



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

L'ACCESSO DEI MIGRANTI AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE NEL PERIODO DELLA PANDEMIA DA COVID-19





ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

La Presidente

Laura Parolin

Il Segretario e Coordinatrice della Consulta per i Diritti Umani

Gabriella Scaduto

Autori

Giulio Valtolina

Maria Luisa Gennari

Michela Mineo

Daniela Invernizzi

Progetto grafico

Alessandra Riva

I contenuti fotografici sono tratti da 123RF.com

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

INDICE

Introduzione	x
Migrazioni e diritti umani: una sfida sempre attuale	x
L'accesso dei migranti al sistema sanitario nazionale	x
Pandemia, benessere psicologico e accesso ai servizi di salute mentale	x
Il diritto alla salute dei minori non accompagnati ai tempi del Covid-19	x
Riferimenti bibliografici	13

INTRODUZIONE

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia, ormai da diversi anni, si occupa del naturale connubio esistente tra la professione psicologica e il mondo dei diritti umani. Negli ultimi anni, in particolare, l'azione ordinistica si è ampliata e strutturata, declinandosi attraverso l'attivazione di diversi gruppi di lavoro specifici e di una Consulta con funzione di coordinamento. L'obiettivo generale è quello di studiare e contestualizzare le Convenzioni ratificate dall'Italia così come gli apparati scientifici e organizzativi che ruotano attorno a tutte le azioni di promozione e tutela dei diritti umani, facendone cultura e strumenti scientifici, deontologici e operativi per la nostra comunità professionale. A valle di ciò, quale simmetrica necessità, si è strutturato un preciso impegno ordinistico rispetto al posizionamento professionale e al riconoscimento delle competenze psicologiche nella salvaguardia e nella tutela dei diritti, tanto nei tavoli tecnici e decisionali delle istituzioni, quanto all'interno dei diversi sistemi di protezione che operano nelle comunità territoriali. Tali azioni si basano sull'idea sempre più condivisa che quella dello psicologo sia una figura professionale strategica "naturalmente vocata" alla tutela e promozione dei diritti. Nello specifico del Gruppo di lavoro per i diritti delle persone migranti, tenendo conto che l'Italia è un Paese fortemente coinvolto nei flussi migratori, quest'anno si è concentrato sulla stesura di un lavoro sull'accesso dei migranti ai servizi di salute mentale nel periodo della pandemia da Covid-19. Considerando, anche come la pandemia, ci ha posti di fronte a una situazione emergenziale alla quale non si era preparati

Lo scopo di tale lavoro vuole avere una ricaduta scientifico-culturale, per i colleghi e le colleghe al fine di migliorare la qualità del lavoro in termini sia specifici che generali, nonché rappresentare un'operazione strumentale attraverso cui i principi delle Convenzione Internazionali per i Diritti Umani, possano diventare dirimenti per le linee programmatiche e orientative di qualsiasi nostra azione di promozione e tutela nel mondo dei diritti delle persone migranti. Questo lavoro è stato strutturato con un gruppo di professionisti che teniamo a ringraziare, innanzitutto per la messa a disposizione di competenze, tempo e professionalità e anche per lo spirito e l'energia che hanno declinato nel lavoro. Nutriamo la speranza che tutti i colleghi, e non soltanto coloro che lavorano con le persone migranti, possano trovare in questo documento un riferimento utile, pratico e d'ispirazione.

La Presidente

Laura Parolin

Il Segretario e Coordinatrice della Consulta per i Diritti Umani

Gabriella Scaduto

RIFUGIATI E MIGRANTI

Il preambolo del Patto Globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare, in accordo con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948, dichiara che

“i rifugiati e i migranti hanno diritto agli stessi diritti umani universali e alle stesse libertà fondamentali, che devono essere, protetti e rispettati in ogni momento”

e riconosce che

“il rispetto dello stato di diritto, il giusto processo e l'accesso alla giustizia sono fondamentali per tutti gli aspetti della governance delle migrazioni”.

MIGRAZIONI E DIRITTI UMANI

Le migrazioni sono state parte dell'esperienza umana nel corso della storia, e riconosciamo che sono una fonte di prosperità, innovazione e sviluppo sostenibile nel nostro mondo globalizzato, e che questi impatti positivi possono essere ottimizzati migliorando la governance delle migrazioni.¹

Nel 2020, 280,6 milioni di persone vivevano fuori dal Paese di origine, il 3,6% della popolazione mondiale, a causa della povertà, delle guerre, delle catastrofi ambientali, della legittima ricerca di migliorare le proprie condizioni di vita e di lavoro².

L'agenda delle nazioni unite 2015-2030 sugli obiettivi di sviluppo del millennio (SDGs) nell'Obiettivo10 sulle riduzioni delle diseguglianze tra gli stati e all'interno degli stati ha indicato la necessità di percorsi migratori sicuri e regolari (10.7)³.

Nel 2016 l'Assemblea Generale dell'ONU ha lanciato il Patto Globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare (Global Compact on Migration: GCM)⁴ con l'obiettivo di rafforzare la cooperazione tra nazioni sulle politiche migratorie al fine di garantire i diritti dei migranti nel contesto e nel rispetto delle società di accoglienza. Il GCM si fonda sul principio che la complessità dei flussi migratori non può essere affrontato dai singoli stati ma necessita della collaborazione sovranazionale. È la prima piattaforma internazionale fondata sui diritti dei migranti. Il GCM non è un patto vincolante per le nazioni ma stabilisce alcune linee guida in tema d'immigrazione e accoglienza dei richiedenti asilo che sono orientanti per la costruzione di politiche migratorie condivise, indicando 23 obiettivi che, nel loro insieme, rappresentano dei fattori fondamentali che pongono al centro l'essere umano e i suoi diritti. Il compito di attuarli è affidato ai singoli stati. Li elenchiamo di seguito.

1. Raccogliere e usare dati accurati e disaggregati come base delle politiche.
2. Ridurre le cause negative e i fattori strutturali che costringono le persone a lasciare il loro Paese di origine.
3. Fornire informazioni accurate e tempestive lungo tutte le fasi del percorso migratorio.
4. Garantire che tutti i migranti abbiano una prova della loro identità e una documentazione idonea.
5. Migliorare la flessibilità e la disponibilità delle vie legali per migrare.
6. Agevolare condizioni di assunzione e tutele giuste ed etiche per assicurare un lavoro decente.

¹ In Mattia Giampaolo, Ianni Aurora, Il Global Compact sulle migrazioni: un'opportunità mondiale per una governance sulle migrazioni, aprile 2020.

<https://www.focsiv.it/wp-content/uploads/2020/04/BackGround-Document-n-5-ITA-08.04.202011.pdf> (acc. 7/22).

² <https://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/9645/Sintesi%20Rapporto%20Immigrazione.pdf> (acc. 7/22).

³ <https://www.migrationdataportal.org/sdgs?node=0> (acc. 7/22).

⁴ <https://undocs.org/en/A/CONF.231/3> (acc. 7/22).

7. Affrontare e ridurre le vulnerabilità nel percorso migratorio.
8. Salvare vite e stabilire degli sforzi internazionali coordinati per i migranti dispersi.
9. Rafforzare le risposte transnazionali al traffico di migranti.
10. Prevenire, combattere ed eliminare il traffico di esseri umani nel contesto della migrazione internazionale.
11. Gestire le frontiere in un modo integrato, sicuro e coordinato.
12. Rafforzare la certezza e la prevedibilità delle procedure legate alla migrazione per un esame, una valutazione e una presa in carico adeguate.
13. Usare la detenzione solo come misura di ultima istanza e lavorare per possibili alternative.
14. Migliorare la protezione, l'assistenza e la cooperazione consolare durante il percorso migratorio.
15. Fornire l'accesso ai servizi di base per i migranti.
16. Consentire ai migranti e alle società di realizzare la piena inclusione e la coesione sociale.
17. Eliminare tutte le forme di discriminazione e promuovere un discorso pubblico basato su dati comprovati per formare la percezione dell'opinione pubblica.
18. Investire nello sviluppo delle capacità e facilitare il riconoscimento reciproco delle capacità, delle qualifiche e delle competenze.
19. Creare le condizioni per i migranti e per le diaspore per contribuire pienamente allo sviluppo sostenibile in tutti i Paesi.
20. Promuovere il trasferimento più rapido, più sicuro e più economico delle rimesse e favorire l'inclusione finanziaria dei migranti.
21. Cooperare per facilitare rimpatri e riammissioni sicuri e dignitosi e un reinserimento sostenibile.
22. Stabilire meccanismi per la trasferibilità dei diritti previdenziali e delle prestazioni maturate.
23. Rafforzare la cooperazione internazionale e le partnership globali per una migrazione sicura, ordinata e legale.

In questo contesto che affronta il tema dei servizi per immigrati nel nostro Paese, evidenziamo gli obiettivi 15,16,17 che sottolineano l'importanza di garantire ai migranti l'accesso ai servizi, la piena inclusione sociale eliminando ogni forma di discriminazione.

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato ufficialmente il GCM19 nel dicembre 2019. Già nel 2018 gli stati si erano espressi nella conferenza intergovernativa di Marrakech.

152 Paesi hanno votato a favore, nell'Unione Europea: 19 stati hanno votato a favore, 3 contro e 5 si sono astenuti tra cui l'Italia. L'Unione Europea non è riuscita a trovare una voce comune sul tema dei diritti dei migranti.

L'Italia è un Paese fortemente coinvolto nei flussi migratori. Secondo il XXVII rapporto ISMU sulle migrazioni in Italia⁵, nel 2021 la popolazione di origine straniera che vive in Italia è di 5.036.643, meno 5,1% rispetto al 2020.

⁵ [https://www.ismu.org/\(acc.7/22\)](https://www.ismu.org/(acc.7/22)).

Il calo è imputabile alle restrizioni imposte dalla situazione pandemica.

Gli alunni con cittadinanza non italiana nell'anno scolastico 2019/2020 sono, in valori assoluti, 876.801. La percentuale, sul totale della popolazione scolastica è del 10,3%, in decrescita dal 2018. La maggioranza degli studenti stranieri frequenta la scuola primaria e secondaria di primo grado, significativo l'aumento progressivo della presenza negli istituti di scuola secondaria di secondo grado. In Lombardia vive 25,6% degli alunni che non hanno la cittadinanza italiana. La crescita è in tutto il Paese più lenta nella frequenza delle scuole dell'infanzia, quasi un quarto dei bambini figli d'immigrati, nell'età 3-5 anni, non usufruisce di questo importante servizio sia per carenze dell'offerta educativa sia per diverse consuetudini culturali.

