* D. Berardi (Bologna), F. Samani (Bologna)

*Docenti:* P. Carbonatto (Torino), C. Curcetti (Bologna), M. Morini (Bologna), I. Tarricone (Bologna), F. Asioli (Bologna), M. Bologna (Bologna), N. Colombini (Modena)



---

**Migranti e competenza culturale**

**nella consulenza psichiatrica in medicina generale**

**Ilaria Tarricone,**

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

**Martedì  
16 febbraio**

**PSICHIATRIA 2010:**

*No Health Without Mental Health*



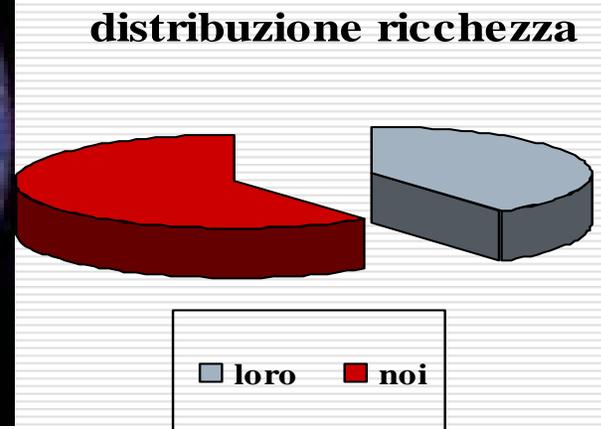
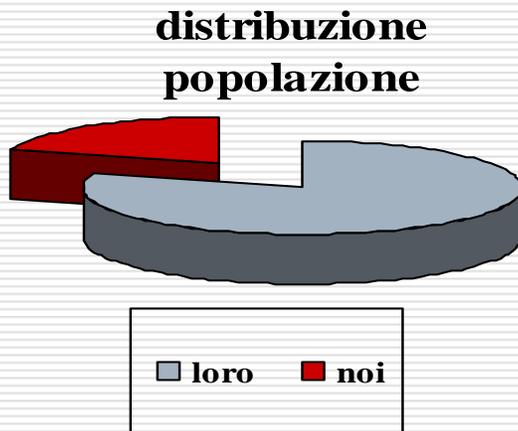
# Sintesi dei contenuti

- Il fenomeno migratorio
- Salute mentale e migrazione: i DMC
- La consulenza psichiatrica nelle cure primarie per i migranti
- La competenza culturale

# Lo squilibrio fatale

*“Se si guarda all’economia globale dal punto di vista della gente, il suo più grande fallimento consiste nell’incapacità di creare lavoro sufficiente nei luoghi in cui le persone vivono”*

*Juan Somavia, direttore generale ILO*

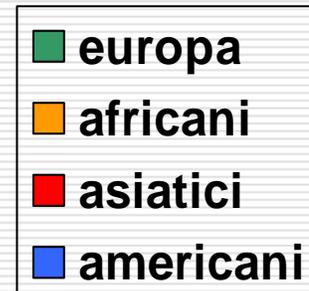
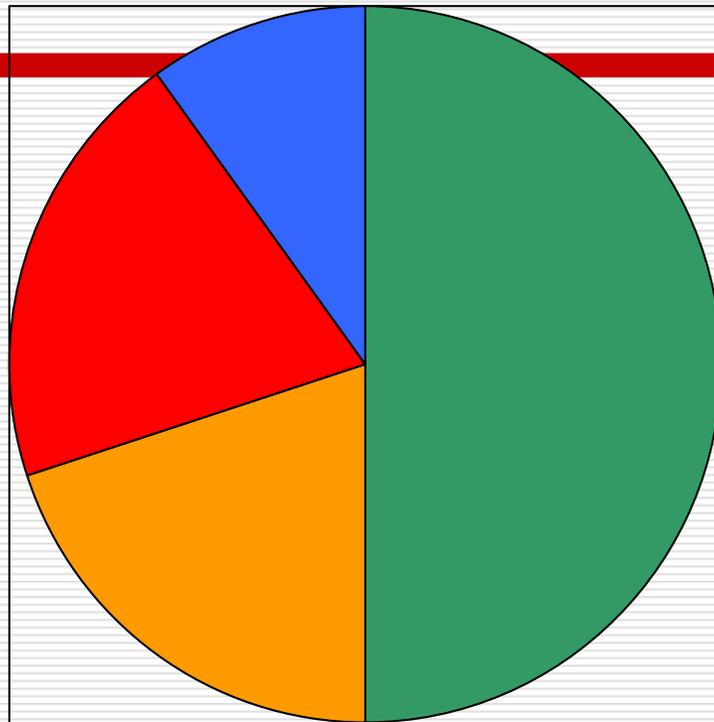


# Migrazione in Italia 1999 - 2009



In Italia, in Europa e nel resto del mondo il fenomeno migratorio mostra una crescita rapida e esponenziale e i migranti presentano ingenti problematiche di salute fisica e mentale (Caritas-Migrantes, 2008; Cantor-Graae & Selten, 2005; Mulder et al., 2006)

# Composizione della popolazione immigrata in Italia



immigrati regolari 7% della popolazione italiana

# La Pressione Irregolare

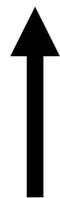


- ❑ Difficile stima: da 200.000 (ISMU) a 800.000(Eurispes);
- ❑ 149.793 provvedimenti di allontanamento nel 2003; 105.739 nel 2004; 105.000 nel 2005;
- ❑ Fino a qualche mese fa al primo posto i Rumeni; oggi i primi sono destinati a diventare gli Ucraini.
- ❑ Le leggi attuali comportato un aumento dei provvedimenti di espulsione ma nessun cambiamento della migrazione irregolare...*"la politica repressiva non è in grado di contrastare la pressione migratoria (Caritas 2004)"*.
- ❑ Secondo l'ONG United sono circa 5000 i *morti di frontiera* dell'ultimo anno