I diritti dei migranti minorenni

L'Italia ha ratificato la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) che di conseguenza è in vigore come legge 176/91⁶. Tutte le persone di età inferiore ai diciotto anni che sono presenti sul territorio nazionale sono protette e tutelate dalla CRC sulla base dei quattro principi fondamentali: il diritto alla non discriminazione (art. 2), il rispetto del superiore interesse del bambino/a (art. 3), il diritto alla vita, alla sopravvivenza e a un corretto sviluppo (art. 6) e il diritto all'ascolto (art. 12).

Nel nostro Paese molti minorenni stranieri arrivano da soli senza un genitore o un adulto di riferimento, nella maggioranza dei casi dopo un viaggio pericoloso durante il quale hanno subito gravissime violazioni dei loro diritti. Secondo gli ultimi dati aggiornati a settembre 2021 sono presenti 9.661 minori stranieri non accompagnati (MSNA) in grande maggioranza maschi tranne 276 femmine⁷. Si tratta di un gruppo vulnerabile e consistente anche se in calo per via della pandemia. Per difendere i loro diritti è stata promulgata una legge (L. 47/2017)⁸ che è un valido esempio di attuazione alla CRC a partire dal diritto alla salute e all'istruzione. Nella direzione di promuovere un sistema inclusivo di tutela e di accesso ai servizi attuabile per tutti i minorenni senza discriminazioni.

Il preambolo del Patto Globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare, in accordo con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948, dichiara che "i rifugiati e i migranti hanno diritto agli stessi diritti umani universali e alle stesse libertà fondamentali, che devono essere, protetti e rispettati in ogni momento" e riconosce che "il rispetto dello stato di diritto, il giusto processo e l'accesso alla giustizia sono fondamentali per tutti gli aspetti della governance delle migrazioni".

⁶ [https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/\(acc.7/22\)](https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/(acc.7/22)).

⁷ <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-settembre-2021.pdf> (acc.7/22).

⁸ <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Dettaglio-approfondimento/id/38/Minori-stranieri-non-accompagnati> (acc.7/22).

PANDEMIA, BENESSERE PSICOLOGICO E ACCESSO AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Gli impatti della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale nel mondo

La pandemia da coronavirus causata dal nuovo ceppo SARS-CoV-2 è stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un'emergenza sanitaria di interesse internazionale (Veldhuis et al., 2020). Il virus ha avuto un impatto diretto e devastante sulla salute fisica e mentale di milioni di persone ma, nonostante la quantità di ricerche in corso, i dati longitudinali che rilevino gli effetti della pandemia in termini di danni causati ad adulti e minori sono ancora pochi. A livello mondiale si stima che i danni da pandemia e i potenziali impatti a lungo termine sul disagio psicologico e sui comportamenti legati alla salute, saranno molto elevati e con effetti di lunga durata che potranno influenzare in modo differente gruppi demografici e persone in funzione della loro vulnerabilità.

Le ricerche longitudinali che hanno analizzato gli impatti della pandemia da Covid-19 sul disagio psicologico e sul benessere degli adulti hanno rilevato tassi di incidenza elevati, in particolare per quanto riguarda i sintomi legati a depressione, ansia e rischio di PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Alcuni studi si sono focalizzati sull'evidenza relativa alle reazioni psicologiche immediate durante la fase iniziale della pandemia nella popolazione in generale, negli operatori sanitari e nelle popolazioni cliniche, sottolineando la necessità di prestare attenzione ai gruppi a rischio di ulteriore distress e al primo soccorso psicologico, come componente essenziale di assistenza. Uno degli elementi che emerge dalle ricerche è la necessità di trovare un nuovo modello di intervento per affrontare le crisi portate dalla pandemia sul piano psicologico, allo scopo di offrire servizi nuovi, efficaci e tempestivi. In tal senso, alcuni Paesi – come ad esempio la Cina – hanno sperimentato modelli per rispondere in modo rapido al bisogno di intervento, dotandosi di tecnologie nuove applicate alla cura, come la telemedicina.

Tra i Paesi pesantemente coinvolti dalla crisi pandemica, l'Italia ha avuto un ruolo di primo piano e una reazione in linea con le popolazioni dell'Europa e dell'Occidente (Galliano, Farah, Arduini, 2020), prese in contropiede da una tipologia di emergenza cui non erano preparate né abituate. Pierce et. al., (2020) hanno riscontrato un aumento complessivo rispetto all'anno precedente del disagio mentale nelle persone con più di 16 anni, che interessa differenti fasce della popolazione in percentuali diverse nel Regno Unito. I risultati confermano che i fattori maggiormente legati al deterioramento della salute mentale sono quelli associati alle disuguaglianze preesistenti e alcuni fattori specifici legati a fragilità familiari, sociali, economiche. In tal senso la pandemia sembra aver portato una retrocessione sociale, lavorativa ed economico reddituale, che ha influito sulla qualità della salute mentale anche nelle persone che avevano un'occupazione stabile prima del Covid-19.

Tali risultati sono coerenti con un'analisi longitudinale condotta sui membri di famiglie – sempre dai 16 anni in su –, che mostra come la salute mentale nel Regno Unito sia peggiorata rispetto alle tendenze pre Covid-19 con prevalenza nella popolazione di livelli clinicamente significativi di disagio mentale, aumentati dal 18,9% nel 2018-2019 al 27,3% nell'aprile 2020 e con un forte aumento del punteggio medio di GHQ-12 (General Health Questionnaire utilizzato per la valutazione della salute mentale) passato dall'11,5 nel 2018-2019 al 12,6 dell'aprile 2020. Gli incrementi riguardano maggiormente le fasce 18-24 anni, 25-34 anni, le donne e le persone che

vivono con bambini piccoli (Pierce et al., 2020).

Si stima che negli Stati Uniti la pandemia da Covid-19 abbia avuto profondi impatti sulla salute mentale, aggravati da una situazione già emergenziale per fasce di popolazione svantaggiate. Alvarez et al., (2019) mostrano come le minoranze etniche abbiano tassi di prevalenza inferiori rispetto ai bianchi non ispanici e come gli asiatici abbiano avuto il più basso tasso di prevalenza dei disturbi mentali (23,5%), seguiti dagli afroamericani (37%), dagli ispanici (38,8%) e dai caucasici (45,6%).

Anche relativamente al reddito e agli impatti sulle condizioni economico finanziarie, uno studio condotto su un campione di 34.653 adulti non istituzionalizzati di età uguale o superiore ai 20 anni (Sareen et al., 2011), analizza la relazione tra reddito e malattia mentale, concludendo che bassi livelli di reddito familiare sono associati a diversi disturbi mentali nel corso della vita e a tentativi di suicidio e che una riduzione del reddito familiare è associata ad un aumento del rischio di disturbi mentali incidenti (Purtle, 2020).

Al fine di identificare i problemi connessi alla pandemia da Covid-19 sia per i pazienti psichiatrici, sia per i servizi, è stata condotta un'indagine, intervistando esperti impegnati nella salute mentale (psicologi, psichiatri, infermieri, ricercatori) in diversi Paesi europei, così da poter rilevare temi e sfide importanti per l'Europa (Thome et al., 2020). I risultati confermano il profondo impatto della pandemia sulla salute mentale e l'importante funzione degli operatori della salute mentale e delle istituzioni psichiatriche durante l'emergenza e mostrano come in alcuni Paesi i servizi di salute mentale fossero già in sofferenza prima della pandemia o avessero visto diminuire fortemente la capacità di resilienza a seguito di riforme recenti.

I partecipanti hanno confermato all'unanimità che la pandemia Covid-19 ha colpito i servizi di salute mentale in tutti i Paesi coinvolti nell'indagine: il 61% ha ritenuto l'impatto grave, il 26% moderato, il 13% lieve. Tutti gli intervistati hanno riferito di avere aumentato la presa in carico dei pazienti, con richieste aggiuntive legate alla necessità di avere un supporto psicologico per il personale che si è occupato della cura dei malati di Covid-19, esposto in prima linea nella lotta contro la pandemia. In Islanda, Italia, Paesi Bassi, Romania, Spagna e Regno Unito la soglia per l'ammissione ai servizi di salute mentale è aumentata, mentre i servizi forniti dalle istituzioni si sono ridotti, soprattutto nelle situazioni di maggiore investimento del sistema ospedaliero sui casi di emergenza. Lo studio rileva problemi di accesso ai servizi da parte dei pazienti psichiatrici per via della riorganizzazione, soprattutto del servizio ospedaliero, per preparare l'accoglienza dei pazienti affetti da Covid-19 che hanno richiesto cure intensive. Telepsichiatria e tecnologie applicate alla cura e al trattamento sono state utilizzate in larga misura per ridurre rischi di infezione e hanno di fatto sostituito i contatti fisici in presenza in tutti i 23 Paesi coinvolti nell'indagine. I risultati indicano anche un aumento rilevante dei livelli di ansia e un potenziale impatto negativo sul benessere psicologico, dovuti alle misure restrittive indotte dalla pandemia (distanziamento sociale, isolamento e coprifuoco) predittivi di elevati livelli di stress, depressione, violenza domestica e suicidio. Sono stati rilevati anche aumenti di attacchi di panico e forme fobico ossessive (Thome et al., 2020).

Un'attenzione particolare è stata dedicata allo studio di quanto le misure di quarantena e di isolamento indotte dal Covid-19 abbiano influito sulla rischiosità suicidaria (Gunnel et al., 2020;

Thakur, Jain, 2020), in una situazione emergenziale che non ha precedenti e senza la possibilità di conoscere gli effetti a lungo termine di misure quali il distanziamento sociale, il confinamento in casa, limitazioni all'accesso ai servizi sanitari, di prevenzione e cura. Coerentemente con i risultati di altre indagini internazionali, i ceti sociali svantaggiati mostrano un rischio anche sul piano del soddisfacimento dei bisogni primari, a seguito della perdita del lavoro o della riduzione del reddito per il blocco delle attività produttive e la crisi economica connessa. Unitamente alla paura di contrarre il virus e di essere fonte di contagio per i propri cari – a maggior ragione se anziani o fragili –, le difficoltà ulteriori sul piano lavorativo ed economico generano un forte stato di ansia e preoccupazione per il futuro, che si ripercuoterà inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione, agendo anche sul rischio suicidario e aggiungendosi ad altri precedenti fattori di rischio (Bernal et al., 2007; Hardt et al., 2015). Tra i fattori di rischio specifici connessi alla pandemia e rilevati da differenti ricerche prevalgono:

- il distanziamento sociale che determina un aumento della solitudine e del senso di isolamento;
- il consumo di alcol aumentato nelle persone a rischio;
- la violenza domestica, in particolare con il confinamento in casa e correlata ai problemi economici;
- la restrizione delle libertà personali;
- la paura del contagio: essere contagiati ed essere veicolo di contagio per i propri cari;
- lo stress e il burnout per gli operatori, i medici e i sanitari;
- la riduzione dei servizi dedicati alla prevenzione e cura del disagio mentale e del suicidio per riduzione dei servizi e degli operatori disponibili;
- la crisi economica (Galliano, Farah, Arduini, 2020).

Questi fattori incidono sulla difficoltà a immaginarsi un futuro e si associano a molteplici fattori genetici, biologici, individuali e ambientali⁹, ma – nonostante la prevenzione del suicidio sia stata indicata come obiettivo prioritario –, solo pochi Paesi nel mondo hanno strutturato una strategia per la prevenzione e tra questi non l'Italia¹⁰.

Dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità¹¹ emerge che in Italia una quota di adulti pari al 6% della popolazione riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere

⁹OMS, WHO, 2014.

¹⁰WHO, 2012, 2014, 2018.

¹¹Passi e Passi d'argento e la pandemia Covid-19, Gruppo tecnico nazionale, Rapporto ISS Covid-19 n. 5/2021 https://www.iss.it/rapporti-Covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5656762 (acc. 7/22).

psicologico per una media di 14 giorni nel mese precedente l'intervista.

Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista, chi soffriva di sintomi depressivi ha vissuto mediamente 10 giorni in cattive condizioni fisiche, contro i 2 riferiti dalle persone senza sintomi e 8 con limitazioni delle abituali attività quotidiane, contro 1 giorno riferito dalle persone senza sintomi. Con l'avanzare dell'età e in presenza di alcune vulnerabilità i sintomi depressivi si fanno più frequenti: 8% circa nella fascia 50-69 anni, 7% nella popolazione femminile; 14% nelle classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche; 13% tra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e 8% fra chi vive da solo. Il 61% degli intervistati che riferiscono sintomi depressivi ricorrono all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari.

L'accesso ai servizi di salute mentale nel mondo e in Italia

Un sondaggio dell'OMS¹² in 130 Paesi del mondo mostra l'impatto devastante del Covid-19 sull'accesso ai servizi di salute mentale: la pandemia ha bloccato o reso meno efficienti i servizi di salute mentale nel 93% dei Paesi del mondo, dove – contemporaneamente – aumentava la domanda. Talevi et al. (2020) confermano che la pandemia Covid-19 ha un enorme impatto psicologico sugli individui che mostrano sintomi di ansia, depressione e post-traumatici da stress. Le reazioni psicologiche alle pandemie includono comportamenti disadattivi, distress, ansia, paura, frustrazione, solitudine, rabbia, noia, depressione, comportamenti di evitamento (Rubin, 2020; Duan, Zhu, 2020; Yang et al., 2020). Durante la pandemia da Covid-19 e nelle pandemie moderne si è osservata una sindrome peculiare, definita "Headline stress disorder", caratterizzata da un'elevata risposta emotiva (stress e ansia) alle notizie dei media, con una sintomatologia fisica che porta palpitazioni, insonnia e una possibile progressione verso disturbi fisici e mentali (Giallonardo et al., 2020). I sopravvissuti alla SARS (operatori e pazienti) hanno mostrato livelli di stress più elevati durante l'epidemia rispetto ai soggetti di controllo e un anno dopo a questi livelli di stress elevati si sono aggiunti anche livelli alti di depressione, ansia, sintomi di PTSD. In coerenza con gli studi sulle pandemie precedenti, analisi sul personale ospedaliero (Brooks et al., 2020; Taylor, 2019; Wang et al., 2020; Reynolds et al., 2008) hanno rilevato che le misure restrittive e la quarantena sono i fattori predittivi per eccellenza del disturbo da stress acuto o dei sintomi da PTSD anche nei tre anni successivi (Wu et al., 2008).

Alcune categorie risultano più vulnerabili di altre: tra queste gli operatori sanitari e i pazienti affetti da Covid-19, così come il genere femminile e la giovane età.

I risultati dello studio di Giallonardo et al. (2020) sono in linea con indagini svolte in Cina ed evidenziano alti tassi di esiti negativi sulla salute mentale, inclusi sintomi da stress post-traumatico e ansia nella popolazione generale italiana e negli operatori sanitari, tre settimane dopo le misure di blocco.

Nella popolazione generale sono state rilevate risposte come ansia, depressione, livelli alti di stress, insonnia, risentimento, preoccupazione per la salute propria e dei propri cari, sensibilità ai rischi sociali, insoddisfazione, fobie, evitamento, comportamenti compulsivi, sintomi fisici e compromissione del funzionamento sociale. I risultati mostrano che giovani e adulti tra i 18 e i 40

¹² <https://www.sanitainformazione.it/contributi-opinioni/Covid-19-gli-effetti-sulla-salute-mentale-uno-studio-italiano> (acc. 7/22).

anni, insieme alle donne, sono stati colpiti in misura maggiormente negativa. Rispetto alle categorie degli operatori sanitari e dei pazienti Covid-19, lo studio mostra inoltre che:

- gli operatori sanitari hanno evidenziato esiti negativi sulla salute mentale con sintomi legati allo stress, depressione, ansia e insonnia. Il tasso di depressione è stato del 50%, quello di ansia dal 23% al 44% e il tasso di insonnia del 34%; il tasso di stress variava dal 27% al 71%;
- i pazienti Covid-19 hanno riportato esiti negativi rilevanti: il 96% dei pazienti clinicamente stabili ha riportato sintomi significativi di PTSD prima della dimissione; il 50% circa delle persone con diagnosi Covid-19 presentava sintomi depressivi, oltre il 55% ansia e quasi il 70% sintomi somatici. La prevalenza dei sintomi depressivi è stata significativamente più alta nelle persone con Covid-19 (64%) rispetto alle persone non affette (35%).

Un'ulteriore conferma dei risultati si evince dallo studio pubblicato sulla rivista *Globalization and Health* nell'aprile del 2021 (Ramiz et al., 2021) al quale hanno partecipato 9.598 volontari: si rileva un aumento sensibile della percentuale di persone con sintomi di ansia che passa dal 17,3% al 20,1% nei mesi del lockdown e un livello di salute mentale – autovalutato – diminuito dal 7,77 al 7,58. Anche in questo studio, donne, anziani e giovani sembrano i più vulnerabili; intervengono in aggiunta elementi socio economici come gli spazi abitativi angusti (meno di 30 mq), che risultano associati a un aumento dei sintomi della depressione e una salute fisica più fragile, correlata ad un incremento dei sintomi d'ansia.

Gli esiti negativi della pandemia sulla salute mentale sembrano quindi aver peggiorato condizioni esistenti o innescato sintomi patologici; l'aumento d'uso e l'abuso di alcol e droghe e la crisi economica peggiorano la situazione, in particolare per le popolazioni più fragili: anziani, soggetti di sesso femminile e professionisti della cura.

Il Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la salute mentale dell'Istituto Superiore della Sanità ha realizzato un'indagine valutativa dello stato dei servizi, sin dalle primissime fasi della pandemia¹³: nel giugno 2021, il Registro Nazionale Gemelli (RNG) gestito all'interno del Centro, ha misurato l'impatto della pandemia sulla vita quotidiana e sull'equilibrio psico-emotivo della popolazione e i relativi accessi ai servizi di salute mentale. I risultati mostrano che l'85% di coloro che hanno risposto non ha avuto sintomi ricollegabili a infezioni di SARS-CoV-2, ma ha subito un evidente impatto sulla condizione di salute mentale, in termini di stress percepito e sintomi ansioso depressivi, riscontrati nell'11% e nel 14% del campione. I livelli di ansia sono risultati oltre il range della normalità nella metà circa dei soggetti esaminati. Per i partecipanti tra gli 11 e i 17 anni il 16% ha dormito peggio durante il lockdown e il 75% è rimasto in contatto con amici solo tramite messaggi e/o videochiamate; di questi, il 4% ha mostrato una preoccupazione forte per la propria salute fisica e mentale, mentre il 13% ha dichiarato di essersi sentito "abbastanza spesso triste" e l'11% "spesso solo".

¹³ Rapporto ISS Covid-19, n. 5/2021.

Uno studio coordinato dal Dipartimento di salute mentale dell'Università della Campania Luigi Vanvitelli¹⁴ ha valutato le aree di funzionamento psicosociale, tra le quali la presenza di sintomi dello spettro ansioso-depressivo, ossessivo-compulsivo e post-traumatico da stress. I risultati su un campione di 20.720 partecipanti hanno evidenziato che durante il lockdown sono aumentati i livelli di ansia, depressione e sintomi legati allo stress, soprattutto nei soggetti di genere femminile. Inoltre la durata dell'esposizione al lockdown ha rappresentato un fattore predittivo significativo del rischio di presentare peggiori sintomi ansioso depressivi¹⁵.

Infine, il documento di sintesi del Tavolo tecnico salute mentale del Ministero della Salute del maggio 2021¹⁶ riporta l'attuazione degli obiettivi programmatici e le criticità emerse e rileva una congruenza tra il livello di programmazione e di applicazione locale indicato dalla tabella che segue, che mostra di fatto un sistema di cura centrato più sulla cronicità che sulla rilevazione e prevenzione (dati monitorati dal Sistema informativo per la salute mentale).

Gruppo diagnostico	Età Media	Mediana	DS	Prestazioni	Assistiti	Media
Depressione	54,9	56	16	115.682	52.432	2,2
Disturbi della personalità e del comportamento	43,2	44	16,3	30.617	12.027	2,5
Mania e disturbi affettivi bipolari	53,3	54	15,2	22.222	12.232	1,8
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	49,8	51	16,1	49.439	25.475	1,9

Fonte: Tavolo tecnico Salute Mentale, documento di sintesi, maggio 2021.