# Problemi di Salute degli stranieri in Italia (Caritas 2003)

## I DATI

- Infortuni sul lavoro, IVG, malattie infettive prevenibili



Fragilità sociale in Italia



## LE OPINIONI DEI SANITARI

- Tubercolosi, AIDS, malaria
- Malattie diffuse nel paese di origine



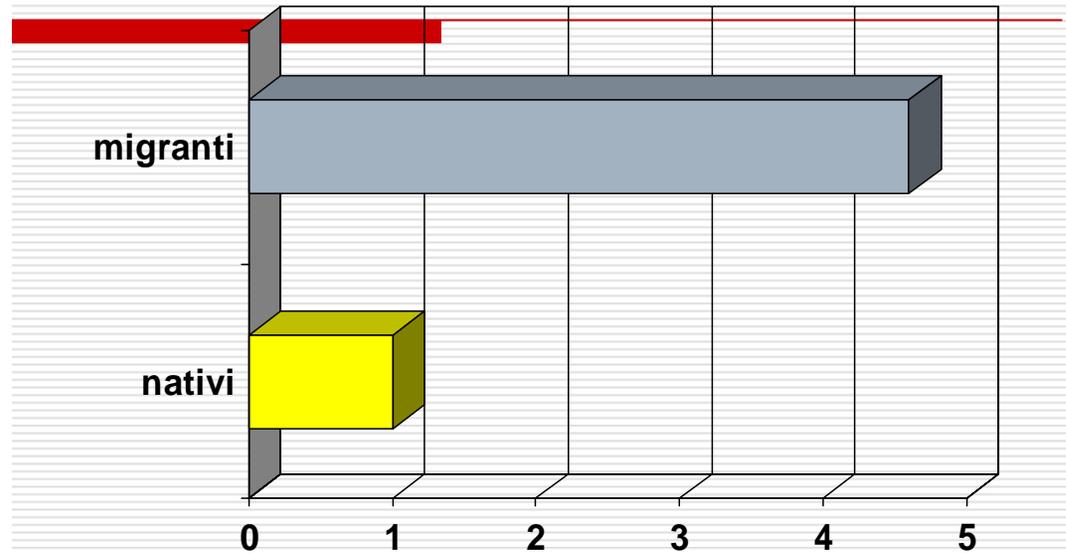
# Migrazione e Salute Mentale

- Gli studi *epidemiologici* rilevano un “eccesso di Psicosi” tra i migranti delle prime e delle seconde generazioni (Morgan, 2006), ma non una maggiore prevalenza di Disturbi Mentali Comuni tra i migranti rispetto ai nativi (Nazroo, 1997; Shaw et al, 1999).
- Gli *studi etnografici* evidenziano un elevato livello di distress psicologico e di DMC tra i migranti e le minoranze etniche, in accordo con il crescente trend degli accessi ai pronto soccorso ospedalieri per emergenze psichiatriche e degli agiti suicidari (Beliappa, 1991; Jacob et al., 1998).
- In Italia ancora rare e disomogenee sono le ricerche destinate alla comprensione e al trattamento dei Disturbi Mentali nei migranti (Claassen et al., 2005)



# Disturbi mentali gravi

Lo status di migrante è associato ad aumentato rischio di disturbi mentali gravi, quali la schizofrenia, rispetto allo status di nativo (Cantor Graae et al, 2003; Selten, 2002; Shen Q. et al, 1998; Fossion P. et al 2002).



**RR (Mc Grath, 2004)**



# Disturbi mentali comuni



# Un problema emergente: i DMC nei migranti

1. Quale è la prevalenza?
2. Esistono FR specifici?
3. Esistono caratteristiche cliniche distintive?
4. Come è il riconoscimento e il trattamento in MG?
5. Come sono i percorsi di cura, la presa in carico specialistica e il decorso clinico?

# 1. La prevalenza dei DMC nei migranti

- gli **studi etnografici** mettono in luce un livello di **distress psicologico elevato** tra i migranti e le minoranze etniche (Beliappa, 1991, Mumford et al., 1997)
- gli **studi epidemiologici** condotti sia a livello di comunità che della primary care **non rilevano una maggiore prevalenza di DMC** tra i migranti rispetto ai nativi (Narzoo et al., 1997; Bhui & Bhugra, 2002; Bhui et al., 2004)

	<i>Depressione Migranti/Nativi</i>			<i>Ansia Migranti/Nativi</i>		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
<i>Hoppe 1989</i>	<*	>	>	<	>	>
<i>Shaw 1999</i>	>**	<	>	<	<**	<***
<i>Brown 1999</i>	-	-	=	-	-	=
<i>Van Hook 1999</i>	=	-	/	-	-	-
<i>Bhui 2004</i>	>*	-	>***	-	-	<*

\*  $p = 0.01-0.05$ ; \*\*  $p = 0.001-0.01$

## 2 . Esistono FR specifici?

1. Donne
2. Scarsa rete sociale
3. Basso reddito
4. Sostanze



1. Tempo di migrazione
2. Distanza culturale
3. Acculturazione
4. Razzismo

Trauma e violenza

# Caratteristiche transculturali dello status di migrante



Progetto migratorio



Dimensione simbolica della cultura



Processo migratorio



Adattamento alla società di accoglienza



*The boat people, Siracusa  
08-08-2004*

# La condizione psicologica del “migrante recente”

- condizione del nessun dove
- etichettamento
- incertezza del proprio stare nel mondo
- perdita della traccia di sé
- biografie al confine
- vissuti persecutori

Da “Migrare”, Federica Sossi, 2006

### 3. Esistono caratteristiche cliniche “distintive” dei DMC nei migranti legate alla cultura e/o all’area di origine?

- ❑ Cultural idioms of distress (frequenti **lamentele somatiche** tra i South Asians, Wilson & McCarty, 1994)
- ❑ Critica alle **Cultural Bound Syndromes**
- ❑ Gli studi identificati che operano confronti con *White* mettono in evidenza maggiore prevalenza di **depressione** nelle minoranze, minore di **ansia** (Shaw et al, 1999; Bhui et al., 2004)



<b>PAESE/CULTURA</b>	<b>MODO DI ESPRIMERE IL MALESSERE CORPOREO</b>
India (Bhugra et al.)	Cuore che sprofonda Vampate di calore “Mi sento asfissiato”
Nigeria (Ebigbo)	Calore in testa Sensazioni di essere punti in tutto il corpo Senso di pesantezza alla testa
Latino America (Jenkins)	“Nervios” = male di testa, cervello che scoppia
Cina (Parker et al.)	“Shenjing shuairuo” Astenia, grande stanchezza
Dubai (Sulaiman et al.)	“Sadri dayeq alayya” Costrizione al petto “Tabana” “Mi sento stanco morto” “Jesmi metkasser” Sentire il corpo a pezzi
Emirati Arabi (Hamdi et al.)	“Il cuore mi avvelena” “E’ come se ci fosse acqua calda sulla mia schiena” “Qualcosa mi stringe in gola”

... alcune caratteristiche sono trans-culturali e legate alla migrazione, più che alla cultura

- Alcuni studi hanno evidenziato un' elevata tendenza alla manifestazione di disturbi somatici funzionali come equivalenti di sintomi ansioso-depressivi in migranti con **recente storia di immigrazione**, mentre una più vecchia storia di migrazione comporterebbe, come correlato del processo di **acculturazione e di adattamento** al paese di accoglienza, una maggiore espressività della sofferenza psichica secondo le tradizionali tipologie della cultura occidentale dei DMC (ansia e depressione) (Nazroo, 1997; Bhugra, 2004; Chaturvedi & Bhugra, 2007).

## 4. Come è il riconoscimento e il trattamento in MG?

- Diversi studi condotti a livello delle cure primarie evidenziano come **riconoscimento e trattamento dei DMC sono inferiori** tra le minoranze etniche rispetto ai nativi, anche nei casi in cui i tassi di consultazione sono più elevati nei migranti rispetto ai nativi (Commander et al., 1997; Borowsky et al., 2000; Husain et al., 2007).
- Alcuni fattori legati **ai problemi di identificazione e trattamento**:
  - distanza culturale/ competenza culturale;
  - illness explanatory modell;
  - caratteristiche psicopatologiche diverse (somatizzazione) e cultural idioms of distress.

# La collaborazione con i MMG

## Scheda warning signs

1. Il paziente riferisce depressione, ansia, preoccupazione e/o altri sintomi di disturbi psichici
2. Il migrante si rivolge molto frequentemente al medico
3. Dolore somatico, problemi di salute vari e che lasciano sospettare un disequilibrio psicologico (eccessivi, mutevoli...)
4. Problemi di sonno, peso, comportamento alimentare
5. Perdita di efficienza nei ruoli familiari e lavorativi
6. Allarme/preoccupazione nel gruppo familiare, conoscenti ecc.
7. Modificazioni del comportamento riferite o osservate (ritiro, incoerenza, disattenzione, autolesionismo...)
8. Insoddisfazione e conflittualità riferite o osservate (problemi di ordine pubblico)
9. Uso eccessivo di alcool o sostanze

## *il modello esplicativo di malattia*

---

- Solo un paziente su sei del MMG a cui è diagnosticato un disturbo mentale riporta di essere affetto da un problema psichico.
- La concordanza tra opinioni del MMG e quello del migrante rispetto alla presenza di un problema di salute mentale è scarsa.

# Livelli di incomprensione

- **Prelinguistico**: censura a priori sulla propria opinione della malattia;
- **Linguistico**: problemi lessicali e problemi semantici;
- **Metalinguistico**: significato diverso della stessa parola in due lingue diverse;
- **Culturale**: imprinting con cui una persona ha definito la sua identità in un momento della sua vita;
- **Metaculturale**: esplicitazione del livello culturale; bisogno di appartenenza e di rassicurazione sulla propria identità.

## 5. Come sono i percorsi di cura e la presa in carico?

- ❑ Modalità diverse di **help seeking**;
- ❑ Difficoltà di **collegamento con le cure primarie**;
- ❑ Accesso spesso in **urgenza**;
- ❑ Maggiore **gravità** dei sintomi psicopatologici alla presa in carico;
- ❑ Diverse **modalità prescrittive** degli psicofarmaci e di elargizione di interventi psicoterapeutici (Roy-Byrne et al., 2003; Schaufnagel et al., 2005).

# Negative pathways to care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry (Morgan et al., 2004)

- The widely varying pathways taken in various societies may reflect many factors:
  - Cultural variation in ways people **experience and express** mental illness,
  - The attractiveness and cultural appropriateness of **services**;
  - **Attitudes** towards services; previous experiences; stigma;
  - Culturally defined **lay referral systems**; stigma (Goldberg, 1999; Bhui & Bhugra, 2002).

## RESEARCH REPORT

### **First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study**

CRAIG MORGAN, PAOLA DAZZAN, KEVIN MORGAN, PETER JONES, GLYNN HARRISON, JULIAN LEFF, ROBIN MURRAY, PAUL FEARON, ON BEHALF OF THE AESOP STUDY GROUP\*

Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AE UK  
\*The other members of the AESOP Study Group are listed in the Appendix

# I percorsi di cura dei migranti con disturbi mentali in Italia

ricoveri psichiatrici ed accesso in urgenza

!!

dall'emergenza ai servizi

Migranti nei servizi psichiatrici territoriali

?

Competenze e accessibilità dei Servizi Psichiatrici. Stigma

Disturbi psichiatrici identificati nei migranti dai MMG

??