Le ricadute della pandemia sull'accesso ai servizi di salute mentale di adolescenti e bambini. Alcuni studi hanno indagato gli effetti della pandemia da Covid-19 su adolescenti e bambini: la chiusura delle scuole durante il periodo pandemico insieme all'attuazione di misure restrittive, hanno ridotto al minimo i loro contatti e le relazioni, in una fase del ciclo di vita che particolarmente necessita della relazione con i pari, producendo esiti sfavorevoli sulla loro salute psicofisica. Saulle et. al., (2021) hanno condotto una ricerca bibliografica su 11 banche dati rilevando 42 studi condotti in 14 Paesi: il 30% circa in Italia e altrettanti nel Regno Unito. Nel confronto tra il periodo di lockdown con gli stessi mesi dell'anno precedente si è osservata una riduzione agli accessi in Pronto Soccorso (PS) che ha riguardato i quadri patologici meno acuti (-5,76%) e un aumento relativo agli accessi per patologie acute (59,4% vs 49,6%; marzo/aprile 2020 vs 2017-2019); un ulteriore aumento si è registrato in proporzione nei ricoveri successivi all'accesso in PS (164%), nei reparti di terapia intensiva (Chaiyachati, 2020; Lynn et al., 2020). Indagini trasversali hanno segnalato ritardi delle presentazioni al PS con conseguenti ricoveri nelle terapie intensive e con un certo numero di decessi correlati a tale ritardo: il 50% dei pediatri del Regno Unito e

¹⁴Rapporto ISS Covid-19, n. 5/2021.

¹⁵ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale> (acc. 7/22).

¹⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf (acc. 7/22).

dell'Irlanda hanno riportato tale ritardo, soprattutto nel primo mese di lockdown e dovuto alla paura dei genitori nei confronti di un possibile contagio (Lazzerini et al., 2020; Roland et al., 2020).

Sia per gli accessi al PS che per i ricoveri si è osservato un decremento, in particolare per i traumi e gli incidenti (Cozzi et al., 2020; Dyson et al., 2020; Garude et al., 2020; Manzoni et al., 2021); contemporaneamente si è registrato un aumento notevole dei ricoveri per incidenti domestici e un moderato incremento dei soli traumi cranici (Bressan et al., 2021). Nel periodo pandemico si è verificata una riduzione del livello di attività fisica, un aumento del tempo trascorso davanti a schermi e social e importanti cambiamenti delle abitudini alimentari (con maggior consumo di cibo grasso e zuccheri). L'aumento degli infortuni da incidenti domestici e dei sospetti abusi/violenze sono connessi certamente alla chiusura dovuta a lockdown e alle misure restrittive, ma anche alla drastica restrizione dell'accesso alle strutture sanitarie per i minori (Gabbrielli, Capello, Tozzi, 2020); le due cause insieme hanno avuto un impatto negativo soprattutto sui pazienti bambini e adolescenti con patologie croniche, determinando una diminuzione della qualità dell'assistenza e un aumento dei rischi di complicanze, riacutizzazioni, ma anche sulla loro vulnerabilità in generale. Tutti gli studi considerati da Saulle et al., (2021) confermano un peggioramento delle condizioni fisiche di adolescenti e bambini nel breve termine; in tale scenario, la pandemia da Covid-19 ha reso evidente la necessità di una diversa organizzazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, così da rispondere a nuovi bisogni assistenziali con un potenziamento delle attività di prevenzione, diagnostica e riabilitazione territoriale, nonché un'offerta di assistenza domiciliare multiprofessionale e lo sviluppo di sistemi informativi e digitali. Sarà compito di altri successivi studi valutare gli effetti sul lungo termine.

A conferma di quanto riportato, l'Unicef, in una recente analisi¹⁷ che raccoglie con continuità le informazioni sulla pandemia in 180 Paesi, indica che dall'11 marzo 2020 almeno 139 milioni di bambini e adolescenti nel mondo hanno vissuto almeno 9 mesi in un regime restrittivo di permanenza dentro alle mura di domestiche. A marzo del 2020, il New York Times pubblicava un articolo dal titolo *Quaranteenagers: Strategies for Parenting in Close Quarters*¹⁸ che proponeva – tramite la voce di un'esperta – un sostegno ai figli adolescenti relegati in casa o in camera e isolati, esposti al rischio di perdere “riti di passaggio” fondamentali per procedere nel cammino dell'autonomia.

Nel novembre 2020 l'Agenzia federale degli Stati Uniti, il Centers for Disease and Prevention (CDC) ha stimato le variazioni degli accessi ai Dipartimenti di Emergenza di bambini e giovani al di sotto dei 18 anni per problemi legati alla salute mentale nel periodo gennaio-ottobre 2020, confrontandoli con gli analoghi dello stesso periodo del 2019¹⁹ e rilevando un accesso maggiore della popolazione dell'ordine del 31% per la fascia di età 12-17 anni.

In Italia le strutture ospedaliere che rispondono all'emergenza psichiatrica di bambini e adolescenti hanno segnalato un allarmante aumento degli accessi al PS e di ricoveri di ragazzi e ragazze in stato di sofferenza psicologica acuta, a causa di atti di autolesionismo, consumo di sostanze, tentati suicidi, disturbi di panico e di ansia, stati fobici e marcato ritiro sociale, stati dissociativi con alterazioni senso-percettive.

Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale ha avviato un confronto interno tra i propri aderenti²⁰ dal quale emerge un calo dei differenti indicatori di salute mentale dei giovanissimi da

¹⁷ Oxford Covid-19 Government Response Tracker (OxCGRT)

¹⁸ <https://www.nytimes.com/2020/03/19/well/family/coronavirus-covid-teenagers-teens-parents-kids-family-advice.html> (acc. 7/22).

¹⁹ <http://www.sossanita.org/archives/13602> (acc. 7/22).

²⁰ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=97342 (acc. 7/22).

almeno 15 anni e parallelamente alla crescita esponenziale delle richieste di aiuto ai servizi pubblici e privati del territorio. Nell'area metropolitana di Bologna, dal 2011 al 2021 le prime visite di NPIA sono aumentate del 50% e in particolare quelle relative alle psicopatologie dell'adolescente sono aumentate dell'83%. La scarsità dei dati raccolti dai sistemi informativi regionali attivi e la disomogeneità della rete dei servizi di NPIA organizzati con percorsi di cura molto variabili, emerge dal rapporto con casi emblematici di regioni dove non esistono servizi di NPIA e altre nelle quali tali servizi esistono, ma non sono integrati nella rete di cura. Infine, emerge la necessità di nuove strutture semiresidenziali terapeutiche per poter garantire interventi a maggior complessità e intensità e per prevenire il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica. Si è così evidenziata una situazione critica che nasce da elementi strutturali pre-pandemia, che hanno acuito la vulnerabilità durante la pandemia Covid-19. Da ottobre 2020 a marzo 2021, infatti, con situazioni difficilmente inquadrabili in un'epidemiologia strutturale, gli aspetti emergenti hanno riguardato soprattutto l'aumento delle richieste di aiuto in tutte le fasce d'età minorili, il maggior ricorso ad interventi di PS e di ricovero per problemi psicopatologici o comportamentali, in particolare per minori con età più basse che in passato (dai 10 ai 12 anni); maggiori richieste di collaborazione da parte del sistema scuola e della rete dei servizi sociali degli enti locali.

Nell'area della disabilità, infine, i bambini e ragazzi con disabilità neuromotorie e sensoriali hanno mostrato, dopo la pandemia, fenomeni di regressione rispetto alle abilità acquisite, nonostante gli sforzi di famiglie e sanitari; per i bambini con disturbi dell'apprendimento si è assistito ad una regressione rispetto ai livelli raggiunti prima della pandemia e a una divaricazione dei livelli di performance accademica tra alunni digitalizzati e con risorse adeguate e alunni svantaggiati sotto vari profili, incluso quello linguistico-culturale, e con implicazioni importanti in termini di salute mentale per ciò che potrebbe portare il persistere o l'aggravarsi di queste disuguaglianze.

Per quanto riguarda il versante più propriamente psicopatologico, si sono registrate maggiori sindromi ansiose nei più piccoli (8-12 anni), manifestate soprattutto attraverso la somatizzazione (mal di pancia, mal di testa, aumento o perdita di peso, incubi, enuresi) e sindromi comportamentali complesse negli adolescenti (ritiro domestico di tipo "hikikomori", autolesionismo, accentuazione di sintomi ossessivi, aggravamento dei disturbi del comportamento alimentare, disturbi del pensiero). Sempre in Italia, alcune regioni hanno condotto rilevazioni e indagini specifiche sull'impatto del Covid-19 sulla salute mentale degli adolescenti. In Toscana, il Servizio Territoriale per lo Scompensamento Psicologico in Adolescenza, struttura ponte fra ospedale e territorio e integrato nella rete delle agenzie socio-sanitarie territoriali, ha registrato un incremento nell'accoglienza di adolescenti nella fascia 12-17 anni che manifestavano stati di sofferenza psichica acuta e richiedevano una presa in carico tempestiva e complessa (Leonetti R., Landi M., Parrino R., 2017). Il servizio, che dal 2011 al 2020 si è occupato di 916 ragazzi e ragazze di età compresa fra gli 11 anni e 8 mesi e 17 anni e 10 mesi, nel periodo della gennaio-febbraio 2021 ha registrato un incremento delle richieste del 18%.

In Piemonte, a Torino, lo studio²¹, condotto da Benedetto Vitiello, neuropsichiatra infantile dell'ospedale Regina Margherita, su 800 minori frequentanti la scuola media mostra come circa il 30,9% presenti sintomi da stress post traumatico e rileva come la crisi economica correlata alla pandemia ha acuito la vulnerabilità e peggiorato le condizioni di salute mentale nei genitori stessi, che non sono stati in grado di proteggere i propri figli e di essere primo fattore protettivo di fronte

²¹ <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/salute-materno-infantile/disagio-adolescenziale-aumento-dei-passaggi-pronto-soccorso-dei-tentativi-suicidio> (acc. 7/22).

ad eventi stressanti²².