Competenze e atteggiamenti dei MMG

Morbilità psichica dei migranti in MG

??

Accessibilità delle cure primarie

Bisogni e problemi di salute mentale dei migranti nella comunità

???

Analytic perspective

Open Access

## Hospitalisation among immigrants in Italy

Laura Cacciani\*<sup>1</sup>, Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Lorenza Rossi<sup>1</sup>, Enrico Materia<sup>1</sup>,  
Maurizio Marceca<sup>1</sup>, Salvatore Geraci<sup>2</sup>, Angela Spinelli<sup>1</sup>, John Osborn<sup>3</sup> and  
Gabriella Guasticchi<sup>1</sup>

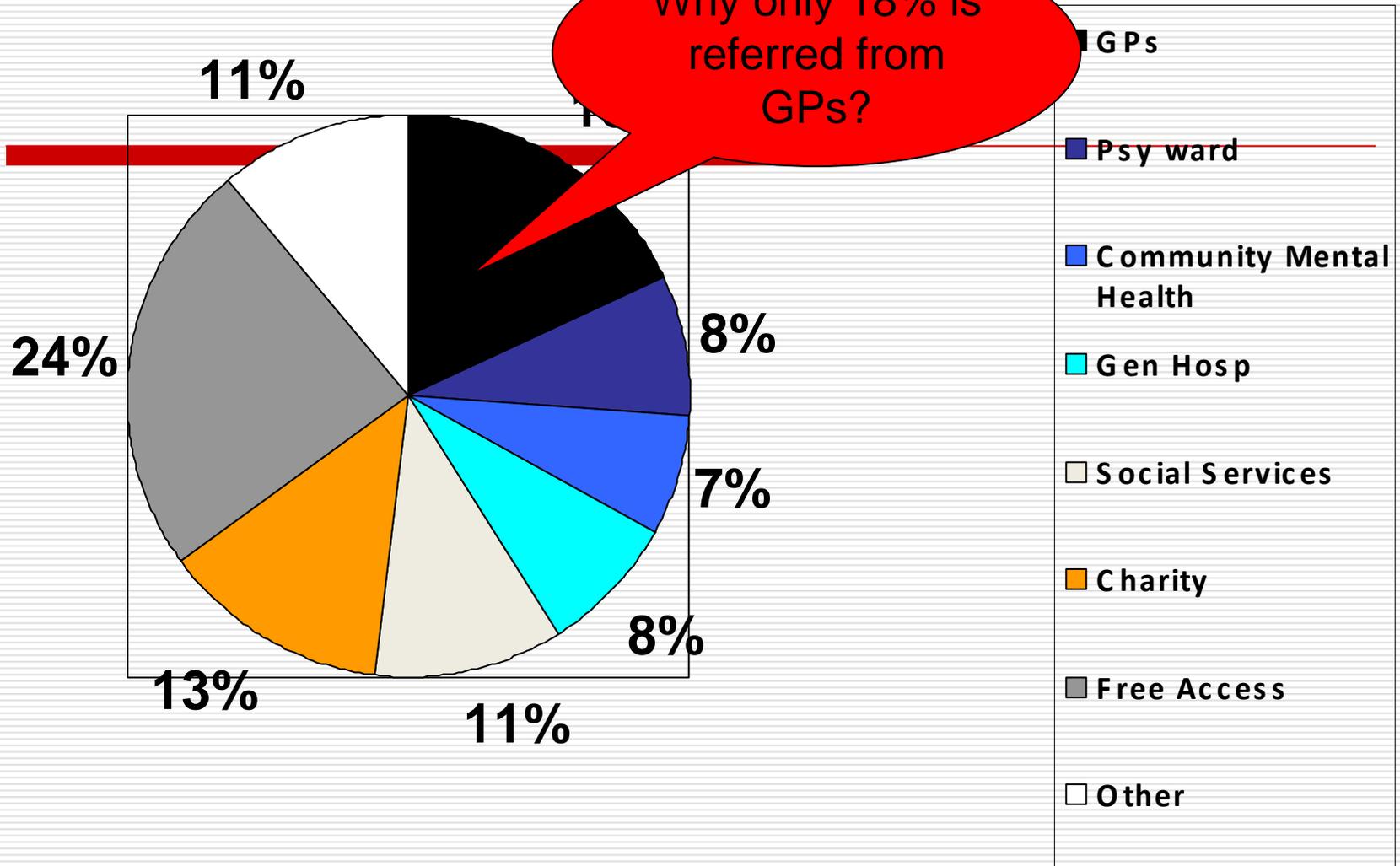
Address: <sup>1</sup>Agency for Public Health of Lazio Region, Rome, Italy, <sup>2</sup>Caritas Diocesana of Rome, Rome, Italy and <sup>3</sup>Department of Public Health Sciences, University of Rome "La Sapienza", Rome, Italy

Email: Laura Cacciani\* - cacciani@asplazio.it; Giovanni Baglio - baglio@asplazio.it; Lorenza Rossi - rossi@asplazio.it; Enrico Materia - materia@asplazio.it; Maurizio Marceca - marceca@asplazio.it; Salvatore Geraci - s.geraci@areasanitaria.it; Angela Spinelli - spinelli@asplazio.it; John Osborn - john.osborn@uniroma1.it; Gabriella Guasticchi - guasticchi@asplazio.it

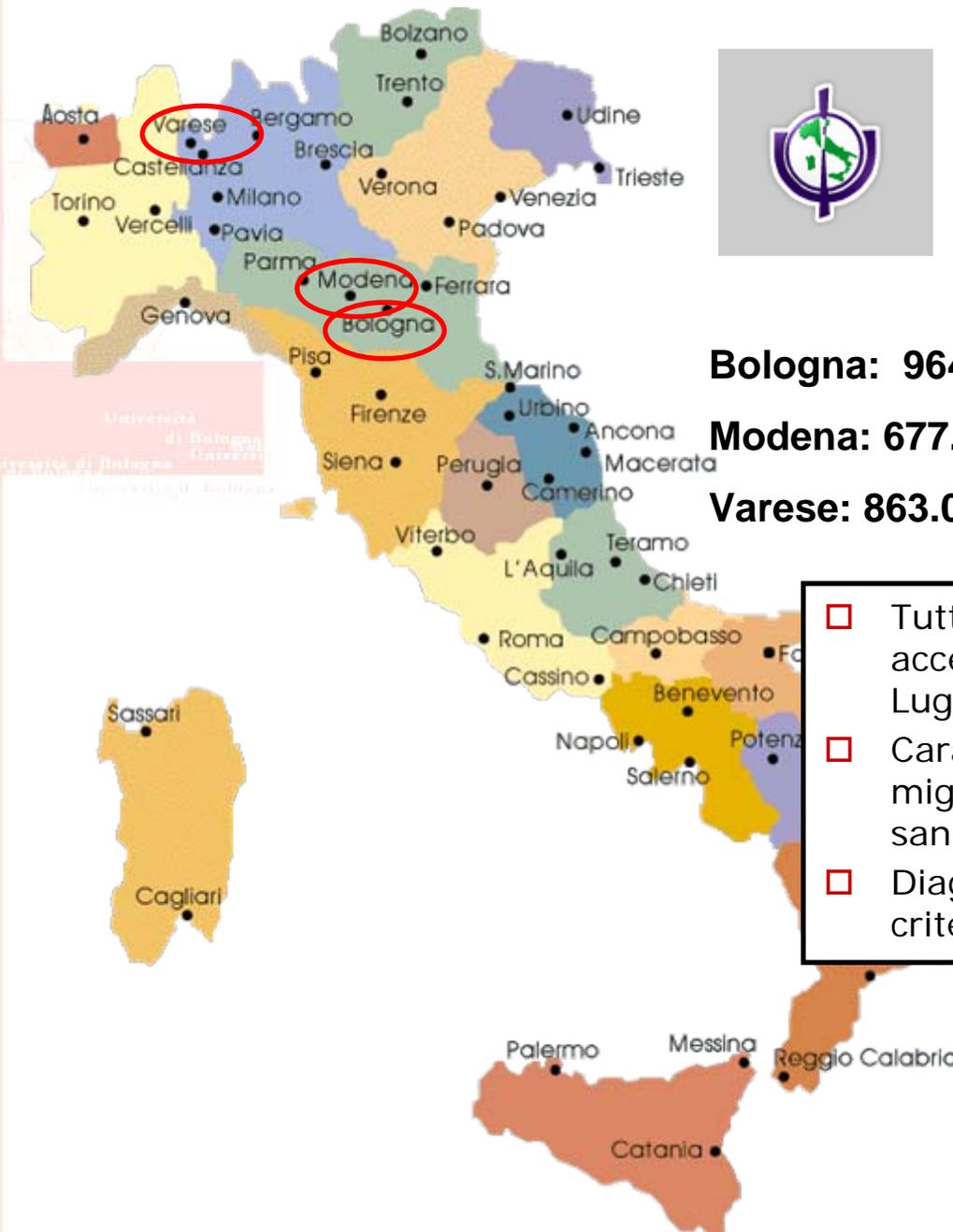
\* Corresponding author

- The **low hospitalisation rates for foreigners** may suggest that they are a population with good health status.
- However, critical areas, related to poor living and working conditions and to social vulnerability, have been identified.
- **Under-utilisation of services** and low day care rates may be partially due to **administrative, linguistic, and cultural barriers**.

# Pathways to care



# Immigrants' pathway to care in Italian mental health services



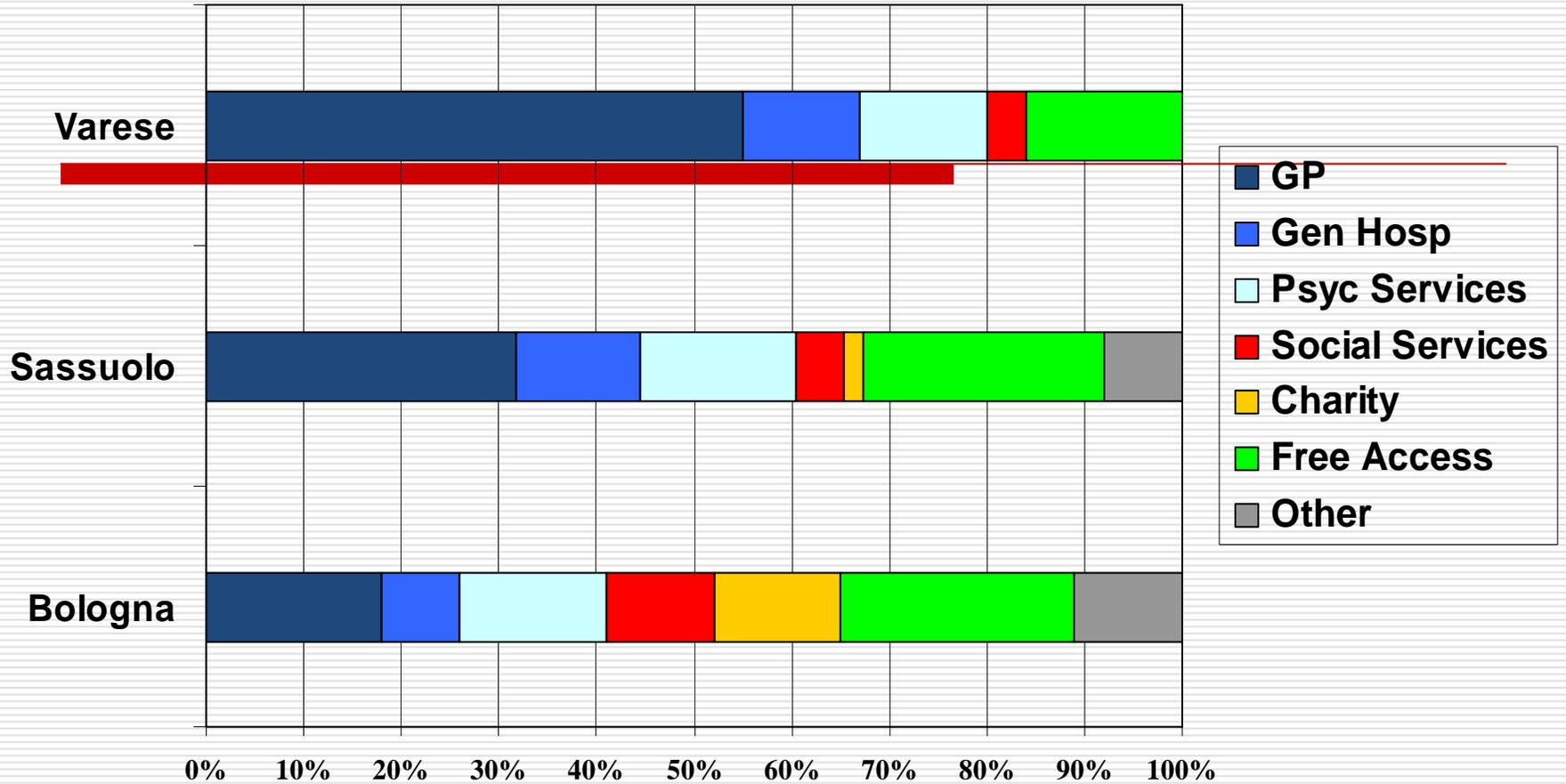
**Bologna: 964.074 inhabitants (7.8% migrants)**