Da una raccolta non standardizzata dei dati dei servizi regionali dell'Emilia-Romagna risulta che nel periodo novembre 2020-febbraio 2021 e rispetto allo stesso periodo nel 2019-2020, si è registrato un aumento delle richieste territoriali del 30% circa per tutte le condizioni cliniche, in un sistema che aveva visto crescere la domanda del 50% nel corso dei 10 anni precedenti. In altre parti d'Italia si riscontrano fenomeni simili, con impennate negli accessi in PS e nei ricoveri presso reparti e considerando che il sistema di emergenza nelle NPIA è ovunque di dimensioni contenute e spesso periodicamente in crisi²³.

L'impatto sulla salute mentale della pandemia Covid-19 sembra quindi aver messo a nudo la fragilità del sistema dei servizi in Italia e nel mondo, che – per quanto culturalmente diversi tra loro – sembrano essere stati sottoposti a una pressione eccessiva dall'aumento imprevedibile di una domanda di accesso sia per le categorie più fragili e già in carico, sia a seguito di una nuova domanda generata dall'impatto psicologico della pandemia sulla popolazione in generale, con particolare effetto su minori, anziani, donne e persone già fragili, come, ad esempio, diversi gruppi di immigrati. A questa accresciuta domanda ha corrisposto, in modo differenziato nei diversi Paesi, una situazione di crisi e spesso di emparse, che non ha consentito ai servizi di salute mentale di organizzare tempestivamente una risposta adeguata ai bisogni urgenti.

Moltissime analisi indicano la necessità per il futuro di ripensare l'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia e nel mondo, in un'ottica di innovazione ed efficienza, così da poter rispondere efficacemente alle possibili future emergenze, introducendo e valorizzando le competenze già presenti, affiancandole a soluzioni tecnologicamente avanzate.

²² <http://www.sossanita.org/archives/13602> (acc. 7/22).

²³ http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=94076 (acc. 7/22).

MIGRAZIONI E ACCESSO AL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Se, come abbiamo appena visto, la recente pandemia da Covid-19 ha generato un aumento consistente di domanda di assistenza specializzata sul versante della salute mentale, possiamo ora a fornire una panoramica sull'accesso all'assistenza sanitaria di migranti e rifugiati negli Stati membri dell'UE, con particolare attenzione alla situazione italiana.

La situazione europea

Tutti gli Stati membri dell'UE hanno formalmente riconosciuto per ogni persona il diritto a ricevere trattamenti adeguati ed equanimi in termini di salute fisica e mentale.

Tuttavia, a causa degli eterogenei livelli socioeconomici nei vari Stati dell'UE nonché delle differenze nel numero di migranti presenti sul territorio nazionale, è assai difficoltoso raggiungere standard di equità fra i diversi sistemi sanitari nazionali.

Alcuni studi hanno esaminato diversi aspetti relativi ai bisogni dei migranti a livello globale e hanno ampiamente documentato la discrepanza che esiste tra l'enfasi posta sui diritti alla salute e l'effettiva fornitura dell'offerta sanitaria fra gli abitanti di un medesimo Paese, evidenziando la presenza di trattamenti disomogenei e differenziati a seconda delle condizioni sociali ed economiche delle diverse fasce di popolazione²⁴. Bisogna poi considerare che il numero di migranti irregolari o privi di documenti è difficile da monitorare con costanza e precisione, pertanto considerare il reale accesso ai sistemi sanitari della popolazione migrante diviene impresa ardua e per alcuni aspetti possibile solo attraverso stime più o meno realistiche.

Lo stato di salute psicofisica dei migranti è peraltro assai più compromesso di quello delle popolazioni autoctone, in quanto notevolmente influenzato e debilitato anche dalle difficoltà e dalle sofferenze accumulate nel corso del processo migratorio; uno studio francese ha peraltro dimostrato come la salute dei migranti tenda a deteriorarsi anche in seguito all'ingresso nel Paese ospitante, a causa di atti discriminatori, cattive condizioni di accoglienza e differenze significative nell'accesso ai servizi di base²⁵. Allo stesso modo, uno studio austriaco ha evidenziato come un migrante soffra in misura maggiore rispetto a un cittadino europeo di problemi cardiaci, allergici, digestivi e dermatologici, sottolineando il legame tra le condizioni di salute dei migranti e le situazioni stressanti che gli stessi affrontano sia sul posto di lavoro, spesso precario e non tutelato, che nel processo di integrazione con la comunità in generale²⁶.

Un altro studio ha poi esaminato come i migranti siano più vulnerabili rispetto ad alcune patologie e vadano più facilmente incontro a ipertensione, malattie veneree e malattie oftalmiche, oltre che a diabete mellito, materno e infantile²⁷.

Vi sono poi evidenze che dimostrano come rifugiati e migranti tendano a presentare una maggiore sofferenza mentale rispetto al resto della popolazione nazionale: uno studio tedesco, ad esempio, ha riscontrato diffusi sintomi depressivi nelle popolazioni migranti più anziane²⁸. Similarmente, un'altra ricerca ha sottolineato che, sebbene i dati empirici siano ancora carenti e la ricerca sul tema

²⁴Matlin S. A., Depoux A., Schütte S., Flahault A., Saso L., "Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions", Public Health Rev. 2018.

²⁵Berchet C., Jusot F., "État de santé et recours aux soins des immigrés en France: une revue de la littérature", Numéro Thématique Santé Recours Aux Soins en Franc, 2012.

²⁶Biffi G., "Socioeconomic determinants of health and identification of vulnerable groups in the context of migration: the case of Austria"; ResearchGate, 2015.

²⁷Rommel A., Saß A. C., Born S., Ellert U., "Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status: erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)", Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz, 2015.

²⁸Aichberger M., Rapp M. A., "Migranten im Alter in: praxis der interkulturellen psychiatrie und psychotherapie", Elsevier, 2011.

della salute mentale dei migranti debba ancora essere adeguatamente sviluppata, si registra un aumento delle richieste di assistenza psichiatrica da parte di migranti che hanno vissuto situazioni traumatiche, emarginazione sociale, mancanza di sostegno. Tutti questi dati inducono a ritenere che la condizione migratoria è a maggior rischio di disturbi psicologici.²⁹

Per quanto concerne le difficoltà relativamente alla presa in carico sanitaria della popolazione migrante, la letteratura concorda universalmente sulla necessità del superamento delle barriere linguistiche e culturali che divengono fattori iatrogeni non solo relativamente all'accuratezza diagnostica, ma anche riguardo all'efficacia della cura, inevitabilmente compromessa nel caso del mancato raggiungimento di una relazione fiduciosa e aperta di cura tra curante e curato. A questo proposito, uno studio tedesco ha esaminato vari gruppi migranti provenienti da diversi Paesi europei e ha dimostrato che i migranti utilizzano maggiormente i centri di Pronto Soccorso, evidenziando così una certa difficoltà ad accedere ai dispositivi nazionali di continuità assistenziale e presentano prevedibili difficoltà di comunicazione e comprensione; emerge, infine, come prospettive e significati diversi sulla salute e sulle malattie rispetto ai cittadini comunitari concorrano a incomprensioni ed esitino spesso in processi di cura meno efficaci.³⁰ Anche uno studio finlandese ha evidenziato che fattori quali i costi elevati, la mancata conoscenza del sistema sanitario, servizi poco interculturali, percezioni contrastanti delle malattie e competenze linguistiche limitate sono responsabili di una mancata risposta ai bisogni in gruppi di migranti russi, somali e curdi³¹.

In questa prospettiva, non poca letteratura evidenzia come sono ancora insufficienti, sia in ambiente sanitario che socio assistenziale, dispositivi che facilitano l'incontro fra operatori e pazienti come gli interpreti e i mediatori culturali che possono promuovere l'incontro di cura, nonché informare in maniera corretta la popolazione migrante sulle pratiche ed i protocolli previsti dal sistema sanitario nazionale³². Di fondamentale importanza risulta dunque il ruolo delle strutture sanitarie locali nel favorire la conoscenza dell'organizzazione sanitaria in tema di assistenza da parte degli immigrati, allo scopo di favorire una partecipazione responsabile e una maggiore consapevolezza dei propri diritti e doveri.

Tra le donne immigrate si osserva un quadro complessivo di minore accesso all'assistenza medica durante la gravidanza: in particolare si registra una maggiore frequenza di prime visite dopo la dodicesima settimana di gravidanza e una minore frequenza del numero raccomandato di visite ginecologiche, di ecografie in gravidanza e di indagini prenatali invasive dopo i 35 anni. Si registrano inoltre tassi più elevati di parti "operativi" e di cure inadeguate dopo il parto. Queste evidenze sono tanto più preoccupanti se si considera che le donne immigrate rappresentano circa un quarto delle partorienti.

Nello scenario attuale e in quello futuro, anche in Italia gli immigrati potrebbero diventare la parte della popolazione con più problemi di salute, analogamente a quanto si osserva nei Paesi di più lunga tradizione migratoria. Occorre dunque ridurre il rischio prospettato dalla "inverse care law" di Julian Tudor Hart, secondo cui la disponibilità di assistenza di buon livello è inversamente proporzionale ai bisogni della popolazione che dovrebbe servirsene.

²⁹ Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Servizio centrale dello Sprar, Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2016.

³⁰ Kohls M., "Morbidity and mortality of migrants in Germany. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge", BAMF, 2011.

³¹ Koponen P, Kuusio H, Keskimäki I, Mölsä M, Manderbacka K, Castaneda A, et al, "Unmet needs for medical care among migrants in Finland", Eur J Pub Health, 2014.

³² Pisani M, Grech D., "Age, gender and diversity perspectives in refugee contexts", Malta: Integral Foundation and UNHCR, 2015.

La situazione italiana

Anche in Italia, nonostante l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari sia garantito alla popolazione immigrata dalla presenza di un Sistema Sanitario Nazionale di tipo "universalistico", esistono forti disomogeneità sociali e territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza³³. Equiparare le risposte differenziate da regione a regione ai bisogni sanitari è una priorità attuale. Ugualmente, dai dati rilevati, emerge la necessità di dotarsi di strumenti adeguati per valutare lo stato di salute e la domanda di assistenza sanitaria in gruppi di popolazione di diversa provenienza geografica e culturale, che possono differenziarsi tra loro e che presentano specificità connesse sia ai territori di provenienza, sia alle differenti culture riguardo alla salute e alla malattia.