**Modena: 677.672 inhabitants (9.9% migrants)**

**Varese: 863.099 inhabitants (6.5% migrants)**

- Tutti i migranti che hanno fatto accesso ai CSM di Bo-Va-Sa da Luglio 1999 a Luglio 2008
- Caratteristiche socio-demografiche , migration history e uso dei servizi sanitari (scheda *ad hoc*)
- Diagnosi psichiatriche: ICD-10 criteria (psichiatra curante)

# Pathway to Care



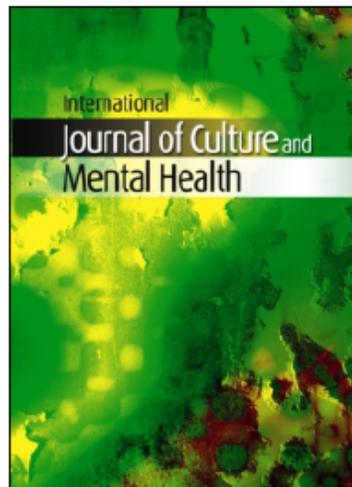
# Fattori associati al Percorso Sociale

- Socio-demografici:
  - Et  avanzata \*
  - Non sposati \*
- Migration history:
  - Motivi politiche \*
  - Ricongiungimenti familiari \*
- Paese di Origine
  - Est Europa \*
- Urbanicity
  - Bologna \* \*

\* <0.05 \* \* <0.001

# Il Team di Psichiatria Transculturale di Bologna

- \* Collocato nel *Centro di Salute Mentale Ovest* del DSM di Bologna.
- \* *Tutti i migranti, “regolari” o meno*, possono accedere al centro ogni giorno, direttamente o inviati da altri servizi.
- \* *Tre équipe multi-professionali specializzate*, una per ognuna delle 3 unità operative territoriali.
- \* *Le équipe includono* psichiatri, operatori sociali, infermieri, antropologi. Quando necessario inoltre viene coinvolto anche il mediatore culturale.
- \* *Collaborazione attiva con altri servizi sanitari, sociali e di volontariato del territorio* (attraverso attività di consulenza e collegamento e attività di formazione)



## International Journal of Culture and Mental Health

Publication details, including instructions for authors and subscription information:  
<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t777764755>

## Clinical features and pathway to care of migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team

Ilaria Tarricone <sup>a</sup>; Mauro Braca <sup>a</sup>; Anna Rita Atti <sup>a</sup>; Elena Pedrini <sup>a</sup>; Michela Morri <sup>a</sup>; Francesca Poggi <sup>a</sup>; Saverio Melega <sup>b</sup>; Maria Nolet <sup>b</sup>; Lorenza Tonti <sup>b</sup>; Domenico Berardi <sup>ab</sup>

<sup>a</sup> Institute of Psychiatry, Bologna University, Bologna, Italy <sup>b</sup> Bologna Mental Health Department, Bologna West Community Mental Health Centre, Bologna, Italy

Online Publication Date: 01 June 2009

# Perché un'équipe dedicata multiprofessionale?



- Necessità di valutazioni diagnostiche culturalmente orientate e di specifici interventi sociali;
- fattori di rischio specifici dello status di migrante e transculturali (shock culturale, difficoltà linguistiche, svantaggi sociali, ...)
- approcci terapeutici specifici di Cognitive Behavioural Therapy, che mirano alla ristrutturazione cognitiva delle esperienze legate alla discriminazione e al potenziamento della abilità sociali (Janssen et al., 2003; Hanssen et al., 2005 ).



COMUNE DI BOLOGNA

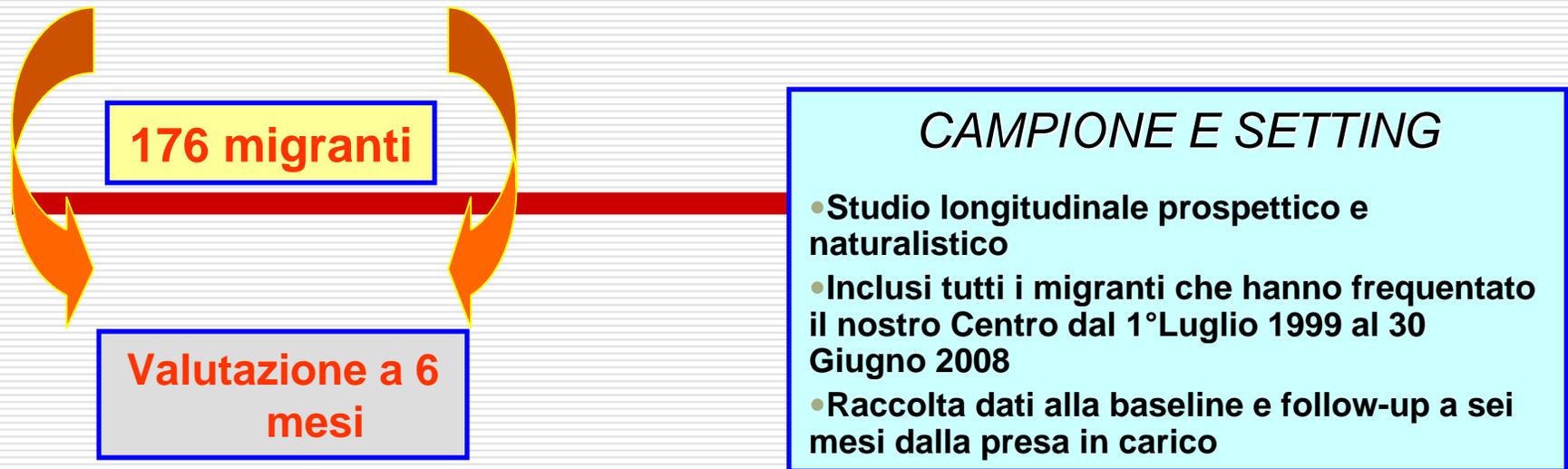
# Progetto di formazione per gli operatori sociali

- 1. Prevenire e gestire le reazioni da stress negli operatori;
- 2. Sviluppare gli strumenti di lavoro idonei a favorire un piano d'intervento efficace con gli utenti;
- 3. Riconoscere e gestire i disturbi post traumatici da stress e le altre sofferenze mentali riscontrati nei rifugiati e nei richiedenti asilo.

## 5. ...e il decorso clinico?

- diversa **risposta ai trattamenti** (Roy-Byrne et al., 2003; Schaufnagel et al., 2005).

# Disegno dello studio



## *CAMPIONE E SETTING*

- Studio longitudinale prospettico e naturalistico
- Inclusi tutti i migranti che hanno frequentato il nostro Centro dal 1°Luglio 1999 al 30 Giugno 2008
- Raccolta dati alla baseline e follow-up a sei mesi dalla presa in carico

## *STRUMENTI*

- **Scheda ad hoc** per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche e la storia migratoria nei pazienti afferenti alla medicina di gruppo e al CSM.
- **SCAN** (Schedule for Clinical Assessment of Neuropsychiatry) per le diagnosi psichiatriche.
- **AMDP-System** (Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology) (Scale Psicopatologica e Somatica)

# Studio longitudinale

## EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

- **Fattori socio-demografici, inerenti alla storia migratoria e ai percorsi di cura associati ad un peggior outcome psicopatologico ( $p > 0.05$ ):**
  - essere senza fissa dimora
  - assenza di scolarizzazione
  - migrazione per motivi politici
  - traumi migratori
  - **invio dai servizi sociali e da ospedale generale**
  
- **Fattori socio-demografici, inerenti alla storia migratoria e ai percorsi di cura associati ad un miglior outcome psicopatologico ( $p < 0.001$ ):**
  - abitazione di proprietà
  - conoscenza della lingua italiana
  - assenza di traumi migratori
  - possesso di permesso di soggiorno
  - invio "informale"
  - scolarizzazione  $> 8$  anni

## INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO

Drop-out al follow-up a sei mesi: 14.5% dei pazienti presi in carico

- **Fattori di rischio per interruzione volontaria del trattamento:**
  - durata del soggiorno in Italia inferiore a 5 anni ( $p = 0.003$ ),
  - giovane età ( $p = 0.07$ )
  
- **Fattori protettivi:**
  - provenienza dall'Asia ( $p = 0.004$ ; reg. log. OR 0.06, 95% C.I. 0.06-0.7,  $p = 0.02$ )
  - **presenza dell'assistente sociale ( $p = 0.02$ )**
  - diagnosi di disturbo dell'umore ( $p = 0.03$ ).



# La competenza culturale (Cross, 1989)

- *Cultura* indica un variegato insieme di comportamenti umani che includono linguaggio, pensieri, comunicazione, azioni, costumi, credenze, valori e istituzioni dei diversi gruppi etnici, religiosi o sociali
- *Competenza* implica la capacità di funzionamento efficace sia come individuo che come istituzione all'interno di un contesto di credenze culturali, comportamenti e bisogni presentati da diversi utenti e dalle loro comunità



Tomorrow's Doctors, Tomorrow's Cures

Cultural Competence  
Education

tureCulturaKulturCultuurCulturakultura文化Cult

# Corsi elettivi

## Istituto di Psichiatria

- **Tecniche del Colloquio Psichiatrico**, rivolto specificatamente agli studenti interessati alla Medicina Interna e alla Medicina Generale;
- **Relazione Medico-Paziente e Complessità Sociale**, rivolto agli studenti di medicina e di antropologia medica

# Corso di Alta Formazione

## Comunicazione e Migrazione

### Corso di formazione per operatori sociali e sanitari C.I.A.O.

- Il percorso proposto intende offrire una formazione avanzata sulle capacità di comunicazione con i migranti e ha lo scopo di fornire competenze comunicative necessarie a stabilire una efficace relazione di lavoro.
- Il corso è rivolto a MMG, operatori psichiatrici, assistenti sociali e anche al personale addetto alla gestione delle risorse umane nelle aziende.
- Il progetto è innovativo in quanto propone un modello di relazione strutturato e manualizzato volto a costruire progressivamente una intesa empatica e cognitiva per condividere consapevolmente il progetto assistenziale o di collaborazione lavorativa.

# Struttura

Il percorso si compone di 3 moduli fissi e di 3 moduli opzionali (ogni studente ne seguirà uno a scelta).

## Moduli Fissi

### **Introduzione**

Il fenomeno migratorio

### **Modulo 1. Analisi delle problematiche comunicative e relazionali**

Le difficoltà comunicative: prelinguistiche, linguistiche, metalinguistiche, culturali, metaculturali

Le difficoltà soggettive del caregiver e del migrante

Problemi specifici di comunicazione con il migrante economico, il rifugiato, il migrante per ricongiungimento, il seconda generazione; di diversobackground culturali

### **Modulo 2. Determinanti delle difficoltà comunicative**

Integrazione sociale e acculturazione

Analisi di rete di sostegno e risorse ambientali

La risposta ai LE (in particolare trauma migratorio, difficoltà sociali e LE acuti)

I percorsi di cura

### **Modulo 3. Metodi di comunicazione**

La comunicazione, Lettura della domanda, Formulazione della risposta Problems based approched

La comunicazione con il migrante: cultura e competenza culturale; DSM-IV TR Outline per la formulazione culturale; Superamento degli stereotipi e pregiudizi

Metodo per Steps **C.I.A.O.** per la condivisione del piano di lavoro. **Step 1 Contatto:** Stabilire un contatto empatico (transfert e controtransfert culturale); **Step2 Intesa:** Lettura dei traumi, delle difese e dei problemi (metodo Problem solving); **Step 3 Alleanza:** Condividere la lettura della domanda (con scala Likert); **Step 4 Obiettivi:** Formulare un progetto condiviso con scansione temporale degli obiettivi da raggiungere ; Workshop 1: utilizzo della scheda C.I.A.O. per la valutazione della domanda ed esemplificazioni cases study.

# Struttura

## Moduli Opzionali

### **Modulo 4**

#### **La comunicazione in ambito sanitario**

I modelli esplicativi di malattia e l'approccio di Kleinman

...

### **Modulo 5**

#### **La comunicazione in ambito sociale**

Le difficoltà nella comunicazione nella relazione di aiuto

...

### **Modulo 6**

#### **La comunicazione in ambito lavorativo**

Le difficoltà nella comunicazione sociale e lavorativa

...

## La competenza culturale nella relazione medico-paziente

*Ilaria Tarricone, Francesca Poggi, Arianna Castellani, Vanessa Castorini, Valentina Bandieri, Mauro Braca, Damiano Pecile, Roberto Casadio, Alberto Serio, Maria Nolet, Domenico Berardi*

- Come migliorare la CC nella relazione medico-paziente  
da Green et al., 2005
  - Pregiudizi e stereotipi
  - Differenti stili di comunicazione
  - Difficoltà linguistiche
  - Differenti modelli esplicativi delle malattie e terapie

Tabella 3. Domande di Kleinman per la comprensione del modello esplicativo di malattia del paziente

Quale pensi che sia la causa del tuo problema?

Perché pensi sia accaduto?

Cosa pensi la malattia causi alla tua persona?

Quanto è grave la tua malattia? Durerà molto o poco tempo?

Di quali trattamenti avresti bisogno?

Cosa ti aspetti di ottenere da questi trattamenti?

Qual è il problema principale che questa malattia ti ha causato?

# Priorità per la Psichiatria (in particolare la CLP) in una società a rapido cambiamento

---

1. Barriere di accesso ai servizi di salute mentale
2. Competenza culturale degli interventi e delle istituzioni
3. Training per operatori della salute mentale e sociali.

Migrants mental health needs are a public health priority in Europe...

# Cosa fare in Italia

- Implementare l'accesso alle cure primarie per migranti regolari e irregolari (ambulatori STP)
- Sviluppare servizi di consulenza e collegamento tra, cure primarie, ambulatori STP e CSM
- Implementare competenza culturale nei CSM (progetti di psichiatria transculturale)



**Comunicato S.I.P. sul decreto sicurezza – Marzo 2009**

**LA SOCIETA' ITALIANA DI PSICHIATRIA (S.I.P.) ESPRIME PREOCCUPAZIONE PER LE POSSIBILI RIPERCUSSIONI NEGATIVE SULLA SALUTE MENTALE, INDIVIDUALE E DI COMUNITA', DELL'ABOLIZIONE DEL DIVIETO DI SEGNALAZIONE DA PARTE DEI PROFESSIONISTI SANITARI DEGLI STRANIERI SENZA REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO.**

La Società Italiana di Psichiatria esprime la propria preoccupazione per quanto approvato al Senato nel Disegno di Legge sulla Sicurezza ove si prospetta la possibilità per i medici di segnalare alle autorità competenti la presenza di persone immigrate senza regolare permesso di soggiorno che si rivolgono ai presidi sanitari pubblici o privati per la richiesta di prestazioni sanitarie. Tale provvedimento, oltre ad essere contrario ai principi deontologici cui si ispira la professione medica, è potenzialmente in grado di apportare danni alla salute mentale individuale e di comunità, poiché soggetti con problemi di salute mentale irregolarmente presenti sul territorio nazionale potrebbero essere indotti a non richiedere assistenza alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

# Grazie dell'attenzione!



**[ilaria.tarricone@unibo.it](mailto:ilaria.tarricone@unibo.it)**