A questo proposito, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), nell'ambito del proprio mandato istituzionale, ha attivato un sistema di rilevamento che consente un monitoraggio rapido e sistematico dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria della popolazione immigrata residente³⁴. I risultati hanno messo in evidenza criticità in alcuni ambiti di erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare nell'accesso alle cure e nell'ambito della salute materno-infantile, oltre che nell'appropriato utilizzo del sistema sanitario in contesti d'urgenza.

A quest'ultimo proposito in uno studio condotto tra il 2016 e il 2017, è stato osservato come il tasso di ospedalizzazione evitabile risulti più elevato tra gli immigrati rispetto agli italiani circa del 50% tra gli uomini e del 37% tra le donne. D'altra parte, i risultati ottenuti – in linea con quelli europei – rivelano un minore ricorso all'assistenza sanitaria territoriale, alla medicina di base e alla medicina specialistica³⁵. Le persone migranti accedono dunque ai servizi di emergenza in misura maggiore rispetto alla popolazione autoctona e in particolare nei primi periodi dopo il loro arrivo, probabilmente anche per la scarsa dimestichezza col sistema sanitario dei Paesi ospitanti: molti immigrati, soprattutto tra i nuovi arrivati, non si iscrivono all'anagrafe sanitaria per scegliere un medico di medicina generale o un pediatra, poiché non hanno ancora i documenti o non sono a conoscenza di questo diritto garantito; a ciò si aggiungono poi le difficoltà linguistiche che rendono ancor più difficile il compimento di questa procedura. È dunque ipotizzabile che la mancata o tardiva presa in carico di problemi di salute, si traduca in eventi acuti che necessitano di ricoveri ospedalieri. Va anche considerato che, in molti dei Paesi di origine degli immigrati, l'ospedale è l'unico o il principale punto di accesso ai servizi sanitari: questo aspetto ovviamente influenza, soprattutto nei primi tempi dopo l'arrivo in Italia, il comportamento dei migranti rispetto alla gestione del bisogno di cure e di salute.

Infine, va evidenziato che l'accesso al pronto soccorso consente di superare le difficoltà connesse alla restrizione degli orari di apertura degli studi medici, che può rappresentare una barriera insormontabile per persone che lavorano spesso in condizioni di estrema precarietà e senza flessibilità oraria. Non è dunque senza fondamento la scelta che gli immigrati fanno nell'accedere al Pronto Soccorso in orari scomodi e per condizioni di risibile gravità.

Strutture mirate a rendere più fruibili i servizi delle cure primarie, come le "case della salute" a Roma, che presentano orari di apertura più estesi, potrebbero contribuire a intercettare i bisogni di salute degli immigrati, riducendo al tempo stesso la pressione sulle unità di Pronto Soccorso.

³³Mirisola C., Ricciardi G., Bevere F., Melazzini M., "L'Italia per l'equità nella salute" Roma, Ministero della Salute, 2017.

³⁴Di Napoli A., Rossi A., Gaudio R., Petrelli A., "Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016", Quaderni di Epidemiologia, 2019.

³⁵Di Napoli A., Perez M., Rossi A. et al., "Factors associated to medical visits: comparison among Italians and immigrants resident in Italy", Epidemiol Prev, 2017.

Per quanto concerne la rilevazione della condizione della salute mentale tra le persone migranti subito dopo l'arrivo in Italia, uno studio abbastanza recente ha descritto le condizioni dei richiedenti asilo che sono passati nei centri di Medici Senza Frontiere in Sicilia tra ottobre 2014 e dicembre 2015: la maggior parte erano giovani uomini che avevano lasciato i loro Paesi d'origine in Africa occidentale da più di un anno e che presentavano disturbo post-traumatico da stress (31%) e depressione (20%). La maggior parte degli eventi traumatici vissuti dai migranti si è verificata nel loro Paese d'origine (60%) e durante il viaggio (29%), ma si è riscontrato che anche semplicemente il fatto di essere un rifugiato corrisponde a un trauma, a causa delle privazioni, delle preoccupazioni per le persone lasciate indietro nel tragitto, della solitudine a fronteggiare il lungo percorso della regolarizzazione e della paura di essere rimpatriati.

L'impatto dell'emergenza Covid

Diverse ricerche mostrano come i migranti residenti nei Paesi ad alto reddito siano a maggior rischio di contrarre il virus e siano tra i più rappresentati nel computo dei contagi e dei decessi da Covid-19³⁶.

In generale, durante la pandemia da Covid-19, i migranti si sono trovati sovraesposti all'infezione, in modo particolare i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti che usualmente abitano alloggi sovraffollati e non sicuri, quindi a maggior rischio di trasmissione virale, e che lavorano in ambienti inadeguati o insalubri, che aumentano potenzialmente le interazioni fisiche e quindi la probabilità di contagio.

Oltre a quanto appena evidenziato, alla diffusione del virus ha contribuito anche la limitata consapevolezza delle misure di prevenzione da parte dei migranti, a causa dell'assenza di una coerente strategia di informazione sanitaria pubblica per comunità culturalmente e linguisticamente diverse³⁷.

Nel dicembre 2020, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha pubblicato il rapporto Covid-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA, che include migranti e rifugiati come potenziali popolazioni target nelle campagne di vaccinazione³⁸. Tuttavia, sono state segnalate ampie incongruenze nelle direttive sulle vaccinazioni adottate dagli Stati membri dell'Unione Europea: alcuni di questi Stati, infatti, menzionano esplicitamente i migranti nei loro piani di vaccinazione, ma pochi di essi li includono come gruppo prioritario³⁹.

In particolare in Italia, come stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ogni cittadino può essere vaccinato indipendentemente dal proprio status amministrativo e giudiziario⁴⁰: ciò è in linea con la Costituzione Italiana, che definisce il diritto alla salute un "diritto fondamentale della persona e un diritto di interesse collettivo"⁴¹. Tuttavia, l'accesso alla vaccinazione è possibile solo attraverso il numero di tessera sanitaria, rendendo così difficile l'accesso alla vaccinazione per i migranti privi di documenti. Questo a dire che i risultati positivi inerenti agli interventi di salute dipendono da una visione ampia e da politiche che sanno collegare l'ambito sanitario con altri enti pubblici: ciò è ancora più importante durante eventi di emergenza, come la recente pandemia da Covid-19.

³⁶ Hayward S. E., Deal A., Cheng C., Crawshaw A. F., Orcutt M., Vandrevale T. F., "Clinical outcomes and risk factors for Covid-19 among migrant populations in high-income countries: a systematic review", MedRxiv, 2020.

³⁷ Guadagno L., "Migrants and the Covid-19 pandemic: an initial analysis", Migration Research Series, 2020.

³⁸ European Centre for Disease Prevention and Control, Covid-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA, Stockholm: 2020.

³⁹ Bartovic J., Sankar Datta S., Severoni S., D'Anna V., "Ensuring equitable access to vaccines for refugees and migrants during the Covid-19 pandemic", Bulletin of the World Health Organization, 2021.

⁴⁰ Agenzia Italiana del Farmaco, "Vaccini Covid-19: domande e risposte sui vaccini Covid-19", Aprile 2021.

⁴¹ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il diritto alla salute dei minori non accompagnati ai tempi del Covid-19

Nell'epoca della globalizzazione, gli incalzanti mutamenti degli assetti socio-politici in vaste aree del pianeta e la pandemia di Corona Virus che ha imperversato in Italia e nel mondo a partire dal 2020, hanno modificato profondamente e rapidamente le dinamiche dei movimenti migratori, accentuandone l'impatto sia sui rapporti internazionali che sull'ordine interno di tutti i Paesi interessati dal fenomeno.

Il presente focus ha come obiettivo quello di analizzare la realtà complessa e variegata della tutela dei minori migranti nel periodo di pandemia, che ha posto l'ordinamento internazionale, europeo ed italiano di fronte a scelte normative, amministrative e operative di grande rilievo, al fine di osservare il grado di tutela effettivo di tali persone nell'ordinamento nazionale e comunitario condotto sullo sfondo del principio del best interest of the child, cardine della Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989, che dovrebbe costituire riferimento imprescindibile di ogni decisione che riguardi un minore.

Il fenomeno migratorio non è una realtà nuova. In questi ultimi anni, tuttavia, se ne è registrato un crescendo che ha portato ad affrontare due conseguenze fondamentali: l'aumento del numero dei minori stranieri non accompagnati sul territorio nazionale⁴² e il problema di come qualificare giuridicamente la loro presenza, di come tutelarli e di come assicurare loro tutta una serie di diritti volti non solo ad ottenere una garanzia lavorativa o scolastica, ma anche il diritto alla salute, troppo spesso tenuto scarsamente in considerazione. Per questo motivo, la questione del trattamento giuridico dei minori stranieri migranti è una materia decisamente complessa, poiché coesistono molteplici disposizioni disorganiche e in parte addirittura contrastanti tra loro, che danno origine a enormi difficoltà di orientamento, specialmente quando si tratta di diritto di accesso alla salute. Nonostante le buone intenzioni, come l'oggetto nascosto che però esiste in uno spazio e in un tempo, l'aggettivo "straniero", in relazione ai minori, pesa considerevolmente in termini di sostanza ancora oggi, soprattutto quando si parla di un concetto complesso come quello della vulnerabilità. Poiché il vulnus, in questo caso, si moltiplica per tre: l'MSNA (femmina o maschio che sia) è vulnerabile in quanto minore, vulnerabile in quanto non accompagnato/a e, volenti o nolenti, vulnerabile in quanto straniero/a.

Non si parla soltanto dello status di minorenni, con il passaggio critico all'età adulta, ma anche della condizione di solitudine e di abbandono legata allo strappo con le figure familiari significative e, ultimo ma non meno importante, lo shock culturale conseguente al distacco dal proprio Paese d'origine, inteso come il processo di adattamento che segue l'inserimento in un nuovo ambiente, da cui nasce una relazione con persone, situazioni e valori differenti, che possono far insorgere reazioni cognitive, affettive e comportamentali negative o positive⁴³. Risulta evidente quanto sia improbabile cancellare un termine, quando le conseguenze devastanti della sua esistenza sono riconoscibili e riconducibili a molte delle situazioni di disagio psichico dei MSNA.

La tutela della salute psicologica degli immigrati in Italia, focus del presente dossier, trova il suo fondamento nella Convenzioni internazionali, prima fra tutte la Convenzione di New York del 1989 sui diritti del fanciullo, e negli articoli 10 e 32 della Carta Costituzionale.

In particolare, la Convenzione di New York impone agli Stati di garantire ai fanciulli i diritti essenziali,

⁴² Valtolina G.G., Pavesi N., I minori non accompagnati in Italia, in Fondazine ISMU, Ventisettesimo Rapporto sulle migrazioni 2021, Milano: FrancoAngeli, 2021.

⁴³ Rollè L., Utelle N., L'incontro con il MSNA: quando due mondi si incontrano, in Long J. (a cura di), Tutori volontari di minori stranieri non accompagnati. Materiali per l'informazione e la formazione, Wolters Kluwer Italia, Milano, 2018.

tra i quali l'assistenza sanitaria, "senza distinzione di sorta", ovvero in condizioni di assoluta parità. In Italia, dall'entrata in vigore della legge 147/2017, per tutti i minori stranieri presenti sul territorio – con o senza genitori – ed indipendentemente dalla regolarità del soggiorno, è prevista l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale. A tale riconoscimento si è giunti, dopo che il DPCM del 12 gennaio 2017 aveva stabilito che il SSN "è tenuto a fornire i LEA⁴⁴ a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)" e aveva previsto che anche "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani"⁴⁵. Restano esclusi solo i minori figli di cittadini comunitari irregolari, per i quali non è prevista l'iscrizione al Servizio Sanitario, ma solo un'assistenza sanitaria tramite un differente iter burocratico (assegnazione di un codice ENI - Europeo non iscritto). Questa importante discriminazione fra minori extracomunitari e comunitari si verifica in quanto l'articolo 63 del DPCM del 2017 riguarda solo i cittadini extra UE. La mancata iscrizione al SSN comporta, tra le altre cose, il venir meno del diritto al pediatra di libera scelta con la conseguente possibilità di essere curati solo nei consultori o negli ambulatori STP/ENI. Tutti i minori figli di stranieri irregolari (se nella fascia di età compresa fra 0 e 6 anni) sono esonerati dal ticket sanitario, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Anche le prestazioni sanitarie per i minori stranieri non accompagnati sono erogate in esenzione dal pagamento del ticket sanitario. L'affidatario del minore ha il compito di svolgere le pratiche necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie ordinarie, quindi anche all'iscrizione al SSN e la richiesta di esenzione dal ticket per insufficienza del reddito. Ogni Distretto Sanitario deve assicurare le modalità di accesso all'esenzione. Quindi, anche qualora in una Regione non sia prevista un'esenzione specifica per i minori stranieri affidati o in tutela (o non accompagnati), si può ottenere l'esenzione dimostrando che il minore non gode di un reddito sufficiente.

Nonostante il quadro normativo sopra illustrato preveda per i minori stranieri irregolari un'assistenza sanitaria privilegiata, rispetto a quella garantita agli adulti irregolari (utilizzo del codice STP), permangono molteplici disparità fra regione e regione, legate soprattutto alla mancata iscrizione dei minori nella fascia 14-18 anni e dei minori privi del codice fiscale, di regola richiesto per poter assegnare la tessera sanitaria di iscrizione. Attualmente, fra i minori figli di irregolari, solo quelli nati in Italia possiedono il codice fiscale e quindi il documento richiesto per l'iscrizione al Servizio Sanitario. Nei restanti casi, in mancanza del codice fiscale, in molte regioni vengono utilizzati i codici STP/ENI, "ampliati" dalla possibilità di accesso al pediatra di libera scelta o al medico di medicina generale. La Regione Lombardia⁴⁶ ha dimostrato che questa mancanza del codice fiscale può essere superata: permette infatti l'iscrizione dei minori al Servizio Sanitario Regionale, utilizzando un codice STP al posto del codice fiscale.

I minori stranieri hanno quindi il diritto alle cure sanitarie in piena parità con i cittadini italiani. Durante l'emergenza Covid sono state effettivamente messe in atto numerose misure per far sì che ogni minore fosse iscritto in tempi brevissimi al Servizio Sanitario Nazionale. L'ente sociale inviante ha redatto, nella maggior parte delle situazioni rilevate sul territorio lombardo, procedure precise in accordo con l'Agenzia per la Tutela della Salute affinché tutti i minori fossero iscritti immediatamente al SSN.

⁴⁴ LEA: Livelli Essenziali di Assistenza, cioè le prestazioni e i servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale.

⁴⁵ Articolo 63, comma 4, DPCM del 12 gennaio 2017.

⁴⁶ La Deliberazione XI/1046 del 17/12/2018 della Regione Lombardia ha reso definitiva la sperimentazione in tal senso iniziata nel 2014.

Pare però quantomeno surreale parlare di specificità di un territorio rispetto ad un altro e delle ricadute di tale specificità sul percorso del minore, soprattutto a fronte di un assetto normativo (che dovrebbe essere) uniforme, così come nella volontà del legislatore espressa con la Legge 147 del 2017. Eppure, ancora oggi, la diffusa arbitrarietà nell'attuazione delle norme da parte di tutte le istituzioni coinvolte e da soggetti terzi (come le autorità consolari) rappresenta un elemento di forte condizionamento rispetto alla riuscita o al fallimento del progetto individuale, poiché pone ostacoli, spesso insormontabili, al conseguimento dello status di straniero regolarmente soggiornante sul territorio italiano o al raggiungimento di una piena autonomia personale.

Proprio le peculiarità del territorio di Milano e le buone prassi in materia in accoglienza hanno sempre influito sul flusso migratorio, iniziato negli anni Novanta con l'arrivo dei primi minori albanesi, poiché il capoluogo lombardo si è sempre attestato fra le prime città d'Italia in termini di numero di presenze di MSNA. I recenti cambiamenti internazionali, dall'accordo dell'Unione Europea con la Turchia, quello con il governo libico e, infine, la presa di posizione del governo egiziano nei confronti della migrazione giovanile (con finalità più legate all'esigenza di avere forze militari che a quella di evitare un viaggio estremamente pericoloso a giovani adolescenti inconsapevoli) hanno influito considerevolmente sia sulla scelta degli itinerari per raggiungere l'Europa, sia sulla presenza di una nazionalità di provenienza piuttosto che di un'altra. I minori non accompagnati provenienti da Paesi quali Afghanistan, Iraq, Iran, infatti, hanno abbandonato il percorso attraverso Turchia e Grecia (dove vengono trattenuti in modo arbitrario, anche con la detenzione) per tentare quello attraverso i Paesi del blocco Visegrád (Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia e Ungheria) oppure la rotta balcanica, impiegando mesi – se non anni – a raggiungere l'Italia dopo lunghi periodi passati nascosti nei boschi o in luoghi molto pericolosi; i minori bengalesi e pakistani, per la maggior parte, dopo aver lasciato l'asse Turchia-Grecia per le difficoltà suddette, hanno optato per viaggi aerei fino a Dubai, per poi proseguire fino alla Libia con mezzi di fortuna o a piedi; i minori kosovari e albanesi compiono, invece, un viaggio tranquillo e senza particolari traumi, spesso con visti per attività sportiva e in traghetto da Durazzo fino all'Italia; i minori non accompagnati che giungono dall'Africa sub-sahariana non riescono ad arrivare in Europa a causa del blocco libico e tentano, sempre con notevoli difficoltà, di trovare rotte alternative, come quelle attraverso la Spagna e la Francia; i minori marocchini, tunisini e algerini, dopo un periodo, anche di anni, passato in Spagna e Francia, dove affermano di trovare lavoro, ma di non riuscire ad avere documenti, spesso decidono di recarsi in Italia per la certezza dei documenti in base alla normativa italiana (marocchini e tunisini in particolare) o di passare attraverso il nostro Paese per raggiungere gli Stati europei in cui ritengono vi siano più sbocchi lavorativi⁴⁷.

Proprio in relazione al viaggio, l'incidenza dello stress rilevato durante gli ultimi mesi del 2021 deriva dai fattori oggettivi legati al percorso migratorio, che -durante il periodo del Covid – è divenuto più difficoltoso, poiché le frontiere sono rimaste chiuse per molto tempo, bloccando fisicamente i minori per mesi. L'esperienza ha mostrato che i MSNA in possesso di documenti affrontano con meno ansia la progettualità socio-educativa, poiché hanno la certezza, alla maggiore età, di non trovare ostacoli nella conversione del titolo di soggiorno, secondo le prassi vigenti nelle Questure, che pongono la presenza di passaporto come conditio sine qua non per il rilascio di un permesso di soggiorno da maggiorenne. Questi MSNA pertanto rischiano meno frequentemente di entrare nella

⁴⁷ Rilevazioni condivise con la Dott.ssa Barbara Lucchesi, Coordinatore tecnico-metologico Servizi MSNA, Unità Politiche per l'Inclusione e l'Immigrazione, Area Diritti Inclusione e Progetti, Direzione Politiche Sociali del Comune di Milano.

spirale dell'irregolarità, evitando la conseguente angoscia legata alla possibilità di permanenza in Italia e di sviluppare un malessere psichico, tale da necessitare la presa in carico da parte delle Uonpia. A questo si aggancia la complessa problematica dell'accertamento dell'età, per il quale è stato stipulato in data 13/11/2017 con gli enti e le istituzioni coinvolte (Forze dell'Ordine, Tribunale per i Minorenni, Procura Minori, Prefettura e ente locale e Labanof (Laboratorio di Antropologia e Odontologia Forense) un protocollo per l'accertamento dell'età degli MSNA in linea con quanto disposto dalla Legge 147/2017.

Stando ai racconti di questi minori, la differenza fra un minore albanese – che ha compiuto un viaggio della durata di alcune ore in traghetto, spesso accompagnato da un familiare che lo indirizza alle Forze dell'Ordine e supportato da una rete parentale o di connazionali sul territorio italiano – e un minore gambiano – che, nell'arco di un anno o due, ha attraversato a piedi diversi Stati per giungere in Libia, dove viene detenuto arbitrariamente, subendo trattamenti inumani e degradanti o durante la permanenza nel Paese – consiste proprio nel trauma riportato nel viaggio migratorio, conseguente alle vessazioni subite e alla stress acculturativo, con la conseguente necessità di una presa in carico da parte dei servizi specialistici di salute mentale. Questa distinzione non esclude che vi siano fattori traumatici pre-esistenti, legati al contesto di origine (persecuzioni, maltrattamenti in ambito familiare, condizioni di malnutrizione e di estrema povertà), o soggettivi (malattie, disabilità fisiche o intellettive, etc.), che vanno ad influire sul benessere psico-fisico del minore e possono, da soli, comportare condizione sufficiente all'avvio di una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale. Soprattutto lo status di richiedente asilo, per le caratteristiche che assume sul nostro territorio, può rappresentare un potente fattore di vulnerabilità.

Da un confronto con il Servizio Specialistico che si occupa dei MSNA per la città di Milano, ossia la UONPIA della Fondazione IRCCS Cà Grande Ospedale Maggiore Policlinico, viene confermato il trend appena descritto: ad esempio, a fronte di 32 nuove segnalazioni di MSNA nel 2019, nel 2020 ci sono state oltre 40 nuove segnalazioni e un totale di 125 MSNA presi in carico. Si può ipotizzare che l'aumento del numero di MSNA presi in carico sia dovuto al fatto che i minori sono rimasti bloccati per mesi nei Paesi con cui l'Italia e l'Unione Europea hanno stipulato accordi di trattenimento e respingimento, sottoposti più a lungo a torture e vessazioni. L'afflusso maggiore è rappresentato dai minori provenienti dai Paesi arabi, i quali hanno dovuto affrontare un viaggio lungo e traumatico, che ha visto un lungo periodo di sosta forzata ai confini dell'Europa: in Turchia, per coloro che hanno utilizzato la rotta balcanica, con arrivo in aereo a Istanbul, oppure in Libia. È importante sottolineare che ben il 42% di queste prese in carico è avvenuto a fronte di una situazione gravemente emergenziale.

A fronte di questa emergenza, il Comune di Milano ha avviato una stretta collaborazione con una serie di servizi specialistici, sia pubblici che del terzo settore, dedicati alla salute mentale (UONPIA, Fondazione Terrenuove, Etnopsichiatria), al fine di lavorare in rete per la prevenzione e la definizione di efficaci strategie di presa in carico dei migranti psichicamente più vulnerabili, coinvolgendo direttamente gli operatori dei centri di accoglienza, sia in termini di formazione, sia in termini di rimodulazione delle procedure. Basti pensare al lavoro congiunto che ha portato due importanti risultati: la creazione di una griglia dei segnali di rischio⁴⁸, per agire segnalazioni tempestive e non in fase di acuzie, e l'avvio di un progetto di screening⁴⁹ nella prima fase di accoglienza dei MSNA, che si avvale di strumenti calibrati sulle caratteristiche e sui bisogni dei giovani migranti.

⁴⁸ G.O.S.R, Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio.

⁴⁹ R.H.S-15, Refugee Health Screener.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Alvarez, K., Fillbrunn, M., Green, J.G. et al. (2019) "Race/ethnicity, nativity, and lifetime risk of mental disorders in US adults", *Psychiatry Epidemiology*, 54, 553-565. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1644-5>

Barlatti S., Calzavara Pinton I., Savorelli A., Vita A. (2020), "L'impatto dell'emergenza Covid-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione", *Nòos*, 26, 1, pp. 33-46.

Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T., et al. (2007), "Risk factors for suicidality in Europe: result from the ESEMED study", *Journal of affective disorders*, 1-3, pp. 27-34.

Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. (2019), "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence", *Lancet*, 395, pp. 912-920.

Bressan S., Gallo E., Tirelli F., Gregori D., Da Dalt L. (2021), "Lockdown: more domestic accidents than Covid-19 in children", *Arch Dis Child*, 106, pp.3.

Chaiyachati B.H., Agawu A., Zorc J.J., Balamuth F. (2020), "Trends in Pediatric Emergency Department utilization after institution of Coronavirus Disease-19 mandatory social distancing", *Journal of Pediatric*, 226, pp. 274-277.

Cozzi G., Zanchi C., Giangreco M., et al. (2020), "The impact of the Covid-19 lockdown in Italy on a paediatric emergency setting", *Acta Paediatrica*, 109, pp. 2157-2159.

Duan L., Zhu G. (2020), "Psychological interventions for people affected by the Covid-19 epidemic", *Lancet Psychiatry*, 7, pp. 300-302.

Dyson E.W., Craven C.L., Tisdall M.M., James G.A. (2020), "The impact of social distancing on pediatric neurosurgical emergency referrals during the Covid-19 pandemic: a prospective observational cohort study", *Childs Nerv Syst.*, 36, pp. 1821-1823.

Gabrielli F., Capello F., Tozzi A.E., et al. (2021), "Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia Covid-19, 10 ottobre 2020, Istituto Superiore di Sanità. Rapporto ISS Covid-19 n. 60/2020. <https://bit.ly/2RrihKV> (acc. 7/22).

Galliano D., Farah H., Arduini R., (2020), "Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L'esperienza di Psicologi per i Popoli-Federazione", *Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria*, 23, pp. 6-26.

Garude K., Natalwala I., Hughes B., West C., Bhat W. (2020), "Patterns of adult and paediatric hand trauma during the Covid-19 lockdown", *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 73, pp. 1575-1592.

Giallonardo V., Sampogna G., Del Vecchio V., Luciano M., et al. (2020), "The impact of quarantine and physical distancing following Covid-19 on Mental health: study protocol of a multicentric Italian population trial", *Frontiers in psychiatry*, 11, 533.

Gunnell D., Appleby L., Arensman E., et al. (2020), "Suicide risk and prevention during the Covid-19 pandemic", *The Lancet Psychiatry*, 7, pp. 468-471.

Hardt J., Bernert S., Matschinger H., Angermeier M.C., Vilagut G., et al. (2015), "Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study", *Journal of Affect Disorder*, 1(175), pp. 168-174.

Lazzerini M., Barbi E., Apicella A., Marchetti F., Cardinale F., Trobia G. (2020), "Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of Covid-19", *Lancet Child Adolesc Health*, 4, pp. 10-11.

Lee A. M., Wong J. G., McAlonan G. M., et al. (2007) "Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak", *Can Journal of Psychiatry*, 52, pp. 233-240.

Leonetti R., Landi M., Lo Parrino R. (2017), *Complessità dell'adolescente nella società attuale: necessità di risposte multiple e integrate nell'organizzazione dei servizi*, in: Diavoletto A., Rigon G. (a cura di), *Psichiatria dell'adolescente. Aspetti clinici e metodologici della transizione*, Aracne Editrice, Canterano-RM, pp. 181-191.

Lynn R. M., Avis J. L., Lenton S., Amin-Chowdhury Z., Ladhani S. N. (2021), "Delayed access to care and late presentations in children during the Covid-19 pandemic: a snapshot survey of 4075 paediatricians in the UK and Ireland", *Arch Dis Child*, pp. 106-108.

Manzoni P., Militello M. A., Fiorica L., Cappiello A. R., Manzionna M. (2021), "Impact of Covid-19 epidemics in paediatric morbidity and utilisation of Hospital Paediatric Services in Italy", *Acta Paediatrics*, 11, pp. 1369-1370.

Pierce M., Hope H., Hatch S., Hotopf M., John A., et al. (2020), "Mental Health before and during the Covid-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population", *Lancet Psychiatry*, 7, pp. 883-892.

Pompili M., Vichi M., Innamorati M., Lester D., Yang B., De Leo D., Girardi P. (2014), "Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study", *Health Soc Care Community*, 22(4), pp. 361-367.

Purtile J., (2020), "Covid-19 and mental health equity in the United States", *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 55, pp. 969-971.

Ramiz L., Contrand B., Rojas Castro M. Y., Dupuy M., Lu L., Sztal-Kutas C., Lagarde E. (2021), "A longitudinal study of mental health before and during Covid-19 lockdown in the French population", *Globalization and Health*, 17(29), pp. 1-16.

Reynolds D. L., Garay J. R., Deamond S. L., Moran M. K., Gold W., Styra R. (2008), "Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience", *Epidemiological Infection*, 136, pp. 997-1007.

Rubin J. G. (2020), "The psychological effects of quarantining a city", *Views and reviews*, pp. 313-368.

Sareen J., Afifi T. O., McMillan K. A., et al. (2011), "Relationship between Household Income and mental disorders. Finding from a population-based longitudinal Study", *Archives general psychiatry*, 68(4), pp. 419-427.

Saulle R., Minozzi S., Amato L., Davoli M. (2021), "Impatto del distanziamento sociale per Covid-19 sulla salute fisica dei giovani: una revisione sistematica della letteratura", *Recenti progressi in medicina*, 112(5), pp. 347-359.

Talevi D., Socci V., Carai M., Carnaghi G., Faleri S., et al. (2020), "Mental health outcomes of the Covid-19 pandemic", *Rivista di psichiatria*, 55(3), pp 137-144.

Taylor S. (2019), *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne, pp. 11-23.

Thakur V., Jain A. (2020), "Covid 2019-suicides: A global psychological pandemic", *Brain Behavior and Immunity*, 88, pp. 844-855.

Thome J., Deloyer J., Coogan N. A., Bailey-Rodriguez D., et al. (2020), "The impact of the early phase of the Covid-19 pandemic on mental-health services in Europe. Covid 19, survey of 23 mental health and psychiatry experts in Europe", *World Journal of biological psychiatry*, 4 november 2020, pp. 1-15.

Veldhuis C., Nesoff E. N., McKowen A. L. W., Rice D. R., et al. (2020), "Addressing the critical need for long-term mental health data during the Covid-19 pandemic: Changes in mental health from April to September 2020", *Preventive Medicine*, 146.

Wang C., Pan R., Wan X., et al. (2020), "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic among the general population in China", *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17, pp. 1-25.

Wu P., Liu X., Fang Y., et al. (2008), "Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak", *Alcohol Alcohol*, 43, pp. 706-712.

Yang Y., Li W., Zhang Q., Zhang L., Cheung T., Xiang Y. T. (2020), "Mental health services for older adults in China during the Covid-19 outbreak", *Lancet Psychiatry*, 7, pp 19-24.



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it



ordinepsicologilombardia



ordine_psicologi_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL