



ISTITUTO PSICOANALITICO
PER LE RICERCHE SOCIALI

PsychCare

PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES

LINEE DI INDIRIZZO
PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA
DELLA SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI FORZATI



PROJECT SPONSORED BY OPEN SOCIETY FOUNDATIONS
WWW.OPENSOCIETYFOUNDATIONS.ORG
WITHIN THE MENTAL HEALTH PROGRAM

INDICE

IL CONTESTO:

1. Il profilo di salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati _____ pag. 1
2. La Legge di Riforma Psichiatrica: un traguardo di civiltà tra organizzazione e diritti _____ pag. 13
3. Titolarietà e accesso effettivo dei migranti forzati ai servizi di salute mentale alla luce dell'impatto delle normative recenti in materia di immigrazione _____ pag. 29
4. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale: elaborazione e recepimento _____ pag. 42
5. Il ruolo del mediatore culturale e/o linguistico per la comprensione dei fenomeni psicopatologici espressi dai migranti forzati _____ pag. 51

IL PROGETTO PSYCHCARE: METODOLOGIA E RISULTATI

_____ pag. 67

LINEE DI INDIRIZZO:

1. Accesso ai servizi di salute mentale _____ pag. 89
2. L'adeguatezza dei servizi di salute mentale _____ pag. 93
3. L'apporto del sistema di accoglienza _____ pag. 97

QUALCHE ESEMPIO DI BUONA PRATICA _____ pag. 100

IL CONTESTO



PsychCare
PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES



IL PROFILO DI SALUTE MENTALE DEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI

di *Maxima Libertas* e *Anna Maria Petta* - Associazione Crossing Dialogues, Roma

Introduzione

Occuparsi di questo tema rende necessarie due brevi premesse.

Primo, rispetto alla popolazione immigrata in Italia in tempi più o meno recenti, quella dei richiedenti asilo e dei rifugiati è una sottopopolazione particolare. In altre parole, esiste un vasto numero di stranieri soggiornanti a vario titolo in Italia. Questo è un fenomeno strutturale e da qualche anno stabilizzato. Poco più dell'8% della popolazione italiana è costituito da persone di origine straniera, e ciò vuol dire che, considerata la distribuzione ineguale sul territorio, in alcune zone si arriva anche al 15%.

Dal punto di vista della salute mentale, tutti i migranti possono avere:

- a) una prima fase di Stress da Transculturazione. Qualcuno ha coniato il termine Sindrome di Ulisse¹ per la sofferenza post-migratoria in fase di adattamento alla nuova società;
- b) tutti soffrono in modo più o meno intenso della condizione di "doppia assenza", che non è un disturbo mentale ma una condizione identitaria che può costituire un fattore di arricchimento dovuto all'appartenenza ma anche di vulnerabilità psicologica.²
- c) tutti possono essere stati oggetto di discriminazione, a maggior ragione negli ultimi anni in cui l'approccio tradizionalmente molto tollerante e aperto che caratterizzava la popolazione italiana si è parzialmente modificato per campagne d'odio spesso con finalità politiche;
- d) tutti possono avere difficoltà all'accesso alle cure e alla presa in carico per problematiche linguistiche e/o culturali;
- e) molti possono avere difficoltà all'accesso alle cure e alla presa in carico per problematiche burocratiche o per l'impossibilità di sostenere i costi delle terapie, etc.

¹ Greenhalgh (2016), in un report sui contesti della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), approfondisce la definizione di Sindrome di Ulisse che viene descritta per la prima volta dal Dr. Joseph Achotegui (2015). Essa si manifesta con una combinazione di sintomi fisici e psicologici (es. cefalee, insonnia, ansia, irritabilità). Questa sindrome è definita come una forma estrema di lutto migratorio, i cui sintomi sono conseguenti a fattori di stress estremi, allontanamento forzato, viaggio migratorio, mancanza di obiettivi e fallimento del progetto migratorio, isolamento sociale e difficoltà di adattamento nel paese ospite. Questa condizione tuttavia non è inserita ufficialmente dall'OMS nella classificazione dei disturbi mentali.

² Nell'analisi dell'immigrazione algerina in Francia, Abdelmalek Sayad (2002) conia il termine "doppia assenza" per indicare la condizione del migrante che lo rende solo parzialmente assente dal Paese di provenienza e al tempo stesso non pienamente presente nel Paese ospite. Sayad definisce il migrante come "Atopos" come colui che è "fuori luogo, senza luogo" in entrambi i Paesi che ne definiscono la sua non-esistenza da un punto di vista identitario.

Rispetto a questa popolazione più generale, i richiedenti asilo e rifugiati costituiscono numeri decisamente inferiori (si stima circa lo 0,31% della popolazione italiana), quindi in teoria più che gestibili con un minimo di programmazione. Tuttavia, da un lato una programmazione non sufficiente a cui hanno provato a dare un impulso varie linee guida ministeriali e regionali, ad oggi con risultati ancora insoddisfacenti, dall'altro lato bisogni di salute specifici e complessità clinico-terapeutiche, rendono questa popolazione degna di un focus particolare.

La seconda premessa è necessaria rispetto all'approccio culturale in salute mentale. Visti i numeri, è probabile che a regime un paziente su dieci che acceda ai servizi di salute mentale sia di origine straniera (in diverse realtà è già così). Stando così le cose, è impensabile creare centri specificamente etnopsichiatrici per tutti, per cui diventa necessario che tutti i servizi acquisiscano le competenze di base per affinare la propria sensibilità culturale e per utilizzare adeguatamente l'apporto dei mediatori culturali, in modo da poter dare risposte territoriali adeguate. Rispetto a questo scenario generale, come vedremo i richiedenti asilo e rifugiati possono avere esigenze sanitarie più specifiche e pertanto per loro possono essere organizzati percorsi ed equipe dedicati. In questo caso, visti i numeri inferiori, si può anche pensare di accentrare le competenze in un servizio per ogni ASL, a meno che l'estensione territoriale non sia tale da compromettere la fruizione del servizio a persone che abitano in posti distanti dalla struttura.

Fatte queste doverose premesse, la prima domanda da porsi è: di cosa soffrono i richiedenti asilo ed i rifugiati? Oltre a quanto riportato sopra, ci sono condizioni più specifiche?

Il profilo di salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati

I dati epidemiologici disponibili su questo argomento sono influenzati da vari fattori. Innanzitutto, dove è stata fatta l'indagine? Una cosa è farla in un contesto clinico, dove accede un'utenza già preselezionata dal bisogno sanitario, un'altra cosa è farla in un centro di accoglienza piuttosto che nella popolazione generale, altra cosa ancora è farlo tra coloro che sono finiti a vivere per strada.

Poi, in che periodo? I quadri psicopatologici cambiano nel tempo, per cui una cosa è fare l'indagine allo sbarco, altra è dopo sei mesi o anni.

Altra questione è: con quali strumenti è stata effettuata l'indagine? Perché a seconda se la diagnosi sia stata fatta in modo clinico, con interviste più o meno strutturate, con questionari autosomministrati, etc., cambia il profilo sanitario e di conseguenza i numeri dei casi positivi divergono.

Infine, occorre considerare la tipologia "legale". I rifugiati sono i titolari di protezione internazionale, ovvero coloro che hanno ricevuto parere positivo dalla commissione territoriale

(o, in caso di ricorso, dal tribunale) circa la loro domanda d'asilo (usualmente rifugiati veri e propri e titolari di protezione sussidiaria vengono accorpati). Tutt'altra questione è invece quella dei richiedenti asilo, perché questa è una categoria estremamente eterogenea. Essa include: a) coloro che hanno fatto domanda d'asilo e aspettano la commissione territoriale; b) coloro che sono stati diniegati in commissione ma attendono l'esito del ricorso; c) coloro che sono stati "dublinati", ovvero hanno fatto la richiesta d'asilo in un altro paese europeo e lì si sono accorti che erano entrati in Europa attraverso l'Italia, e quindi per competenza ci vengono mandati indietro; d) ultimamente anche quelle persone che, entrate dai Balcani o da altre rotte, hanno fatto richiesta in un paese europeo, lì sono state dinegate e siccome temevano che li deportassero nei paesi di provenienza hanno deciso di venire in Italia e riprovare qui a fare una nuova domanda, sperando che il nostro paese sia più "morbido". La tipologia è meramente legale-amministrativa, ma dietro queste differenze ci sono tortuosi percorsi di vita e dunque varie reazioni psicologiche che non possono non essere rilevanti per il risultante profilo di salute mentale.

Ciò detto, non tutte queste differenze sono state considerate nei report scientifici, per cui vediamo cosa effettivamente viene riportato, privilegiando gli studi sulla popolazione presente in Italia.

In generale si può dire che la letteratura è concorde nel ritenere che i disturbi mentali più frequenti nei rifugiati e richiedenti asilo siano di tipo reattivo, ovvero il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), la Depressione Reattiva, le Sindromi Ansiose e da Disadattamento. Altri sintomi sono spesso secondari al disturbo reattivo di base (ad es. abuso di sostanze come tentativo di gestione dei sintomi più disturbanti, somatizzazioni e in particolare cefalee tensive secondarie a stress, etc.). Nello specifico, il PTSD è il disturbo di solito più frequente, riscontrato già nelle prime settimane dopo lo sbarco (Crepet et al., 2017). In questo studio la sua prevalenza è del 31% (seguito da Depressione, 20%, e Disturbi d'Ansia, 11%). In realtà, però, questo è un dato con ogni probabilità sovrastimato, perché riportato sui 385 soggetti che accettano di sottoporsi a una valutazione psicologica, mentre la popolazione di partenza era di 668 persone che avevano partecipato a gruppi psicoeducazionali (a loro volta una sottopopolazione degli ospiti dei centri, il cui numero non era specificato nell'articolo). I dati sui centri di accoglienza in una fase più avanzata ci dicono che ha un PTSD il 40% di coloro che hanno una sofferenza psicologica, che sono il 36% del campione (Nosè et al., 2018). Quindi, in questo studio effettuato sui centri SPRAR (gli attuali SIPROIMI, ma in una fase in cui tra gli utenti c'erano anche richiedenti asilo e non solo persone già titolari di protezione) la prevalenza del PTSD sul totale degli ospiti testati si attesterebbe sul 14,4%, dunque più bassa rispetto a Crepet et al. (2017). In un altro studio, che ha il vantaggio di valutare sia i CAS che gli SPRAR ma lo svantaggio di usare

una metodologia indiretta, la prevalenza è ancora più bassa. In questo caso, una diagnosi di PTSD era stata fatta al 4,53% degli ospiti, più frequentemente tra quelli dei CAS che degli SPRAR (5,16 vs 3,97%), seguita dalle diagnosi di Disturbo dell'Adattamento e Disturbi dell'Umore (Petta, 2019). Qui è probabile che il dato fosse sottostimato in quanto una parte dell'utenza potrebbe essere sfuggita alla formalizzazione diagnostica, non essendo stata valutata dal punto di vista psicologico. Comunque sia, nella popolazione dei richiedenti asilo e rifugiati si può asserire con buona affidabilità che i disturbi sono di tipo reattivo (dato concorde tra gli studi) e che la prevalenza del PTSD, che è il disturbo più frequente (anche questo è un dato concorde) si attesti tra il 5 ed il 30% a seconda della popolazione studiata e della metodologia di ricerca. Siamo insomma ben lontano da un'epidemia, però sono persone che stanno male e la cui sintomatologia interferisce non poco nel percorso di adattamento alla società ospitante, per cui vanno considerate con grande attenzione.

Rispetto agli altri fenomeni psicopatologici più frequentemente riportati in questa popolazione, un dato da sottolineare è quello delle dipendenze, soprattutto da alcool, cannabis e farmaci. Su questo non ci sono molti dati epidemiologici ma è esperienza abbastanza concorde degli operatori sul campo che siano problematiche frequenti, che tendono ad aumentare quanto più le persone si trovano in uno stato di marginalizzazione (massimo tra le persone senza dimora). Si ritiene che una quota di questi comportamenti di abuso sia da considerarsi come un tentativo, in sé ancora più problematico del problema da risolvere, di gestire i sintomi più disturbanti, soprattutto l'iperarousal e l'insonnia, tipici dei pazienti traumatizzati così come delle persone che rimuginano circa i loro problemi attuali di disadattamento sociale.

Rispetto all'espressione somatica della sofferenza mentale, le cosiddette somatizzazioni, varie ricerche (ad es. Aragona et al., 2011 e 2012a) mostrano che esse sono estremamente frequenti: almeno un quarto dei pazienti (25,6%) visitati in servizi di medicina di base dedicati ai migranti presenta una sindrome da somatizzazione, con conseguenti importanti ricadute per la terapia. Ad esempio, scambiare una somatizzazione per un dolore infiammatorio comporta la prescrizione inappropriata di antinfiammatori, con rischi di cronicizzazione e di possibili danni iatrogeni. Dall'altro lato, ed è questo il dato più rilevante in questa sede, i migranti con PTSD hanno più somatizzazioni, quasi tutti i sintomi di PTSD sono più frequenti nei somatizzatori, e all'aumentare del numero di sintomi post-traumatici aumenta significativamente il rischio di avere una sindrome da somatizzazione. Le somatizzazioni sono state interpretate come un sintomo sentinella di una possibile patologia post-traumatica nascosta: la persona traumatizzata può non parlare della sua sofferenza post-traumatica, la quale rimane sostanzialmente invisibile, mentre può richiedere un aiuto per i sintomi che esperisce nel corpo. È allora importante che i

medici, così come gli operatori che si occupano di accoglienza e assistenza, siano preparati a cogliere nelle somatizzazioni la spia di una possibile violenza subita.

Un altro ambito di grande interesse legato alla sintomatologia post-traumatica, e tipico di richiedenti asilo e rifugiati, riguarda le funzioni cognitive. Infatti, l'aver subito traumi intenzionali importanti comporta problematiche a livello di concentrazione e memoria, di fissazione ma anche di rievocazione di ricordi autobiografici (cfr. su quest'ultimo punto Petta et al., 2018). In particolare, nei richiedenti asilo e rifugiati politici con Disturbo da Stress Post-Traumatico e depressione è stata rilevata una difficoltà ad accedere a ricordi specifici della propria vita (Graham et al., 2014). Questo fenomeno è definito come Overgeneral Memory, esso può derivare dall'interruzioni del processo di recupero della traccia mnesica, in cui la ricerca viene troncata a livello generale senza che si verifichi l'accesso a memorie più specifiche. Un ruolo centrale può essere determinato da ruminazioni e quindi anche da pensieri intrusivi, da deficit di codifica dell'informazione, dall'evitamento di emozioni negative correlate ad eventi traumatici o ancora da problematiche di controllo esecutivo. Questi dati sono confermati anche da studi precedenti su richiedenti asilo e su altri gruppi di pazienti con PTSD (Moradi et al., 2008; Lagarde et al., 2009; Koso et al., 2012).

Un ulteriore problema a carico della memoria autobiografica è anche la coerenza della traccia mnesica riportata a distanza di un certo arco temporale. Herlihy et al. (2002) hanno rilevato la presenza di maggiore discrepanza soprattutto nei dettagli periferici delle memorie autobiografiche di richiedenti asilo intervistati sul ricordo di due eventi, uno traumatico e l'altro non traumatico.

Infine, anche il dominio delle funzioni esecutive è stato indagato in relazione a sintomi post-traumatici e da analisi della letteratura scientifica emergono frequentemente associazioni negative tra PTSD e funzioni esecutive (Stein et al., 2002; Kanagaratnam & Asbjornsen, 2007; Leskin & White, 2007; Woon et al., 2017). Nello specifico Ainamani et al. (2017) hanno rilevato, in richiedenti asilo e rifugiati politici, la presenza di una correlazione negativa tra gravità sintomatologica post-traumatica e performance in test valutanti le funzioni esecutive in un gruppo di rifugiati congolesi, in particolare nelle donne. Un ulteriore studio ha inoltre segnalato difficoltà in numerosi domini cognitivi: problemi di ragionamento astratto e scarsa flessibilità cognitiva, lentezza nell'esecuzione di compiti, difficoltà di attenzione (Kiaris et al., 2020). Nello studio di Nosè et al. (2018) i problemi di concentrazione emergono tra i sintomi più frequenti tra gli ospiti degli SPRAR (nel 22% delle persone accolte, ovvero nel 60% di quelli che riportano difficoltà psicologiche), mentre il report di Petta (2019) segnala difficoltà nell'attenzione, nelle capacità di apprendimento e nella pianificazione rispettivamente nel 14,8, 12,6 e 10,1% degli ospiti di CAS e SPRAR.

In generale, lo studio del funzionamento cognitivo richiede una riflessione sulla validità culturale degli strumenti usati, per cui va considerato come preliminare. Tuttavia poiché una compromissione del funzionamento cognitivo della persona ha un impatto anche sul funzionamento psico-sociale e quindi a catena sull'integrazione nel paese ospite, resta un piano da considerare con attenzione nella valutazione delle possibili vulnerabilità.

Infine, una finestra a parte va aperta sulla psicosi. Occorre dire da subito che c'è concordanza tra i vari rilevamenti epidemiologici che i tassi di psicosi siano bassi in termini assoluti, anche se essere giovane migrante in difficoltà socioeconomica significa mettere assieme tre fattori di rischio che aumentano il rischio relativo di incidenza di psicosi (Lasalvia et al., 2014). Tuttavia, anche se i tassi appaiono bassi in numeri assoluti, un dato interessante emerge da un recente studio sui tassi di ricovero psichiatrico. Infatti, in Italia i tassi di ricovero per patologie psichiatriche tra gli stranieri erano tradizionalmente più bassi di quelli tra gli italiani, e questa dinamica è rimasta invariata anche negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda i migranti in generale. Se invece si seleziona la popolazione dei giovani maschi provenienti dai paesi da cui attualmente arrivano i richiedenti asilo, si vede che successivamente al 2011 la curva dei tassi di questo sottogruppo si è impennata superando di molto sia quella degli altri migranti, sia quella degli italiani (Aragona et al., 2020). In sostanza, è come se in questa popolazione vi fosse una vulnerabilità maggiore che porta più spesso le persone a ricoverarsi, e ciò coincide temporalmente con la disgregazione dello stato libico, con il conseguente caos che ha portato a un aumento delle partenze (anche di persone che non avevano preventivato di venire in Europa) e a un aumento delle gravi esperienze traumatiche in quel paese (incarcerazioni, percosse, lavoro forzato, malnutrizione e disidratazione, abusi e violenze fisici e sessuali, torture). La fonte ministeriale da cui quello studio prende i dati (le schede di dimissione ospedaliera) non consente un'analisi più fine in base alla scolarità, all'essere o meno un effettivo richiedente asilo/rifugiato eccetera. Tuttavia, i dati sono sufficienti a suggerire che in quella popolazione qualcosa di nuovo stia avvenendo, che il profilo di salute mentale non sia più buono come quello dei migranti arrivati nelle epoche precedenti, e questo pone una sfida al sistema sanitario nazionale. Suggerimento, questo, confermato anche da un'indagine qualitativa condotta su un campione di operatori sociali e psichiatrici in Italia: "Dalle interviste effettuate sia con il privato sociale con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti, sia di psichiatri operanti in strutture pubbliche, è emersa una diversa tipologia del migrante attuale che spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta e in assenza di un progetto migratorio chiaro" (Medici Senza Frontiere, 2016).

Traumi, difficoltà vitali ed accoglienza

Come visto, gran parte delle problematiche di salute mentale presentate dai richiedenti asilo e rifugiati è di tipo reattivo a situazioni di vita e in particolare a eventi traumatici. In psicotraumatologia si parla di eventi potenzialmente traumatici per riferirsi a quegli eventi che la persona subisce direttamente o di cui è testimone, o di cui viene a conoscenza se riguarda persone della sua stretta cerchia, caratterizzati da “morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale” (American Psychiatric Association, 2013). Negli ultimi anni ancor più che in passato, a causa degli stravolgimenti geopolitici in seno a molti paesi africani e asiatici, per i richiedenti protezione internazionale ognuno di questi eventi può essere occorso, ed in più vi è spesso una specificità legata al fatto che nei casi di esposizione a situazioni di violenza, essa sia di tipo intenzionale. Ciò vuol dire che qualcuno ha perpetrato su qualcun altro atti brutali volti a infliggere dolore e/o morte in modo volontario e consapevole. Questo comporta una maggior peculiarità del trauma, definito anche “trauma estremo”: violenze interpersonali ripetute, praticate volontariamente da una persona e/o da un gruppo, in una situazione di privazione della libertà. Spesso i richiedenti asilo e rifugiati sono “migranti forzati”, nel senso che sono stati costretti a lasciare il proprio paese d’origine proprio a causa di eventi che li hanno esposti a esperienze traumatizzanti, per cui il trauma vissuto nel paese di provenienza è un importante fattore nella catena causale che conduce al PTSD che osserviamo in Italia. Tuttavia non tutte le persone esposte ad eventi psicotraumatici sviluppano effettivamente un PTSD, in quanto non c’è una relazione causa-effetto diretta ma sono presenti dei fattori intermedi quali le caratteristiche della persona esposta al trauma, le sue difese psicologiche (resilienza e capacità di *coping*), le sue appartenenze culturali, familiari e religiose, il modo in cui ha integrato l’evento nella propria esperienza soggettiva e culturale, da cui deriva poi il vissuto di tale esperienza, e il senso che gli ha dato. Inoltre, lo sviluppo di un eventuale PTSD dipende anche dal contesto nel quale l’episodio traumatico è avvenuto e dagli eventi che sono succeduti al trauma. Alcuni di essi possono mitigare gli aspetti traumatizzanti, mentre altri invece costituiscono una catena drammatica, che ne complica ulteriormente gli esiti. Questo ci introduce al concetto di traumatizzazione secondaria, con il quale si intende la riattivazione dell’esperienza traumatica attraverso nuovi eventi. Nel caso dei nostri pazienti, il passaggio in Libia è di grande rilievo, perché fonte di gravi e sistematiche violenze interpersonali, in condizioni di vita estreme. Quasi non c’è donna subsahariana che non sia stata stuprata in Libia, così come non c’è uomo rinchiuso in centri di raccolta, governativi o meno, che non sia stato almeno percosso brutalmente e ripetutamente, fino ad arrivare a torture ed esecuzioni sommarie. E poi c’è l’attraversamento del Mediterraneo, con i naufragi, i blocchi navali, etc., eventi che di nuovo possono avere effetti ritraumatizzanti. Così, si può dire che la maggior parte

delle persone arriva in Italia con esperienze traumatogene pregresse (nel proprio paese e/o durante il viaggio), per cui non sorprende che il PTSD sia la reazione psicopatologica più frequente che osserviamo in Italia.

A tutto ciò si sommano le difficoltà che si ritrovano dopo l'arrivo in Europa, quando la loro condizione di vulnerabilità li espone a ulteriori ritraumatizzazioni, per vari motivi come: a) la non sufficiente tutela di alcune parti del sistema di accoglienza (si pensi ad esempio ai migranti ospitati in centri sovraffollati dove è più probabile che avvengano frizioni tra gruppi di ospiti); b) le situazioni traumatiche legate alle nuove barriere interne (si pensi ai migranti, spesso famiglie con anziani e bambini, che ai confini balcanici si sono visti sparare contro pallottole di gomma e lacrimogeni); c) il fatto che una parte delle persone esce dal circuito dell'accoglienza. Ad esempio, i transitanti che si allontanano prima di venire registrati e, in questo momento, i titolari di protezione umanitaria (che rischiano di essere allontanati dai centri per effetto della legge 132 del 2018, finendo per strada e innescando fenomeni di marginalizzazione sociale che rende più probabile l'esposizione a nuovi soprusi ed esperienze traumatizzanti). Questi eventi, oltre ad avere un possibile effetto psicotraumatico intrinseco per la loro gravità (si pensi alle violenze sulle donne vittime di tratta), spesso sono patogeni perché riattivano il vissuto traumatico originario al quale vengono associati. Sono poi da considerare ulteriori difficoltà vitali post-migratorie (noia, discriminazione, scarso accesso ai servizi, lungaggini burocratiche, preoccupazioni per la propria vita e per quella dei familiari, paura dell'espulsione, povertà eccetera). Le ricerche dimostrano che le difficoltà vitali post-migratorie (PMLD) hanno un ruolo patogeno definito. In particolare, il rischio di sviluppare un PTSD nei rifugiati e richiedenti asilo sembra aumentare con una maggiore esposizione a più esperienze di questo tipo, con un aumento di gravità dei sintomi, una resistenza al processo terapeutico e una maggior difficoltà nel processo di integrazione sociale (Aragona et al., 2012b).

Tutto ciò per quanto riguarda il PTSD, ma abbiamo anche visto che tra le reazioni psicopatologiche più frequenti nella popolazione di cui stiamo parlando vi sono disturbi dell'umore (principalmente depressioni reattive) e disturbi dell'adattamento, questi ultimi legati alle difficili condizioni post-migratorie di cui si è appena detto, ma senza che vi sia un quadro post-traumatico: la persona è preoccupata, non dorme perché rimugina sulle cose che lo preoccupano (il permesso di soggiorno, il lavoro, la condizione dei familiari rimasti nel paese d'origine, etc.), lamenta mal di testa, etc. Di nuovo, ridurre le PMLD avrebbe un effetto potente sulla prevenzione di queste problematiche. Infatti, se ridurre il rischio di incorrere in esperienze traumatiche pre-migratorie è complesso, e necessita di un lungo lavoro a livello internazionale contro le disuguaglianze e la conflittualità in molte zone del mondo, i tempi sono decisamente più brevi per intervenire sulle difficoltà di vita post-migratorie. Del resto, un miglioramento del

sistema di accoglienza dipende dalla responsabilità diretta del paese ospitante, per cui è facilmente modificabile purché lo si voglia.

Detto ciò, un altro aspetto rilevante che attiene alla fase dell'accoglienza nel paese ospitante è quello relativo ai bisogni di salute. Infatti, nel momento in cui emerge un quadro di sofferenza, diventa importante intercettarlo prontamente perché con un adeguato supporto le cose possono migliorare, evitando ricoveri d'urgenza e/o cronicizzazione. Purtroppo i dati ci dicono che a parte pochi centri specificamente dedicati ai migranti, i servizi di salute mentale non brillano per apertura, tanto che in una indagine nell'8,33% dei centri lo psicologo intervistato riferisce che il paziente viene accompagnato al Centro di Salute Mentale (CSM) da un operatore perché se va da solo viene mandato via senza prendere appuntamento (Petta, 2019). Nello stesso report i CSM hanno punteggi di valutazione bassi (mentre va un po' meglio per i reparti psichiatrici (SPDC)) ad indici come "disponibilità ed empatia del personale", "disponibilità di mediatori culturali", livello di formazione, sia in psicopatologia delle migrazioni che nella gestione delle reazioni post-traumatiche, e "disponibilità alla presa in carico". Insomma, se è vero che un'accoglienza che metta al centro la relazione creando un ambiente favorevole all'incontro ha già valore terapeutico, perché consente alla persona di recuperare la sua dignità riscoprendosi capace di rapporti interpersonali (Mazzetti e Geraci, 2019), i servizi sanitari e in particolare quelli di salute mentale territoriale devono fare ancora molto in questa direzione.

Conclusioni

Dall'analisi di quanto riportato in questo capitolo emerge un quadro complesso di fattori che possono avere un impatto negativo sulla salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati politici. È quindi necessario tenerne conto nella relazione terapeutica, considerando il ruolo degli eventi pre-migratori, migratori e delle difficoltà vitali post-migratorie. In primis è necessaria una maggiore sensibilità culturale che possa far fluire il processo terapeutico permettendo al paziente di agganciarsi ad un percorso di cura e di accedere ad esso non solo in casi di emergenza. Altro aspetto rilevante è la necessità di fare prevenzione attraverso interventi mirati come ad esempio fornire supporto nel periodo precedente alla valutazione della commissione territoriale, nonché durante il periodo di attesa. Queste attività favoriscono la prevenzione del disagio psicologico e di eventuali ritraumatizzazioni dovute anche all'inconsapevolezza rispetto all'iter da seguire per la richiesta d'asilo, al non essere preparato alle domande e all'eventuale diniego, etc. Attività che aiutino a dare un senso a questa esperienza spesso spaesante appaiono quindi utili. Infine, su un ulteriore piano, è necessario che queste persone vengano supportate anche nel processo di integrazione nel paese ospite attraverso interventi che favoriscano l'istruzione e l'avviamento professionale.

Bibliografia

Achotegui J. (2015) *The Ulysses syndrome: the immigrant syndrome with chronic and multiple stress*. Amazon (Kindle edition).

Ainamani H.E., Elbert T., Olema D.K., Hecker T. (2017) PTSD symptom severity relates to cognitive and psycho-social dysfunctioning—a study with Congolese refugees in Uganda. *European journal of psychotraumatology*, 8:1283086.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Aragona M., Pucci D., Carrer S., Catino E., Tomaselli A., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2011) The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *AnnIstitSup Sanità*, 47:207-213.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012b) Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *It J Pub Health*, 9:67-74.

Aragona M., Rovetta E., Pucci D., Spoto J., Villa AM. (2012a) Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17:477-491.

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

Crepet A., Rita F., Reid A., Van den Boogaard W., Deiana P., Quaranta G., Barbieri A., Bongiorno F., Di Carlo S. (2017) Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health*, 11:1.

Graham B., Herlihy J., Brewin CR. (2014) Overgeneral memory in asylum seekers and refugees. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 45:375-380.

Greenhalgh T. (2016) *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 49); [cited 2017 Jun 16]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesisreport-49.pdf

Herlihy J., Scragg P., Turner S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories—Implications for the assessment of asylum seekers: Repeated interviews study. *Bmj*, 324(7333), 324-327.

Kanagaratnam P., Asbjørnsen A.E. (2007) Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal of anxiety disorders*, 21:510-525.

Kiaris F., Petta A.M., Begotaraj E., Libertas M., Lai C., Spitoni G.F. (2020) Profilo cognitivo nei migranti con sintomi post-traumatici. Abstract presentato al Congresso Nazionale SIMM, Roma.

Koso M., Sarač-Hadžihalilović A., Hansen S. (2012) Neuropsychological performance, psychiatric symptoms, and everyday cognitive failures in Bosnian ex-servicemen with posttraumatic stress disorder. *Review of psychology*, 19:131-139.

LaGarde G., Doyon J., Brunet A. (2010) Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. *Psychiatry research*, 177:144-149.

Lasalvia A., Bonetto C., Tosato S., Zanatta G., Cristofalo D., Salazzari D., Lazzarotto L., Bertani M., Bissoli S., De Santi K., Cremonese C., De Rossi M., Gardellin F., Ramon L., Zucchetto M., Amadeo F., Tansella M., Ruggeri M.; PICOS-Veneto Group. (2014) First-contact incidence of psychosis in North-Eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. *Br J Psychiatry*, 205:127-134.

Leskin L.P., White P.M. (2007) Attentional networks reveal executive function deficits in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 21:275.

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

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

Moradi A.R., Herlihy J., Yasseri G., Shahraray M., Turner S., Dalgleish T. (2008) Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta psychologica*, 127:645-653.

Nosè M., Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Cucchi F., Padoan C., Ruggeri M., Barbui C. (2018) Prevalence and Correlates of Psychological Distress and Psychiatric Disorders in Asylum Seekers and Refugees Resettled in an Italian Catchment Area. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20:263-270.

Petta A.M., Kiaris F., Aragona M., Begotaraj E., GobboCarrer E., Curcio V., Lai C., Spitoni G.F. (2018) Cultural adaptation of the Lifespan Memory Interview in the Asylum Seekers (LMI-AS). *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 11:19-31.

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

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

Stein M.B., Kennedy C.M., Twamley E.W. (2002) Neuro psychological function in female victims of intimate partner violence with and without post traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52:1114-1119.

Woon F.L., Farrer T.J., Braman C.R., Mabey J.K., Hedges D.W. (2017) A meta-analysis of the relationship between symptom severity of Posttraumatic Stress Disorder and executive function. *Cognitive neuropsychiatry*, 22:1-16.

LA LEGGE DI RIFORMA PSICHIATRICA: UN TRAGUARDO DI CIVILTÀ TRA

ORGANIZZAZIONE E DIRITTI

di *Giulio Corrivetti*, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale - Asl Salerno

Premessa

Il secolo scorso è stato attraversato da flussi, correnti e movimenti che hanno caratterizzato la storia del nostro popolo esaltandone alcuni contrasti ed accelerando le innovazioni coerenti con lo sviluppo e con il progresso della nostra cultura. Tante sono state le riforme che hanno emancipato il nostro paese nel panorama internazionale attraverso battaglie, riconoscimenti e leggi a tutela dei diritti da garantire ai cittadini. Tali riforme hanno donato al nostro Paese un riconoscimento internazionale di paese umano, garantista, innovatore e proteso verso la modernità. Tra queste innovazioni va annoverata la riforma sanitaria e, prima di quella la riforma della psichiatria, con le quali sono stati infranti i limiti ed i pregiudizi, superando il confine dell'impossibile e dimostrando che la salute fisica e quella mentale sono un bene che una società civile deve garantire ai suoi cittadini. Ricordiamo, tutti, che la Legge di riforma psichiatrica anticipò di sei mesi l'emanazione della Legge 833/78. La Salute Mentale diveniva un bene da tutelare, in ogni individuo, con strategie sanitarie e sociosanitarie. La salute pubblica era un diritto e non un lusso quale prodotto di azioni tese alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione del cittadino nel suo contesto di vita. Quella Legge disciplinava l'istituzione del servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale a cui si attribuivano funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale, nell'ambito di una Unità Sanitaria Locale (allora definite perciò U.S.L.) e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute (anche questo, fatto innovativo in quanto fino a quel momento la tutela del malato di mente assolveva ad un mandato custodialistico e non sanitario). Quella Legge sanciva e disciplinava il graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici. In tal modo il mondo della salute assumeva le funzioni in materia di assistenza psichiatrica, subentrano nella gestione esercitata dalle province, e dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e dagli altri enti pubblici che, all'atto dell'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, provvedevano al ricovero ed alla cura degli infermi di mente.

Il panorama attuale

Oggi, a quarant'anni dalla emanazione di quelle Leggi innovative, è apparso ancor di più, grazie alle evidenze scientifiche, che la salute è il prodotto di una interazione virtuosa e convergente di

tutti i sistemi che ne sono coinvolti: il sociale, il sanitario, l'istruzione, la ricerca, la giustizia, etc. La salute fisica e la salute mentale non si tutelano con la semplice erogazione di prestazioni professionali, se pur di alta qualità e di alto profilo professionale, ma dal mantenimento, nel tempo, di tutte le condizioni che tutelano il benessere, che promuovono la partecipazione attiva dei cittadini, riconoscendo i diritti dei più fragili riducendo le condizioni di rischio e promuovendo le condizioni di protezione dallo stress ambientale. Rispettando, cioè il ruolo dei determinanti sociali della salute e delle malattie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'indomani del mutamento epocale sancito nel 1978 in Italia ha cavalcato costantemente i valori ed il modello sottoscritto nel nostro paese. Un momento significativo della nostra storia che si consumava mentre, nel nostro paese, altri contrasti esplodevano nelle piazze e nella politica, macchiando le pagine dell'epoca di episodi incresciosi ed anche di grande pericolo. Un anno, quello, veramente ricco di contraddizioni e di anticipazioni.

Certo, in questo clima così problematico, ma tanto vivido di fermenti culturali e sociali, la "Legge Basaglia", attraverso la chiusura dei manicomi, aprì un varco definitivo ad alcune sacrosante verità che la scienza, la clinica, le evidenze, più che le scienze sociali ed il Diritto, hanno confermato essere giuste. E' difficile individuare (tra tutte le lotte del novecento) una battaglia altrettanto valorosa per la difesa degli ultimi. Battaglia che fu seguita con tanto entusiasmo sulle pagine della stampa e sui media dell'epoca.

Il servizio dipartimentale per la tutela della salute mentale

All'atto della emanazione delle legge di riforma psichiatrica, i servizi per la tutela della salute mentale furono programmati per avere una forma dipartimentale al fine di garantire una presa in carico degli individui portatori di un bisogno di assistenza psichiatrica, anche lungo tutto l'arco della vita ed al fine di realizzare programmi di intervento atti a privilegiare le soluzioni extra ospedaliere, la continuità terapeutica e la reintegrazione nel tessuto sociale, articolandosi, per questo scopo, con gli altri presidi sanitari e sociali del territorio. I compiti del servizio si declinavano attraverso le funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, garantendo la continuità e la organicità degli interventi sul territorio con prestazioni ed attività ambulatoriali e domiciliari, provvedendo in modo coordinato e programmato a realizzare anche interventi finalizzati ad una politica di educazione sanitaria.

I servizi territoriali sono stati strutturati per garantire la continuità e la organicità degli interventi e delle attività realizzando interventi orientati a corrispondere ai reali bisogni della propria utenza, privilegiando le soluzioni extraospedaliere. Per far ciò, l'assistenza alternativa al ricovero ospedaliero è attuata promuovendo iniziative e utilizzando, in funzione terapeutica, risorse e

strutture adeguate in grado di seguire le persone nei loro luoghi di vita, finalizzate alla restituzione dell'utente al tessuto sociale ed alla prevenzione del ricovero ospedaliero, strettamente inserite nella realtà sociale del territorio in modo da consentire la partecipazione della collettività.

Il D.S.M. delle AA.SS.LL è oggi un Dipartimento Strutturale a Direzione unica. E' una macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale. Gestisce le risorse del DSM. Esso programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti operando mediante l'integrazione socio-sanitaria. Il Dipartimento agisce attraverso le *Unità Operative di Salute Mentale (UU.OO.S.M.)*, che sono strutture complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuale. Esse provvedono alla realizzazione delle attività descritte sopra, assumendo, per una data area territoriale, tutte le funzioni di direzione e coordinamento dei percorsi di cura degli utenti di quella comunità. Le UU.OO.S.M. hanno il proprio baricentro nei Centri di Salute Mentale.

Il sistema dei servizi per la cura e la presa in carico

Un sistema di cura per la salute mentale è garantito dall'insieme di tutti i servizi pubblici e privati che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita. In un certo senso questo sistema rappresenta la missione stessa del Dipartimento di Salute Mentale, nel cui ambito programmatico e gestionale sono inseriti, in molte regioni d'Italia, anche i percorsi e le strutture per la gestione delle dipendenze patologiche e delle patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva. Tale sistema è organizzato in rete con adeguate interconnessioni tra servizi articolati ed integrati con gli altri servizi sanitari e sociali e specializzati su più livelli di attività in forma multidisciplinare.

Pertanto, i *Centri di Salute Mentale* si posizionano in prima linea, quali centri di regia delle direzioni di trattamento e di presa in carico dei singoli utenti. Essi mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria per adulti e, in alcune zone, rappresentano anche l'unica struttura che rappresenta l'intera Unità Operativa, con i suoi ambulatori periferici (in posizione di spoke). Essi rappresentano la sede di accesso ordinario dell'utenza, ove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione; assumono la missione di garantire continuità assistenziale e costituiscono il baricentro della intera rete dei servizi; mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche nel settore ospedaliero, nell'area residenziale ed oggi anche in quello penitenziario, per gli autori di reato.

I *Centri di Salute Mentale*, hanno il mandato di determinare la regia dei singoli percorsi di cura e la risposta ai bisogni emozionali, cognitivi e comportamentali di una data popolazione, anche attraverso l'integrazione socio-sanitaria che è metodo necessario per la gestione del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti. Questo è il più importante mandato istituzionale.

Tali Centri gestiscono anche i percorsi ospedalieri e quelli residenziali che, così, possono essere decisi, autorizzati e coordinati dal personale che tiene in cura quotidianamente il paziente. Il CSM con queste sue funzioni assume in sé la responsabilità, di fatto, di limitare gli accessi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi Cura e favorire la territorializzazione delle cure, anche attraverso gli interventi residenziali. Per realizzare questi obiettivi, il personale deve operare con la metodologia del lavoro personalizzato, (che sarà rivalutato periodicamente) sulla base di un Piano Terapeutico Riabilitativo individualizzato (PTRI). Questo strumento è diventato, oggi, il sistema di gestione e di valorizzazione degli interventi attraverso i criteri gestionali del *case management* e del *project management*.

In questo scenario si è inteso spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, con interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie, al raggiungimento delle mete significative della vita personale, incluse le legittime aspirazioni di recupero di un ruolo sociale e di inserimento lavorativo.

L'approccio psicosociale, così concepito, tende a valorizzare le abilità della persona, i suoi talenti, responsabilizzando lui ed il suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all'*empowerment* ed alla condizione di massima libertà di azione e di possibile autonomia. Un lavoro sui diritti e sul riconoscimento delle differenze e delle marginalità dei singoli deve favorire modalità riabilitative, concordate con l'intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l'auto-mutuo aiuto, l'abitare supportato e l'avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione professionale;

Il CSM è coinvolto nel sistema di comunità, così come le altre articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale (dalle NPIA ai SerD agli Enti Locali, etc...) e contribuisce a promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, prestando la propria opera e le proprie competenze alle agenzie sociali del territorio.



I Centri Diurni (Attività semiresidenziali)

Per quanto attiene ai centri semiresidenziali (o centri diurni), va definito che tali strutture sono strettamente collegati ai Centri di Salute Mentale, sviluppando e realizzando i protocolli di riabilitazione psicosociale descritti, condivisi e rivalutati per il singolo paziente, anche con modalità gruppal e valorizzando le specificità dei singoli.

La Unità Operativa di Salute Mentale assicura le funzioni della riabilitazione psico-sociale attraverso queste strutture semiresidenziali, che devono essere ubicate in idonei locali con adeguati spazi sociali, ma soprattutto devono essere valorizzate dalla grande competenza riabilitativa degli operatori, orientando gli interventi sulle evidenze scientifiche. I progetti riabilitativi personalizzati sono attivati sia in sede che nel mondo reale dell'utente. Per i pazienti con una forte compromissione del funzionamento personale e sociale (ad es.: schizofrenia ad esordio precoce ed a prevalenti sintomi negativi con compromissione cognitiva) l'ambiente semiresidenziale svolge sia una funzione di supporto, che una funzione abilitativa. Per i pazienti con prevalente compromissione relazionale e sociale l'attività semiresidenziale rappresenta una opportunità formativa e risocializzante, ma soprattutto svolge una azione di mediazione delle complessità della vita.

Nelle attività semiresidenziali, le famiglie, oltre che portatrici di bisogni, diventano spesso risorse virtuose di gestione e promozione dei cambiamenti terapeutici.

Il settore residenziale per adulti

Ogni UOSM dispone di soluzioni abitative (Comunità protette, Case famiglia, Gruppi appartamento), al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni e secondo piani personalizzati d'intervento.

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999). Il percorso in regime residenziale fa sempre capo ad una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale a prevalente impronta riabilitativa (PTRI). Pertanto, l'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale. La Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nella classificazione delle prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica a ciclo continuo (residenziale), ha individuato due macrotipologie: 1 prestazione *terapeutico-riabilitativa*, e 2 prestazioni *socio-riabilitative*.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale: 1. Residenze a trattamento intensivo; 2. Residenze a trattamento protratto; 3. Residenze a trattamento socio-riabilitativo.

Il settore residenziale psichiatrico si è sviluppato inizialmente come alternativa all'Ospedale Psichiatrico per favorire i processi di deistituzionalizzazione. Ha poi conosciuto una espansione consistente, probabilmente sovradimensionata, sulla base di bisogni emergenti di ampliamento delle opportunità riabilitative in contesti alternativi alla ospedalizzazione. Ovviamente occorre ribadire che il Centro di Salute Mentale resta il punto di progettazione, coordinamento e governo dei percorsi clinico- assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche per tutta la durata della permanenza in residenza.

Il Sistema di Emergenza-Urgenza

L'insieme dei servizi sanitari del territorio (extraospedalieri) fornisce anche le risposte alla emergenza- urgenza nel campo psichiatrico. L'urgenza è una situazione acuta e grave che richiede intervento terapeutico immediato (ad es.: crisi di agitazione o maniacali, crisi deliranti e/o allucinatorie, crisi d'ansia o depressive). Precisiamo, qui, che ogni documento e disposizione normativa che ha trattato il tema dell'emergenza psichiatrica ha sempre ripreso e sostenuto il principio cardine della riforma psichiatrica, che ribadisce l'importanza della prevenzione del maggior numero possibile delle emergenze, tramite una presenza territoriale continua. Proprio i Centri di Salute Mentale sono tenuti a formulare un apposito piano delle emergenze-urgenze: in questo Piano vanno definite le procedure per la effettuazione di trattamenti sanitari volontari

ed obbligatori (ASO e TSO) ed i percorsi di gestione della emergenza-urgenza tesa alla minore istituzionalizzazione possibile, riducendo o evitando, per quanto possibile, il ricorso al ricovero presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è la struttura, a valenza dipartimentale, che provvede alla esecuzione degli accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori in condizione di degenza ospedaliera nei confronti delle persone affette da malattie mentali. Proprio il Servizio psichiatrico ospedaliero concorda con le Unità Operative territoriali del DSM i protocolli di collaborazione, il programma terapeutico, nonché le modalità ed i tempi delle dimissioni dei pazienti afferenti a ciascuna delle UU.OO.S.M.

All'interno dei servizi ospedalieri i processi di cura devono essere ispirati alla massima appropriatezza: vanno esplicitate le linee di condotta interne volte a ridurre le restrizioni imposte al paziente. Ogni forma di limitazione delle libertà deve essere rigorosamente formalizzata ed i diritti alla informazione del paziente rigorosamente rispettati. Le pratiche di contenzione fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato.

Il sistema di comunità

Le politiche per la tutela della salute e del benessere di una comunità, la necessaria attenzione ai determinanti sociali della salute mentale impongono un assetto gestionale ed una previsione che fonda sul di un particolare concetto di salute, intesa quale bene la cui tutela sia un valore prima ancora che un esito. Se la mission generale di un Dipartimento di Salute Mentale -in quanto sistema di assistenza psichiatrica territoriale — rimane quella di occuparsi della prevenzione, cura e riabilitazione della totalità delle malattie mentali, la sua mission specifica, come sistema psichiatrico organizzato per garantire una gamma di interventi "essenziali", va formulata a partire dalle politiche sanitarie definite a livello nazionale o regionale e dalle strategie locali (regionali o aziendali) di allocazione delle risorse. Si tratta, in definitiva, di stabilire una gerarchia delle funzioni, considerando che la mission gerarchicamente prioritaria del DSM consiste nell'intercettare e accogliere i bisogni, trovare risposte e dar voce a chi è fragile e marginale nella comunità.

In questa prospettiva, oltre ad azioni di cura e riabilitazione, vanno considerate le attività di prevenzione e promozione attraverso dinamiche che possano coinvolgere una intera collettività. Al di fuori di questa prospettiva la disciplina psichiatrica, quale disciplina medica, si limita semplicemente ad una prestazione professionale a prevalente impronta clinica su obiettivi di malattia e non di salute e benessere psichico quale sistema più ampio di tutela della salute della mente dei cittadini.

Perciò il sistema si rivolge alla sfera sociale e collettiva, essendo fortemente influenzata dalle modalità del vivere sociale, dai cicli economici e dalla vitalità delle istituzioni di un territorio. La dimensione di un sistema di comunità crea una integrazione tra servizi con un ruolo determinante degli Enti Locali. Un sistema così concepito si basa su concetti e su di una operazionalità e su interventi a forte integrazione socio-sanitaria.

La visione dei servizi basati sulla psichiatria di comunità, che è emersa dalle esperienze alternative italiane e da tutti gli atti normativi, ha focalizzato la prospettiva di sviluppo nel modello dipartimentale quale modello organizzativo di riferimento, nella centralità del servizio pubblico, nell'approccio di accreditamento istituzionale più che professionale, nella centralità, infine, della presa in carico dei pazienti affetti da disturbi mentali, sia gravi che meno gravi.

Ogni intervento sulla salute mentale dei cittadini attribuisce il valore ad una specifica anima sociale, così, ogni intervento sociale non può prescindere dalla dimensione della salute e del benessere soggettivo degli esseri che compongono una comunità. Questo è il fondamento della integrazione sociosanitaria che si declina attraverso i *percorsi individuali del singolo utente*. Ed è anche il motivo per cui, in ogni ambito territoriale, si debba agire attraverso strumenti multi-professionali come le Unità di Valutazione Integrate (UVI) che rappresentano il sistema operativo con cui si realizza tale integrazione. Un Piano Individualizzato viene discusso, articolato nei suoi percorsi e lo si sottoscrive dopo un lavoro multidisciplinare di équipe. Questa è la modalità per coinvolgere integralmente le responsabilità degli Enti Locali.

Una domanda che, a più di 40 anni dalla emanazione della legge "Basaglia", è legittimo porsi oggi è se i Dipartimenti di Salute Mentale, nella loro attuale configurazione organizzativa e funzionale, siano ancora dei servizi di psichiatria di comunità. Perché questa domanda? Perché si è registrato in molte aree del territorio nazionale una riduzione dei valori e delle metodologie che hanno caratterizzato, inizialmente, il sistema dei servizi pubblici ed il modello comunitario di essi. Oggi è legittimo riproporsi l'obiettivo di rifondare l'orizzonte teoretico ed operativo della medicina e della psichiatria di comunità, sulla base delle nuove evidenze scientifiche, sulla base dei capovolgimenti sociali epocali a cui stiamo assistendo, al fine di ricostruire un modello coerente sotto il profilo tecnico, scientifico e valoriale. L'aziendalizzazione del sistema sanitario ed i mutamenti dei percorsi tecnici della cura hanno determinato una profonda modificazione dell'organizzazione e delle pratiche di assistenza psichiatrica territoriale.

Si tratta, in definitiva e come sempre, di ripartire dai servizi e dalle pratiche concrete per cercare di capire le criticità, ma anche le più moderne ed innovative potenzialità.

L'integrazione socio-sanitaria

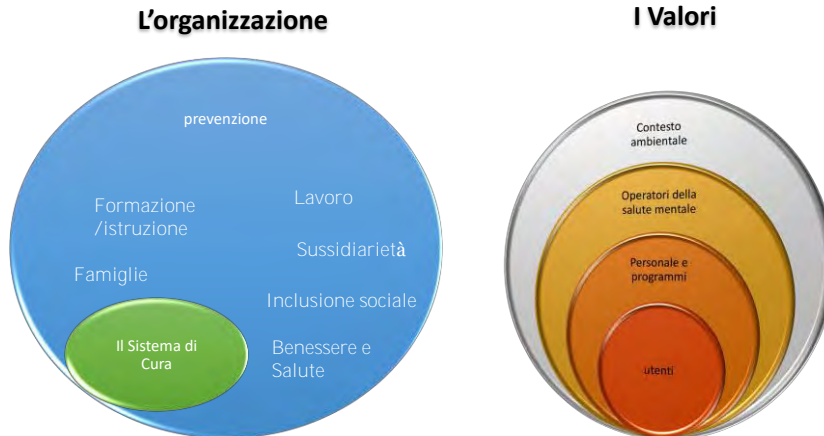
Da quanto detto, si evince che l'integrazione socio-sanitaria nel campo della salute mentale definisce vari ambiti di azione che caratterizzano il sistema sanitario di Comunità. Tali azioni, infatti, nel rispetto dei LEA, si declinano sull'asse degli interventi territoriali, sull'asse di quelli semiresidenziali ed in ultimo di quello residenziale.

Cosa si intende per livello territoriale dell'assistenza? Si intende la dimensione non ospedaliera dell'assistenza, prioritaria nel seguimento a lungo termine (anche su tutto l'arco della vita) degli utenti. Tale obiettivo prioritario per la tutela della salute mentale di una popolazione muove in prima istanza da un piano di *prevenzione* attraverso una azione di coordinamento di tutti gli attori e tutte le forze che contribuiscono allo sviluppo di un dato territorio, coinvolgendo i suoi attori ed i suoi sistemi (quelli del mondo della salute, del mondo dell'istruzione, del mondo della giustizia, del mondo del sociale, etc.). La struttura dipartimentale garantisce la valorizzazione sia della prevenzione primaria che di quella secondaria. Il lavoro di rete si avvantaggia proprio del raccordo tra Enti (Provincia, Comuni, Scuola, ASL) per produrre intese in tema di prevenzione delle disabilità e di recovery degli utenti. Il passo successivo è caratterizzato dalla *Promozione della salute mentale*. La promozione della salute mentale consiste nel contrastare gli atteggiamenti legati alle condizioni di stigma, di emarginazione e di discriminazione che contaminano la sofferenza degli utenti e dei loro familiari. Tale azione si esplica attraverso la diffusione di una sana cultura del benessere personale e sociale, implementando i valori della solidarietà, e del riconoscimento sociale, che costituiscono il patrimonio più nobile di una comunità, effettuando iniziative di promozione del diritto di cittadinanza attiva e partecipata dei cittadini con disturbi mentali.

Altra istanza è *l'impegno alla Sussidiarietà*: si orientano i servizi alla persona sulla base dei bisogni, sulla base della dimensione relazionale e sui valori della soggettività e dei diritti della persona. Oggi più che mai serve un impegno per la ricerca di risposte innovative a supporto dei bisogni personali e sociali delle persone affette da disturbi mentali.

Lo schema che segue esemplifica le interrelazioni tra contesti, culture e valori in un sistema sociosanitario moderno.

Il Contesto Sociale – il Mandato – La cultura del DSM



Tratta da Cohen M, 1989, Farkas D.

Importante, ancora una attenzione a garantire una presa in carico complessiva e globale che ci avvicini agli utenti soprattutto mediante un lavoro domiciliare soprattutto in forma integrata (sociale e sanitaria), al fine di assicurare il valore aggiunto dell'assistenza e della socializzazione, a garanzia del principio di cittadinanza e di eguaglianza, affinché la persona con disturbi mentali posseda gli stessi diritti di ogni altro cittadino. Serve per questo un impegno a sostegno del reddito, con tutti gli strumenti disponibili, come le borse lavoro o altri contributi economici.

Infine le *politiche abitative*: nell'ultimo decennio, in psichiatria di comunità si sono diffuse pratiche innovative di abitare supportato, o "residenzialità leggera". Vengono messi in evidenza i paradigmi per lo più impliciti che attraversano queste pratiche, condizionandone le caratteristiche e gli esiti, e una breve rassegna della letteratura che consenta di metterne a fuoco i principi fondamentali. Vivere autonomamente in un'abitazione degna ed autonoma, e integrata nel tessuto sociale, è ovviamente ritenuto un obiettivo "ideale" del trattamento e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, oltre che un esito dei processi terapeutici. L'abitazione supportata (supporting housing), rappresenta un approccio, che si è diffuso in vari paesi, accreditandosi come *best practice*. Esso rappresenta un ribaltamento è perciò fondato innanzitutto sulla disgiunzione fra alloggio e assistenza. Ne consegue che il bisogno di alloggio e bisogno di assistenza possono essere messi a fuoco e valutati separatamente. Si può rispondere ai bisogni di cura e assistenza con una casa "vera e propria", dignitosa e non transitoria, oltre ad una rete flessibile di assistenza domiciliare.

Ed infine, gli *inserimenti lavorativi*: la legge 180 del 1978 ha determinato, per i pazienti psichiatrici, la possibilità di riappropriarsi dei propri diritti, ma la questione tuttora aperta nelle pratiche di Salute Mentale è come trasformare il diritto da formale a sostanziale: la cittadinanza del paziente psichiatrico, infatti, non è la semplice restituzione dei suoi diritti formali, ma la

costruzione dei suoi diritti sostanziali ed è solo dentro tale costruzione (affettiva, relazionale, materiale, abitativa, produttiva) che sta l'unica riabilitazione possibile. I pazienti psichiatrici, da sempre, sono stati "messi a lavorare" per passare il tempo, per la produzione di oggetti artistici, per sostituirsi al lavoro del personale della struttura, quale metodo occupazionale, ma sterile di riabilitazione. Il lavoro così inteso ha avuto un valore sterile, tanto per passatempo o come pretesa terapeutica dove, però, tutto era sempre uguale a sé stesso e non produttivo. Nelle esperienze alternative al manicomio, inizialmente a Trieste, le prime esperienze furono realizzate attraverso le cooperative di lavoro, così che fin dal 1972, fu sancita la fine dell'ergoterapia a favore di un pieno diritto al lavoro.

Oggi le forme dell'inserimento lavorativo, hanno finalità anche molto diverse, avendo abbandonato la logica a favore della piena autonomizzazione lavorativa completa che si concretizza attraverso veri e propri tirocini formativi e percorsi di inserimento. Tra le forme di riabilitazione per le quali esistono maggiori evidenze scientifiche, la metodologia degli inserimenti lavorativi rappresenta una tra le più accreditate.

Il Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale

Il Ministero della Salute ha emanato nel 2014 un *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* che inquadra il mandato istituzionale in materia all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e punta a garantire l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi terapeutico-riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie e che si articola in queste quattro aree:

- a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari terapeutiche-riabilitative e socio riabilitative, secondo il progetto terapeutico individuale;
- b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale, secondo il progetto terapeutico individuale;
- c) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il progetto terapeutico individuale;
- d) prestazioni assistenziali e socio-riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, sia in regime residenziale nella fase di lungo-assistenza che nella comunità, secondo il progetto terapeutico individuale.

Il Ministero della Salute, su indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato questo "Piano di azioni nazionale per la salute mentale". esso tiene conto di una serie di indicazioni internazionali definite nella Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008), nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, e

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita in Italia con legge 18/ 2009, le Linee di Indirizzo per la Salute Mentale del 20.3.2008 ed il Patto per la Salute 2010-2012. Da un punto di vista metodologico, la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi, prevede la definizione degli obiettivi di salute mentale per la popolazione, la definizione delle azioni e degli attori, ed infine definisce i criteri e gli indicatori di verifica e di valutazione, che attualmente il Ministero della Salute sta monitorando attraverso il “tavolo interregionale salute mentale”.

Esso individua alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offre indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da focalizzare. A tal fine seleziona alcuni *bisogni prioritari* su cui elaborare i percorsi di cura che possono essere ricondotti all’area degli esordi – intervento precoce, all’area disturbi comuni, all’area disturbi gravi persistenti e complessi, all’area dei disturbi dell’infanzia e adolescenza.

La metodologia di lavoro indicata si articola essenzialmente in percorsi di cura e programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei Centri di Salute Mentale e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti, come esemplificato di seguito nella tabella riassuntiva di metodo:

Quindi la metodologia suggerita si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione, come indicato nello schema che segue:

PERCORSI DI CURA nell'ambito dei programmi innovativi di intervento da attivare					
AREE/BISOGNI	INTERVENTI TERRITORIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTEGRAZIONE	RETI NATURALI FAMIGLIA EMPOWERMENT	RAPPORTO OSPEDALE – TERRITORIO	PROGRAMMI RESIDENZIALI RIABILITATIVI ASSISTENZIALI
<i>Esordi Interventi precoci</i>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	Scuole, MMG e PLS, Piani di Zona, Distretto, DSM-NPIA	Famiglia, Centri di aggregazione, Auto Mutuo Aiuto, Cooperazione e Agenzie del lavoro	DEA, SPDC, Pediatria	Centri Diurni, Comunità terapeutico-riabilitative
<i>Disturbi comuni (depressione, disturbi d'ansia)</i>	Consulenza Assunzione in cura	MMG, Distretto	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto	DEA, Psichiatria di Liaison in ambito ospedaliero	
<i>Disturbi gravi e complessi</i>	Presoincarico (Intervento integrato, Case manager)	MMG, Comuni, Piani di Zona	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto, Associazioni, Volontariato, Cooperazione e Agenzie Lavoro	DEA, SPDC Medicina interna (Neurologia, Geriatria)	Strutture riabilitative e assistenziali, RSA, residenzialità leggera e social housing
<i>Disturbi in Infanzia e Adolescenza</i>	Consulenza Assunzione in cura Presoincarico	NPIA-DSM, Scuole, PLS, Consultori, Piani di Zona, Distretto	Famiglia, Centri di aggregazione, Associazioni, Volontariato	DEA, Pediatria, Neonatologia e Servizi ospedalieri dedicati	Comunità terapeutiche per minori, Strutture residenziali socio sanitarie, Comunità educative, Centri semi residenziali terapeutici, Servizi innovativi, ecc.

Analoga metodologia, si ritiene, debba essere acquisita, da parte dei servizi territoriali italiani per la presa in carico dei problemi emotivi, cognitivi e comportamentali dei migranti.

La psicoterapia nel servizio pubblico

Questo problema ci porta ad affrontare un altro punto, quello della pratica della psicoterapia nei servizi pubblici, e cioè, più esattamente, di cosa si intenda per psicoterapia nei servizi pubblici, se e come la psicoterapia nel pubblico possa essere diversa da quella praticata nel privato. Questo problema è spesso trattato tramite una ricca serie di luoghi comuni e stereotipi culturali. Ad esempio: si dice che la psicoterapia nel privato è "migliore" da quella nel pubblico. Ogni fenomeno può essere diverso da un altro, ma questa affermazione non ci dice gran ché se non si specifica bene quali sono le differenze. E qui nascono le difficoltà di andare oltre i luoghi comuni. Vediamo allora alcuni di questi luoghi comuni: la possibilità di trasporre la psicoterapia, da un contesto privato a uno pubblico, appare un'operazione complessa, soprattutto se intesa come semplice riproduzione di un trattamento, all'interno del quale si concretizza un rapporto a due, tra un terapeuta e un paziente. La psicoterapia, in un contesto pubblico, deve tener presente alcune peculiarità relative alla diversità del setting.

In primo luogo, devono essere effettuate considerazioni legate ad aspetti concreti del setting, tra i quali la struttura fisica del Dipartimento, l'organizzazione degli spazi e dei tempi, la relazione con un'équipe ed i tempi dedicati al lavoro. Ciononostante, la propensione ad un assetto di psicologia clinica nei Centri di Salute Mentale, rappresenta un indicatore di buona qualità dei servizi. Pertanto, la psicoterapia condotta in un Dipartimento di Salute Mentale comporta la considerazione di un *meta-setting* costituito dalla struttura nel suo complesso, che va a definire la relazione operatore-utente in merito a diversi aspetti tecnici. In un contesto come quello di un Dipartimento di Salute Mentale, il rapporto tra alleanza terapeutica e transfert arriva a comprendere elementi appartenenti alla struttura pubblica. L'alleanza terapeutica va ridimensionata in un setting più ampio in cui tutti gli operatori diventano oggetto di proiezioni, identificazioni e vissuti transferali.

Conclusioni

Nei manicomi tutte le persone erano uguali a sé stesse, ogni storia dei singoli scadeva in una profonda omologazione alla marginalità, alla regressione alla neurodegenerazione. Solo l'inaugurazione di una rete pubblica di servizi, territoriali ed ospedalieri, preparati ad accogliere ogni volto della sofferenza psichica, ogni forma di disturbo psichiatrico, ogni bisogno di cura, in qualunque epoca della vita dell'individuo, ha permesso di rimodulare i manuali della psichiatria, le categorie e le diverse espressioni dei destini personali. Non più l'inguaribilità, non più il ricorso

all'esclusione, ma la declinazione dei diversi moduli funzionali e strutturali coordinati in una rete dipartimentale di servizi sia ambulatoriali, che residenziali, che ospedalieri. In questi strati interagenti le caratteristiche differenti dei diversi disturbi del comportamento sono apparse più distinguibili nelle loro specificità e caratteristiche categoriali e dimensionali, nelle loro multiformi manifestazioni, fino a riuscire a focalizzare quanto la dimensione biologica, quella psicologica ed il ruolo dei fattori ambientali sviluppasse una tavolozza più ricca di identità psicopatologiche. Differenze e confronti hanno restituito alla psichiatria, attraverso la sua epidemiologia ed attraverso la clinica, un flusso ricchissimo di dati sulla base dei quali è stato possibile individuare il ruolo dei fattori di cura e quello dei fattori di rischio, determinanti per arricchire le statistiche di guarigione. La psichiatria, così, è entrata, finalmente di diritto nelle discipline mediche e, da questo nuovo baricentro, ha contribuito alla comprensione dei meccanismi fisiopatologici, ponendo in evidenza le tante analogie che accomunano i disturbi della mente con altre malattie. L'aumento di incidenza di tante patologie ha imposto al sistema sanitario di spostare sempre più il baricentro dell'assistenza sui poli territoriali in alternativa a quelli ospedalieri (come aveva delineato, fin dall'inizio, lo schema euristico dei servizi per la tutela della salute mentale) riscoprendo nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, di recente definizione, l'asse virtuoso per la gestione extraospedaliera delle cronicità.

Il manicomio nel mezzogiorno d'Italia ha rappresentato per alcune aree un centro di potere economico, di occupazione e di sviluppo locale, mentre, per i pazienti e le loro famiglie un destino di deportazione e di esclusione. Si pensi al fatto che l'elevata concentrazione di ospedali psichiatrici e di posti letto aveva fatto della nostra regione il luogo di deportazione di persone provenienti dalla Sardegna dalla Calabria dalla Sicilia. Persone che non godevano più di contatti con le loro famiglie anche per interi anni.

Uno spaccato della storia del mezzogiorno d'Italia nel secondo novecento è fortemente influenzata dalla cultura e dall'economia che circondano quella Istituzione. La Campania ha vissuto anche sull'industria dei manicomi (5 manicomi civili e 3 Ospedali Psichiatrici Giudiziari, tra Napoli e Salerno). La fase della critica e delle lotte per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici va dal 1965 al 1975 (sono gli anni dell'esperienza alternativa di Sergio Piro, consumata tra le mura dell'OP di Materdomini). La fase della riforma copre l'arco temporale che va dal 1976 al 1983, (il Frullone ed il Bianchi, ed in parte anche l'"Umberto I" di Nocera Inferiore ospitano gruppi di discussione, seminari, studenti di varie facoltà e specializzandi in psichiatria creando una officina di idee). Tutto quel fermento di riflessioni e di iniziative furono determinanti per partorire, poi, la Legge regionale della Psichiatria n. 1 del 1983; un esempio innovativo ed esemplare di organizzazione dipartimentale che rappresentò un modello unico ed originale

anche rispetto alle altre regioni italiane. Tutto ciò fu un preludio alla terza fase, caratterizzata dalla costituzione dei primi servizi territoriali e che possiamo inquadrare tra il 1984 ed il 2000.

Dal 1978 ad oggi nei servizi di salute mentale sono stati accolti sempre meno pazienti con schizofrenia e sempre più forme fluide e temporanee della sofferenza psicotica. La popolazione degli utenti è mutata: più utenti giovani con condizioni comportamentali multiproblematiche richiedono interventi e strategie terapeutiche multidisciplinari e complesse. Si è fortemente implementata la integrazione con la neuropsichiatria infantile e con i servizi per le dipendenze.

Oggi, i servizi di salute mentale sono basati sulla metodologia della "Recovery". Essa implica, accanto agli interventi ambulatoriali e domiciliari di tipo clinico, interventi di coinvolgimento sociale, di formazione, di sostegno al lavoro. Obiettivi della "recovery" diventano, così, tanto la guarigione clinica che la guarigione sociale fondata su criteri quali il "benessere soggettivo", la "qualità della vita", la "partecipazione sociale", l'"autonomia". Gli interventi di "Recovery" sono il perno della speranza in un futuro migliore fondato sulla contrattualità sociale, sul potere personale e sulla difesa dei diritti.

Cosa è avvenuto in questi quaranta anni: grandi speranze e grandi delusioni. Certamente maggiori strumenti terapeutici, ma anche la certezza di quanto altro si debba fare ancora per comprendere a pieno le problematiche del neurosviluppo e per partorire scoperte utili a rivoluzionare il campo della terapia.

Cosa ci hanno dimostrato le neuroscienze oggi: Il cervello è sociale ed è il risultato delle relazioni che lo plasmano e ne modulano la plasticità. Anche le neuroscienze, oggi, si definiscono sempre più come neuroscienze sociali. Quali scoperte si sarebbero realizzate su una popolazione di pazienti tutti uguali tra di loro e con il cervello in regressione funzionale? La scoperta italiana dei neuroni specchio, tra le tante scoperte fatte sul cervello in questi ultimi 40 anni, ha ulteriormente avvalorato la a-terapeuticità della istituzione manicomiale, più di quanto abbiano fatto la filosofia esistenzialista, la nascente sociologia, la politica e le psichiatrie alternative. Infatti, gli scienziati di Parma, 20 anni dopo la Legge Basaglia, hanno decretato che l'apprendimento umano, come quello di qualunque mammifero, è fondato innanzitutto sulla imitazione motoria, e che i cervelli risuonano di una consonanza intenzionale già nella fase prelinguistica, pre-logica e pre-razionale. È evidente, perciò, che chiunque, pur ricco di una sua storia, di una sua biografia e di un patrimonio identitario, finisse per imitare i comportamenti regressivi, mischiato, per tutto il tempo della propria vita, in saloni luridi e puzzolenti dove in numeri da sovraffollamento bellico, condividevano altalene dei corpi, il fumo incessante di sigarette ed un vociare indistinto, alternato ad urla che evocavano solo disperazione.

La Legge di riforma psichiatrica ha nobilitato il nostro paese; gli operatori che oggi impegnano le loro energie nel variopinto sistema di servizi per la tutela della salute mentale a difesa degli

ultimi e degli emarginati, difendono il traguardo di civiltà raggiunto nella nostra comunità: non era, e non è, sufficiente la tolleranza delle disabilità e delle diversità, ma il loro riconoscimento umano, sociale e giuridico. Questo traguardo apporta risorse e sviluppo all'umanità, alla scienza ed alla speranza in un futuro migliore.

TITOLARITÀ E ACCESSO EFFETTIVO DEI MIGRANTI FORZATI AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ALLA LUCE DELL'IMPATTO DELLE NORMATIVE RECENTI IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE

di Roberta Aria e Anna Brambilla, ASGI

Il presente contributo ha lo scopo di analizzare l'impatto sull'accesso effettivo dei migranti forzati, in particolare dei richiedenti protezione internazionale, ai servizi di salute mentale delle riforme introdotte dal d.l. 113/2018 convertito con l. 132/2018 con particolare riferimento alle modifiche in materia di accoglienza, iscrizione anagrafica e protezione umanitaria.

Al fine di procedere all'analisi proposta appare utile un breve inquadramento della relazione tra disagio mentale e protezione internazionale, alla luce della normativa italiana ed europea e delle indicazioni contenute nelle *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale* "pubblicate dal Ministero della Salute nel marzo del 2017.

Per il diritto dell'Unione europea, i richiedenti asilo che, a causa delle loro caratteristiche o circostanze individuali, risultano essere maggiormente vulnerabili costituiscono una categoria distinta di richiedenti protezione internazionale che gode di garanzie procedurali specifiche e condizioni di accoglienza particolari.

In questo senso, l'approccio del legislatore europeo appare essere parzialmente diverso da quello della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo che invece, a partire dalla nota sentenza resa nel caso M.S.S. c. Belgio e Grecia³, ha evidenziato come i richiedenti asilo debbano essere considerati come soggetti facenti parte di un gruppo particolarmente vulnerabile e svantaggiato titolare di un bisogno di protezione specifico, richiamando il principio secondo cui a determinate categorie di soggetti svantaggiati e vulnerabili doveva essere assicurata una protezione speciale rafforzata.

I vari atti che compongono il cd. Sistema comune europeo di asilo contengono definizioni aperte di vulnerabilità e disposizioni specifiche che, nell'intenzione del legislatore, dovrebbero essere finalizzate a garantire la necessaria attenzione ai bisogni particolari di cui i richiedenti protezione internazionale vulnerabili sono portatori.

³ Caso M.S.S. c. Belgio e Grecia, no. 30696/09, sentenza del 21 gennaio 2011.

In particolare, la Direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale include, all'art. 21, le "persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali e le persone che abbiano subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" tra le persone vulnerabili le cui esigenze di tutela dovrebbero essere tenute in particolare considerazione sia nell'organizzazione delle misure di accoglienza sia anche a fini procedurali.

Gli Stati membri devono inoltre provvedere affinché i richiedenti asilo che abbiano subito torture, stupri o altri gravi atti di violenza ricevano il necessario trattamento per il danno provocato da tali atti, accedano in particolare ad assistenza o cure mediche e psicologiche appropriate⁴ e garantire che i titolari di protezione internazionale vulnerabili ricevano assistenza sanitaria adeguata, secondo le stesse modalità previste per propri cittadini⁵.

Nonostante l'attenzione specifica riservata dal legislatore europeo ai richiedenti protezione internazionale vulnerabili, la trasposizione di tali disposizioni negli ordinamenti nazionali dei vari Stati appartenenti all'Unione Europea è avvenuta in modo molto disomogeneo, con conseguenti disparità nelle categorie di richiedenti considerati vulnerabili; per quanto concerne nello specifico i richiedenti affetti da disturbi mentali o psichiatrici, questi sono considerati persone vulnerabili solo negli ordinamenti nazionali di Italia, Polonia, Malta e Cipro mentre la Grecia include tra le persone portatrici di esigenze particolari quelle affetta da disturbo post traumatico da stress, in particolare i sopravvissuti e i parenti delle vittime dei naufragi⁶.

In l'Italia, la scelta del legislatore è stata quella di trasporre nell'ordinamento interno le disposizioni in materia di vulnerabilità contenute negli atti dell'Unione europea in modo sostanzialmente invariato, ampliando in alcuni casi la tutela concessa.

Secondo l'art. 17 del d. lgs. 142/2015 di attuazione della Direttiva 2013/33/UE e della Direttiva 2013/32/UE, le misure di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale devono tenere conto "della specifica situazione delle persone vulnerabili, quali i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali".

⁴ Art. 25 Direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale

⁵ Art. 29 Direttiva 2004/83/CE del 29 aprile 2004 recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta

⁶ AIDA, The concept of vulnerability in European asylum procedures, ECRE, 2017.

Per i titolari di protezione internazionale, l'art. 27 del d.lgs. 251/07 stabilisce che gli stessi, indipendentemente dalla loro vulnerabilità, abbiano diritto al medesimo trattamento riconosciuto al cittadino italiano in materia di assistenza sociale e sanitaria e prevedeva la predisposizione di interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che abbiano subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

Le *“Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”* elaborate, nell'arco di quasi tre anni, da un apposito Tavolo tecnico e pubblicate nel 2017 dal Ministero della Salute costituiscono l'attuazione di tale disposizione e rappresentano uno strumento importante per l'individuazione, presa in carico e certificazione delle vittime di torture e per la definizione dei capitolati d'appalto relativi ai centri di prima accoglienza ⁷.

Le Linee guida, in accordo con la legislazione nazionale, forniscono indicazioni affinché i servizi speciali per le persone vulnerabili⁸, da garantire anche nei centri di prima accoglienza⁹, siano assicurati anche in collaborazione con la ASL competente per territorio e sia altresì garantita la continuità terapeutico assistenziale anche nel passaggio di competenze tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria.

In generale, la normativa italiana prevede per i richiedenti e per i titolari di protezione internazionale l'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario nazionale¹⁰ nel cui territorio hanno la residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio hanno effettiva dimora, a parità di condizioni con il cittadino italiano¹¹; nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale sono comunque assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere

⁷ Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, pag. 7.

⁸ Le Linee guida si riferiscono sia ai richiedenti che ai titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza; secondo le Linee guida, circa il 25-30% dei rifugiati ha subito esperienze di tortura, stupro o altre forme di violenza estrema e le attività finalizzate a favorire l'individuazione delle vittime di tortura dovrebbero iniziare, compatibilmente con i diversi contesti di arrivo, il prima possibile, anche attraverso un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante (pagg. 31 ss.)

⁹ Art. 10 d.lgs. 142/2015.

¹⁰ Art. 34 d.lgs. 286/98

¹¹ Art. 42 apr 394/99

urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva¹².

Il documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane", adottato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2012¹³ per uniformare i percorsi di assistenza sanitaria per la popolazione straniera, prevede inoltre per i richiedenti protezione internazionale che ai fini dell'iscrizione sanitaria si debba prescindere dall'indicazione di domicilio riportata sul permesso di soggiorno e, in assenza di residenza, si faccia riferimento all'autocertificazione di effettiva dimora o alla dichiarazione di ospitalità.

Per quanto riguarda la salute mentale, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che ha ridefinito i Livelli essenziali di assistenza include tra le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti gli iscritti anche quelle riconducibili ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, compresa l'assistenza sociosanitaria semi-residenziale e residenziale¹⁴.

Se il quadro fin qui delineato appare chiaro, la tutela dei richiedenti protezione internazionale e dei migranti forzati portatori di esigenze particolari in ragione di disturbi mentali o di esperienze traumatiche subisce nella pratica rilevanti distorsioni.

Gli esempi del giovane maliano di Ballarò (cfr. pag. 40) e del richiedente asilo nigeriano (cfr. pag. 39) ospite di un Centro di Accoglienza Straordinario nel mantovano sono in questo senso esemplificativi.

Nel primo caso, il disagio esplode in un momento in cui la persona è già titolare di protezione sussidiaria ma è probabilmente dovuto a disturbi pregressi, insorti quando lo stesso era minorenne, e altrettanto probabilmente mai correttamente valutati. La risposta dei Servizi appare essere inadeguata anche nella fase successiva quando, nonostante il chiaro dettato normativo riguardo alla tutela della salute e all'accesso all'assistenza sanitaria anche in assenza di residenza, gli stessi si dichiarano incompetenti in ragione del fatto che lo stesso viene considerato privo di una dimora abituale.

¹² Art. 21d.lgs. 142/2015 e art. 34 d.lgs. 286/98

¹³ CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 20.12.2012: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome ". Repertorio Atti n.: 255/CSR del 20/12/2012

¹⁴ Secondo l'art. 33 del DPCM: "Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata.

Nell'altro caso, il disagio psichico che investe il richiedente protezione internazionale di origine nigeriana sembra determinato dagli ostacoli incontrati nel percorso migratorio; nonostante gli operatori del centro si rendano conto del suo malessere, questo viene inizialmente sottovalutato dal medico di base poi trattato attraverso TSO e terapie farmacologiche e solo alla fine, con un grande sforzo di coordinamento e un rilevante impegno di risorse, affrontato attraverso una presa in carico dei servizi territoriali che si rivela adeguata.

Nonostante le tutele offerte dal nostro ordinamento, richiedenti protezione internazionale, titolari di protezione internazionale, migranti vittime di tratta e di grave sfruttamento e altre categorie di cittadini stranieri vulnerabili continuano ancora oggi a vedersi negata la piena tutela del diritto alla salute, inteso anche come benessere psico-fisico, sia in ragione di prassi illegittime e di barriere linguistico-culturali che in molti casi impediscono di fatto l'accesso ai servizi sia anche di decisioni politiche adottate a livello nazionale e regionale.

In questo senso, lo stesso Accordo Stato Regioni del 2012 sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera è stato attuato in modo diverso dalle Regioni italiane¹⁵.

Per quel che riguarda le Regioni di interesse per la presente ricerca, mentre la Regione Lombardia¹⁶ si è limitata a prevedere, in via sperimentale, l'iscrizione al SSR dei minori figli di genitori stranieri non regolarmente soggiornanti, senza contestuale assegnazione del pediatra di base, senza nulla prevedere riguardo alle altre indicazioni contenute nel documento, la Regione Lazio¹⁷, la Regione Campania¹⁸ e la Regione Sicilia¹⁹ hanno recepito interamente l'accordo, intervenendo in misura minima sui suoi contenuti sempre con riferimento ai minori.

In particolare, la Regione Lazio nel documento accompagnatorio al decreto di attuazione rileva come, nonostante quanto previsto dall'accordo, sia di fatto impossibile procedere all'iscrizione al SSN dei minori stranieri figli di genitori non regolarmente soggiornanti in ragione dell'assenza del codice fiscale.

La Regione Sicilia invece tramite apposita circolare si è preoccupata di definire il percorso operativo che le aziende sanitarie devono adottare al fine di provvedere all'iscrizione al SSR dei minori stranieri comunitari e non comunitari possessori rispettivamente di Codice Eni ed Stp

¹⁵ Per approfondimenti si rimanda al Dossier Accordo Stato Regioni e P.A. elaborato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni <https://www.simmweb.it/archivio-sito/index-29.html?id=397>

¹⁶ Regione Lombardia Deliberazione X/1185 del 20/12/2013; si veda anche Circolare Regione Lombardia del 21 gennaio 2014: H1.2014.000215.

¹⁷ Decreto del Commissario ad Acta dell'8 marzo 2013 n. U00077

¹⁸ Regione Campania. Delibera Giunta Regionale n.111 del 27-05-2013

¹⁹ Regione Sicilia Decreto Assessoriale n. 1791 del 26-09-2013, pubblicato nella GURS n.49 del 31-10-2013; si veda anche Circolare Regione Sicilia- Assessorato alla Salute del 06-03-2014

mentre la Regione Campania ha previsto l'iscrizione al SSR esclusivamente ai minori non comunitari non regolarmente soggiornanti titolari di codice fiscale, ma non ai minori comunitari titolari di un codice Eni.²⁰

A livello nazionale, se nel periodo 2016 - 2017 il sistema ha cercato di reagire seppur con grandi difficoltà alla crescente necessità di trasformazione e di individuazione di strumenti adeguati a far fronte ai bisogni portati dal gran numero di richiedenti protezione internazionale provenienti dalla Libia²¹, gli interventi politico-normativi successivi hanno avuto effetti devastanti non solo sulla popolazione straniera ma anche su tutte quelle figure chiamate a prendersene cura.

Il d.l 4 ottobre 2018, n. 113 poi convertito con l. 1 dicembre 2018 n. 132 e l'adozione di un nuovo schema di capitolato d'appalto per i centri accoglienza²² hanno determinato l'esclusione dei richiedenti protezione internazionale e dei titolari di protezione umanitaria dall'accesso all'accoglienza di secondo livello, oggi denominata Siproimi²³, e la riduzione dei servizi di accoglienza garantiti all'interno dei Centri di prima accoglienza e dei centri di accoglienza straordinaria.

In particolare, i nuovi capitolati di appalto prevedono una riduzione della spesa pro die pro capite da 35 euro al giorno a 26-18 euro al giorno a seconda della tipologia e delle dimensioni nel centro, con una conseguente diminuzione del numero di operatori, un forte ridimensionamento dei servizi di mediazione linguistica, di assistenza sociale e di informativa legale e l'eliminazione del servizio di assistenza psicologica.

Sebbene si preveda che "gli ospiti dei centri hanno accesso alle prestazioni del servizio sanitario nazionale" e che "è inoltre assicurato un servizio complementare di assistenza sanitaria calibrato in relazione alla tipologia ed alla dimensione dei centri", di fatto la riduzione della spesa impedisce un'adeguata presa in carico dei soggetti più vulnerabili soprattutto nella fase in cui non viene più prevista l'automatica esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

La totale assenza di indicazioni circa l'erogazione di prestazioni specificamente calate sulle esigenze dei soggetti vulnerabili, *in primis* per coloro che soffrono di disturbi psichiatrici o che

²⁰ Regione Campania. Delibera Giunta Regionale n.111 del 27-05-2013

²¹ Per una ricognizione degli strumenti elaborati si segnala, Tutela della salute dei migranti, Dossier del Sistema di Protezione per i Richiedenti Asilo e i Rifugiati, gennaio 2018.

²² Schema di capitolato di gara di appalto, approvato con dm 20 novembre 2018, riguardante la fornitura di beni e servizi per la gestione e il funzionamento dei centri di prima accoglienza, di cui al decreto legge 30 ottobre 1995, n. 451, convertito dalla legge 29 dicembre 1995 n. 563, dei centri di accoglienza di cui agli articoli 9 e 11 del d.lgs 18 agosto 2015, n. 142 e dei centri di cui all'articolo 10-ter e 14 del d.lgs 25 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni, con relativi allegati.

²³ Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati

sono vittime di tortura, rappresenta, secondo alcuni²⁴, una violazione dei obblighi derivanti dalla Direttiva accoglienza e dal d.lgs. n. 142/2015 e una mancata tutela del “nucleo essenziale” dei diritti fondamentali della persona, e in particolare dei richiedenti protezione internazionale, garantiti anche dalla Costituzione.

La nuova formulazione dell’art. 4 c. 1 e c. 1-bis d.lgs. 142/2015 in base ai quali il permesso di soggiorno per richiesta asilo costituisce documento di riconoscimento ma non costituisce titolo per l’iscrizione anagrafica è stata interpretata in modo divergente anche dai Giudici generando una confusione anche rispetto alla possibilità di iscrivere all’anagrafe i titolari di altre tipologie di permesso di soggiorno²⁵.

La permanenza nell’ordinamento di tutte le disposizioni prima richiamate riguardo all’accesso all’assistenza sanitaria dei cittadini stranieri anche in assenza di residenza e la previsione di cui all’art. 5 c. 3 d.lgs. 142/2015 per cui per i richiedenti asilo l’accesso ai servizi erogati sul territorio deve essere assicurato nel luogo di domicilio non ha impedito a molte ASL, banche, uffici postali, centri per l’impiego di escludere i richiedenti asilo da tutta una serie di diritti e servizi indispensabili non solo per favorire l’integrazione ma anche per evitare un peggioramento della situazione di precarietà e di possibili condizioni di malessere psico-fisico.

Analogamente, l’intervento del legislatore finalizzato ad eliminare la clausola atipica della protezione umanitaria, pur se smorzato poi dall’intervento giurisprudenziale²⁶, non ha solo creato confusione e tensione tra beneficiari, operatori e addetti ai servizi ma ha anche lasciato un vuoto di tutela che, come si esaminerà a seguire, è stato solo in parte colmato dall’introduzione di nuove tipologie di permesso di soggiorno.

Per le Commissioni territoriali prima e per i giudici dopo, la protezione umanitaria, che dava diritto ad un permesso di due anni rinnovabile e convertibile anche in un permesso di soggiorno per lavoro, rappresentava infatti una soluzione per offrire tutela a persone recanti diverse forme di vulnerabilità oggettiva e soggettiva compresa *“la sussistenza di gravi patologie o gravi condizioni psico-fisiche tali da non potere essere adeguatamente curate nel paese di origine”*²⁷.

²⁴ Cfr. Nicoletta Vettori, Servizio pubblico di accoglienza e diritti fondamentali dei richiedenti asilo. Profili di illegittimità della riforma introdotta dal d.l. 113/2018, Diritto, Immigrazione e Cittadinanza, Fascicolo n. 3/2019.

²⁵ Tra i vari contributi si segna, “L’iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo. Una ricognizione del paesaggio giuridico dopo la conversione del dl 113/2018”, Francesco Ferri e Livio Neri, disponibile al link <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/iscrizione-anagrafica-dei-richiedenti-asilo/>

²⁶ In particolare, con la sentenza n. 29460/2019 le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno aderito all’orientamento maggioritario, ritenendo irretroattivo il decreto sicurezza e confermando la necessità della valutazione comparativa per il riconoscimento della protezione umanitaria.

²⁷ La Commissione nazionale per il diritto d’asilo nell’ambito del proprio compito di indirizzo e coordinamento delle Commissioni territoriali, con la circolare 3716 del 30.07.2015, nell’indicare, in modo esemplificativo e non esaustivo, i casi di vulnerabilità in presenza dei quali le Commissioni, non ricorrendo le ipotesi per il

Inoltre, prima dell'entrata in vigore del d.l. 4 ottobre 2018, n. 113, il cittadino straniero colpito da una grave malattia o che versasse in una delicata condizione psicofisica poteva ottenere il riconoscimento della protezione umanitaria non solo a seguito del rigetto della propria domanda di protezione internazionale e la contestuale trasmissione degli atti al Questore competente, come già esaminato, ma anche a seguito di istanza presentata direttamente dal cittadino al Questore documentando appunto la sussistenza delle oggettive quanto gravi situazioni personali tali da non consentirne l'allontanamento da territorio Nazionale²⁸.

Con il dichiarato intento di tipizzare le forme di protezione complementare, il legislatore è intervenuto sul d.lgs. 286/98 introducendo tre nuove tipologie di permesso di soggiorno: quello «per cure mediche» (art. 19, comma 2, lett. d-bis) quello «per calamità» (art. 20-bis) e quello «per atti di particolare valore civile» (art. 42-bis).

Per quel che riguarda il permesso di soggiorno per cure mediche, occorre in primo luogo evidenziare che il rilascio di tale tipologia di permesso è direttamente collegato ad un divieto di espulsione finalizzato a tutelare il diritto alla salute.

Nello specifico, tale permesso di soggiorno trova la propria disciplina al comma 2 lettera d) bis dell'art. 19 in virtù del quale: "Non è consentita l'espulsione, salvo che nei casi previsti dall'articolo 13, comma 1, nei confronti degli stranieri che versano in condizioni di salute di particolare gravità, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese d'origine o di provenienza".

In tali ipotesi, la norma prevede che il questore possa procedere al rilascio di un permesso di soggiorno per cure mediche per il tempo attestato dalla certificazione sanitaria, comunque non superiore ad un anno, rinnovabile finché persistano le condizioni di salute di particolare gravità, valido solo nel territorio nazionale.

Con circolare n. 400/A/2019/12.214.18.2 del 18.01.2019 del Ministero dell'Interno-Dipartimento della Pubblica Sicurezza-Direzione centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere sono state inoltre fornite alla questure ulteriori indicazioni circa il rilascio di tale tipologia di permesso di soggiorno.

In particolare, è stata prevista la necessità di verificare, se ritenuto opportuno, sulla base della documentazione sanitaria prodotta, la mancanza della possibilità del richiedente di fruire di tali

riconoscimento della protezione internazionale, avrebbero dovuto trasmettere gli atti al Questore per il rilascio del permesso per protezione umanitaria, aveva fatto riferimento anche a questa specifica ipotesi, richiamando anche diverse pronunce della Corte di Cassazione.

²⁸ Art. 11 apr 394/99.

tipologie di cure mediche nel Paese di origine o di provenienza ovvero, qualora tali cure possano essere fornite, di richiedere una certificazione sanitaria attestante il rilevante pregiudizio alla salute che comporterebbe il viaggio di rientro del cittadino straniero nel proprio paese²⁹.

Con tale circolare, il Ministero ha inoltre precisato come la valutazione sulla possibilità o no per il cittadino straniero di ricevere cure adeguate nel paese d'origine non debba essere rimessa alla Questura ma alle competenti rappresentanze diplomatiche italiane o estere³⁰.

La normativa non disciplina la modalità di richiesta di tale permesso di soggiorno tuttavia, da un primo monitoraggio, è emerso come presso alcune Questure la domanda di rilascio di permesso di soggiorno possa essere effettuata esclusivamente dall'interessato presso gli uffici preposti, come conseguenti possibili difficoltà non solo per il rilascio ma anche per la richiesta di tale tipologia di permesso soprattutto in presenza di determinate patologie, mentre presso altre Questure la richiesta possa essere effettuata anche da un legale, munito di apposita procura tramite posta elettronica certificata.

Analogamente presso le Commissioni Territoriali, stante la mancanza di un'espressa disciplina sul punto, in presenza di richiedenti asilo colpiti da gravi patologie o che denunciano una delicata condizione psicofisica, si stanno registrando prassi discordanti.

In alcuni casi le Commissioni non valutano in alcun modo tali condizioni e/o patologie ritenendo di non avere nessuna competenza sul rilascio del permesso per cure mediche mentre in altri casi si limitano a rilevare come la condizione psico-fisica denunciata possa trovare tutela tramite il rilascio da parte della Questura del permesso per cure mediche, rimettendo di fatto la decisione alla Questura Territorialmente competente.

Le diverse prassi poste in essere da questure e commissioni territoriali si stanno rilevando gravemente pregiudizievoli per i migranti forzati in condizioni di estrema vulnerabilità, in particolare per i richiedenti asilo affetti da disturbi psichici, ai quali in molti casi non viene più riconosciuta alcuna forma di tutela.

Ciò è tanto più vero se si considera che il permesso di soggiorno per cure mediche, anche in ragione della sua durata limitata soggetta a valutazioni discrezionali riguardo al rilascio e al rinnovo, appare essere potenzialmente idoneo a offrire una tutela in presenza di patologie

²⁹ Contrariamente alle prassi riscontrate presso alcune Questure, dalla lettura di tale circolare si evince come, in presenza di determinate patologie, la circostanza che il cittadino straniero possa o meno ricevere la tipologie di cure richieste nel paese d'origine sia del tutto irrilevante, risultando determinate il pregiudizio alla salute, in caso di interruzione delle cure, che comporterebbe il viaggio di rientro del cittadino straniero nel proprio paese.

³⁰ Ciò comporta che, in caso di rifiuto di tale permesso, la Questura competente dovrebbe motivare lo stesso sulla base di un parere espresso dalla rappresentanza diplomatica in mancanza del quale si potrebbe presentare ricorso dinanzi al Tribunale ordinario, quale organo giudiziario competente per la valutazione sulla sussistenza o meno dei requisiti per il rilascio del permesso di soggiorno per cure mediche.

specifiche ma rischia di essere inadeguato in presenza di condizioni patologiche dovute a gravi disturbi psicofisici, che, nel caso dei migranti forzati, potrebbero essere provocati anche da torture e da maltrattamenti subiti nel paese d'origine o nel corso del viaggio.

Al fine di superare tale limite, occorrerà richiamare le Questure sulla necessità di interpretare la nuova norma in modo costituzionalmente orientato, anche sulla base di quel consolidato orientamento giurisprudenziale che aveva già riconosciuto la tutela del diritto alla salute quale limite all'espulsione del cittadino straniero³¹.

Allo stesso modo, risulterà ancora più fondamentale sollecitare le Commissioni territoriali a valutare, in presenza di un richiedente asilo affetto da disturbi psichici, sia l'origine di questi disturbi sia se lo stesso possa essere esposto, in caso di rientro in patria, "al rischio di una privazione intenzionale di cure"³² o ad atti di persecuzione tali da integrare i presupposti per il riconoscimento della protezione internazionale.

In questo senso, in attesa di interventi che consentano di far fronte alle conseguenze negative delle scelte normative dell'ultimo periodo, la consultazione di esperti "su aspetti particolari come quelli di ordine sanitario, culturale, religioso, di genere o inerenti i minori", prevista dal d.lgs. 25/08³³, e ancora poco utilizzata dalle Commissioni potrebbe rivelarsi una chiave di volta per riconoscere ai migranti forzati la giusta protezione quanto meno dal punto di vista giuridico.

³¹ A livello sovranazionale si segnala in particolare la sentenza resa dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nel caso Paposhvili c. Belgio (sentenza del 13/12/2016), con ha condannato il Belgio per violazione dell'art. 3 della Convenzione, modificando il suo precedente orientamento riguardo all'espulsione di migranti in gravi condizioni di salute (caso N. c. Regno Unito, 26565/05). Per quanto riguarda la giurisprudenza nazionale si vedano in particolare a Corte Costituzionale, sentenza n. 252/2001; Cass. SS.UU., sentenza, n. 14500. Per approfondimenti, Cecilia Corsi, Il diritto alla salute alla prova delle migrazioni, disponibile al link https://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/rivista_1_2019/Corsi.pdf

³² In questo senso, la Corte di Giustizia dell'Unione Europea sentenza della Grande Sezione resail 24 aprile 2018 nella causa C 353/16 relativa al riconoscimento della protezione sussidiaria in favore di richiedenti asilo affetti da traumi derivanti dalle torture inflitte nel paese di origine.

³³ Art. 8 d.lgs. 25/08.

DUE CASI SIGNIFICATIVI

MANTOVA

A., un giovane nigeriano di ospite di un CAS (Centro di Accoglienza Straordinaria), prima di ricevere il diniego della domanda della protezione internazionale non aveva mai manifestato alcun disagio, a parte qualche occasionale screzio con gli altri ospiti, che non aveva allarmato gli operatori del centro. Fin dal suo arrivo in Italia, è sempre stato accolto in strutture di piccole dimensioni e seguito individualmente. In concomitanza con il diniego della protezione internazionale, viene trasferito in un diverso centro di accoglienza, perché la struttura dove è accolto deve subire una ristrutturazione.

Il ricorso ha esito negativo e, sebbene si avvii il ricorso in appello, il diritto all'accoglienza per A. viene meno. Il ragazzo comincia a mostrare segni di disagio evidenti: si fa trovare appostato al buio in camera di altri, dorme per terra davanti alla porta del custode. I due psicologi della cooperativa provano a contattare il CPS (Centro Psico Sociale) pubblico: ottengono un appuntamento a 3 mesi. Cercano di sollecitare l'intervento attraverso una segnalazione del medico di base, che però a sua volta non ravvisa alcuna urgenza.

Nei giorni successivi la situazione precipita. A. lascia il centro a piedi, in pieno inverno, seminando i vestiti dietro di sé: viene trovato nella notte seminudo, sdraiato sulla carreggiata di una rotonda extraurbana, in stato di ipotermia. Si procede al primo ricovero in SPDC. Alle dimissioni, si valuta di inserire A. di nuovo in un CAS, ma anche in una struttura di piccole dimensioni la situazione non è più sostenibile. Le crisi sono frequenti e spesso avvengono fuori dal centro: l'operatore del CAS diventa un referente di fatto, anche per le forze dell'ordine. Peraltro A. dal CAS fugge sempre più frequentemente.

Nei successivi 6 mesi si effettuano 7 ricoveri in TSO, con trattamenti farmacologici sempre più pesanti e diagnosi ogni volta diverse. Si incontrano sempre più difficoltà anche per procedere al ricovero, perché talora non si valuta che la pericolosità sia sufficiente a giustificare il ricovero coatto. Intanto A. è irricognoscibile, prostrato dai farmaci: non ha più una casa o una comunità.

Si rintraccia la sorella in Spagna, che lo viene a trovare e si tiene in contatto, ma la donna ha partorito da poco, si trova lei stessa in una situazione molto fragile e non manifesta alcuna intenzione di farsi carico del fratello, che peraltro si trova in un limbo giuridico e pertanto non può lasciare il territorio italiano.

Allo stato attuale, la psichiatria ha messo a disposizione di A. due posti letto, uno al CRA (gruppo appartamento) e uno in SPDC. Lui stesso può optare per l'uno o per l'altro in base

alle sue necessità. Il Comune di Mantova ha attivato un intervento para-educativo, pagando un educatore/mediatore per 15 ore a settimana più 5 di eventuali urgenze, per andare regolarmente in ospedale, farlo uscire, fargli fare ginnastica, cercare di ristabilire una dimensione di normalità e di relazioni sociali. Una volta a settimana l'impresa sociale locale si attiva con una psicologa ed una mediatrice nigeriana, organizza un piccolo gruppo di sostegno in ospedale: si prega, si parla nella sua lingua madre, si crea un clima di fiducia e condivisione. L'SPDC riconosce un miglioramento generale e decide di coinvolgere nell'intervento anche i propri operatori, perché questa esperienza possa diventare un'occasione per accrescere le competenze specifiche del servizio sanitario.

PALERMO

Un ragazzo del Mali, titolare di protezione sussidiaria, viene portato al Circolo ARCI Porco Rosso di Ballarò (Palermo) in stato catatonico da una persona che si presenta come il fratello, ma subito dopo si rende irreperibile. I volontari contattano il referente UNHCR per i casi vulnerabili e una psicologa del Centro PENC, un'associazione del privato sociale. La psicologa, vista la gravità della situazione, suggerisce di portarlo al Pronto Soccorso. L'attesa dura tutta la notte e con il ragazzo si trattengono esclusivamente due volontari. Dopo l'accesso in psichiatria, viene disposto un ricovero di tre settimane.

Finito il ricovero, emerge che, per una condanna comminata quando era minorenne, il ragazzo deve essere sottoposto a un periodo di messa alla prova: per questo viene trasferito temporaneamente a Licata (a circa 170 km di distanza). Nel frattempo i volontari dell'ARCI tentano, in collaborazione con gli specialisti del Policlinico di Palermo, di sollecitare un inserimento in una struttura SPRAR per vulnerabili, ma le richieste rimangono senza risposta. Rientrato dalla messa alla prova, dopo circa 6 mesi dopo, il ragazzo rimane senza alcuna soluzione alloggiativa e finisce a vivere in strada. Durante i mesi trascorsi a Licata, non è stata effettuata alcuna ulteriore visita psichiatrica: ci si era limitati a proseguire la terapia di antipsicotici prescritta durante il primo e unico ricovero a Palermo.

Il giovane, vivendo in strada, ben presto smette di prendere i farmaci e la situazione degenera. I volontari, vista la gravità e pericolosità della situazione, si attivano trasmettendo la documentazione medica a tutte le istituzioni potenzialmente competenti: Servizio Centrale, assistenti sociali del Comune di Palermo (e per conoscenza all'assessore alle politiche sociali), tribunale dei minori. Si prova una presa in carico ai servizi territoriali di psichiatria, che in un primo momento si dichiarano non competenti, adducendo come motivazione il fatto che il ragazzo è senza fissa dimora e andrebbe indirizzato a uno

specifico CSM deputato a questo tipo di situazioni. Non si riesce però a accompagnarcelo: il CSM indicato è fuori zona, il ragazzo è sprovvisto di cellulare ed è comunque molto disorientato, per cui non è in grado di presentarsi ad appuntamenti a orari precisi. Dopo ulteriori solleciti al Comune, si rende disponibile una psichiatra del SERT, che si offre di intervenire in loco a chiamata: il paziente tuttavia continua a non collaborare, la presa in carico da parte del CSM non si realizza e non si riesce in generale a individuare soluzioni adeguate alla situazione. Intanto il ragazzo in due occasioni molesta pesantemente le operatrici delle associazioni di volontari che operano in quartiere, aggredendole. Nel primo caso si tenta un TSO, ma la cosa non va a buon fine: gli operatori dell'ambulanza affermano di poter intervenire solo se al loro arrivo gli atti di violenza sono ancora in corso e rimandano il caso alle forze dell'ordine sopraggiunte nel frattempo. Dal momento che l'operatrice non intende sporgere denuncia, a causa dell'evidente disagio del ragazzo, non si procede in alcun modo. Nella seconda occasione il ragazzo, durante una crisi, spacca una bottiglia di vetro e con essa ferisce una persona: anche in quel caso gli operatori sanitari, pur in presenza della persona ferita e davanti alla testimonianza di diversi operatori che avevano assistito alla scena, ribadiscono che il TSO è possibile solo se all'arrivo degli operatori l'azione violenta è ancora in corso.

A causa delle continue risse in cui è coinvolto, spesso il ragazzo si presenta sanguinante, con pezzi di vetro conficcati nelle braccia. ARCI e Centro Astalli si vedono costretti a precludergli l'accesso, perché diventa sempre più aggressivo e tenta spesso di assalire le operatrici. Continua tuttavia a gravitare in quartiere: i volontari tentano di accompagnarlo al Pronto Soccorso quando è ferito gravemente, ma lui continua a dormire per strada, si strappa le medicazioni, le ferite si infettano. Anche quando accede al Pronto Soccorso, non si ritiene mai opportuno prevedere un consulto psichiatrico, nonostante le ripetute segnalazioni degli operatori, che si sentono sempre più impotenti e abbandonati.

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA E RIABILITAZIONE NONCHÉ PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI DEI TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE CHE HANNO SUBÌTO TORTURE, STUPRI O ALTRE FORME GRAVI DI VIOLENZA PSICOLOGICA, FISICA O SESSUALE: ELABORAZIONE E RECEPIMENTO

di *Giancarlo Santone*, UOSD Centro di Salute per migranti forzati-Sa.Mi.Fo. - ASL Roma 1

Il processo di elaborazione

Nell'ambito delle attività del Fondo Europeo Rifugiati 2008-2013, il finanziamento di diversi progetti con la finalità di migliorare gli interventi in favore delle categorie vulnerabili dei richiedenti e titolari protezione internazionale ha creato l'opportunità di costituire una rete nazionale di enti pubblici e del privato sociale impegnati in tutta Italia in sperimentazioni territoriali sull'accoglienza e la presa in carico di migranti forzati vittime di tortura e di violenza estrema. Da questa rete sono nati un confronto e una riflessione condivisa fra tutti i partecipanti: la situazione italiana relativa all'accoglienza e alla riabilitazione delle vittime di tortura appariva caratterizzata dall'assenza di un piano nazionale che definisse strategie di azione, ruoli, funzioni e modalità di coordinamento dei vari servizi pubblici coinvolti, comprese le aziende sanitarie, nonché modalità con cui condurre un monitoraggio scientifico sul fenomeno.

Emergeva chiara la necessità che dai diversi progetti finanziati sul tema dell'assistenza alle vittime di tortura si arrivasse a un momento di verifica e di sintesi degli esiti raggiunti, con l'obiettivo di giungere ad una progettazione a regime dei servizi da garantire alle vittime di tortura o di violenza estrema. Inoltre, gli interventi realizzati fino a quel momento erano ancora considerati esclusivamente relativi all'organizzazione dell'accoglienza dei rifugiati e quindi di pertinenza esclusiva del Ministero dell'Interno: non veniva colta la rilevanza dell'intera materia sotto il profilo della tutela della salute individuale e collettiva che non avevano ricevuto specifica attenzione da parte delle autorità centrali sanitarie. L'esperienza realizzata nella rete "Lontani dalla violenza", in sintonia con altre positive esperienze, ha permesso di evidenziare come l'inserimento delle vittime di tortura presso strutture di accoglienza e riabilitazione ad esse esclusivamente dedicate vada evitato, dal momento che i percorsi di riabilitazione destinati alle vittime risultano ben più efficaci se realizzati in contesti caratterizzati dalla "normalità" delle relazioni sociali degli interessati con la comunità territoriale. Ad agosto 2010, a conclusione del

progetto “Lontani dalla violenza”, il comitato scientifico aveva fatto presente la necessità di giungere alla definizione di un programma nazionale che permettesse di affrontare in maniera organica la tematica della presa in carico delle vittime di tortura. Il percorso suggerito era la costituzione di un tavolo di lavoro tra il Ministero dell’Interno, il Ministero della Salute, il Ministero dell’Università e della ricerca e il Servizio Centrale del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), l’UNHCR e altri soggetti interessati, tra cui i responsabili dei progetti FER che sulla tematica avevano apportato elementi di novità e realizzato sperimentazioni innovative.³⁴

Un’opportunità importante si è presentata quando, nel 2013, l’Italia si è trovata nella necessità di recepire la direttiva europea 2011/95/UE “recante norme sull’attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta”³⁵. La direttiva, che prevedeva l’introduzione di uno strumento di programmazione delle attività e delle misure a favore dell’integrazione dei beneficiari di protezione internazionale, riservava un’attenzione molto specifica al tema della riabilitazione psico-fisica delle vittime di tortura o traumi estremi, così disponendo: “gli Stati membri forniscono adeguata assistenza sanitaria, ivi incluso se necessario, il trattamento dei disturbi psichici, secondo le stesse modalità previste per i cittadini dello Stato membro che ha concesso la protezione, ai beneficiari di protezione internazionale che presentano particolari esigenze”³⁶. Si è ritenuto pertanto opportuno organizzare una conferenza nazionale dal titolo “Italia terra d’asilo. Accoglienza, assistenza, integrazione dei rifugiati: norme europee, pratiche territoriali innovative e proposte per un nuovo sistema nazionale condiviso”, tenutasi a Parma il 30 novembre 2013. L’incontro, cui hanno preso parte anche la ministra per l’Integrazione Cecile Kyenge, alcuni rappresentanti del Ministero dell’Interno e Laurens Jolles, delegato UNHCR per il sud Europa, ha rappresentato l’occasione per avviare il processo di messa a sistema delle sperimentazioni realizzate fino a quel momento e per rappresentare agli interlocutori istituzionali i contenuti della riflessione condivisa.

³⁴ Comitato scientifico di “Lontani dalla violenza”, RELAZIONE FINALE, Cap. 2 Raccomandazioni per una nuova programmazione nazionale e territoriale dei servizi di presa in carico e riabilitazione delle vittime di tortura o di violenza estrema, Parma, agosto 2010.

³⁵ Pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell’Unione europea del 20 dicembre 2011, L. 337.

³⁶ Direttiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 recante norme sull’attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta (rifusione), art. 30.

Il pieno coinvolgimento delle autorità sanitarie è stato disposto nel decreto legislativo 21 febbraio 2014, n.18: «Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta», che all'art. 27 comma 1-bis stabiliva: «Il Ministero della salute adotta linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente». Lo strumento delle linee guida rispondeva alla riconosciuta necessità di fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza intenzionale e tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria.

Pertanto il 12 settembre 2014, con Decreto Dirigenziale del Direttore generale della prevenzione, integrato con D.D. 12 maggio 2015, è stato istituito un Tavolo tecnico che coinvolgeva le seguenti organizzazioni: Alto Commissariato Nazioni Unite per i Rifugiati UNHCR, Associazione Medici contro la Tortura, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL Parma, Caritas Italiana, Centro Astalli, Centro di Salute per Migranti Forzati ASL Roma 1, Conferenza Stato-Regioni con rappresentanti della Basilicata, della Campania, dell'Emilia-Romagna, del Lazio, delle Marche, della Sicilia, della Toscana e dell'Umbria, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. Dopo un intenso lavoro preparatorio, il 24 aprile 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute «Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale» con i relativi schemi per i vari interventi sanitari da compiere. Le linee guida, come descritto al momento dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome che ha preceduto il decreto ministeriale, hanno l'obiettivo di tutelare i richiedenti protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del percorso di riconoscimento della protezione e ovunque siano ospitati, creando le condizioni

perché le vittime di eventi traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata.³⁷

Ambito di applicazione delle linee guida

La direttiva europea 2011/95/UE, il cui recepimento ha dato l'avvio al processo di definizione delle Linee guida, si applica ai "titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale". Tuttavia, fin dall'avvio dei lavori del Tavolo tecnico, è apparso importante fare in modo che il campo di azione previsto dalla legge non venisse circoscritto a coloro che hanno completato con esito positivo l'iter amministrativo o giurisdizionale di riconoscimento della protezione internazionale. Per prevedere misure di assistenza e presa in carico efficaci, tenuto conto dell'importanza di un intervento tempestivo, era infatti indispensabile includere anche i richiedenti protezione internazionale tra i destinatari delle misure. Per questa ragione, come specificato nella premessa del documento, le linee guida contengono indicazioni generali valide in ogni contesto e circostanza e forniscono indicazioni sugli interventi specifici da attuare in maniera differenziata nei diversi luoghi e contesti in cui la domanda di protezione viene presentata e qualunque sia la condizione giuridica dello straniero che la presenta (persona appena giunta nel nostro Paese con ingresso regolare o in stato di necessità, persona già soggiornante in Italia, persona già presente ma non regolarmente soggiornante, persona precedentemente espulsa e non trattenuta, persona espulsa e trattenuta ai fini dell'esecuzione dell'allontanamento, ecc).

È evidente che la precarietà, giuridica e sociale, che riguarda i migranti forzati per la durata della procedura d'asilo pone delle sfide ulteriori rispetto alla già complessa applicazione delle disposizioni previste dalla normativa. In un recente report a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni³⁸ in merito agli aspetti critici relativi all'assistenza socio-sanitaria per richiedenti protezione internazionale viene evidenziato l'impatto negativo sulla salute delle scarse condizioni delle strutture deputate alla prima accoglienza. Queste sono generalmente rappresentate da centri ad elevata capienza e con servizi essenziali, che hanno tempi di permanenza molto lunghi e che ospitano persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria, sociale, psicologica e psichiatrica, pur non rappresentando un luogo adatto alla presa in carico di tali condizioni. Nei CAS e Hub, nonostante il notevole allungamento dei tempi di permanenza in

³⁷ Si veda M. Mazzetti, S. Geraci, Immigrazione e salute mentale. Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale, in F. Perocco (a cura di), Tortura e migrazioni, Venezia 2019, pp.395-96.

³⁸ Progetto Footprints, Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse. WP2- Coordinamento degli interventi territoriali, a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, pp. 89-90.

prima accoglienza, spesso non vengono attuate misure per la tutela della salute alla pari dei contesti di seconda accoglienza, come l'iscrizione al SSR, l'assegnazione del medico di medicina generale, le procedure di prevenzione come le vaccinazioni, lo screening dell'infezione tubercolare latente e gli altri programmi di medicina preventiva. Vengono sottolineate le criticità relative ai percorsi di accoglienza all'interno dei CAS, forma prevalente di accoglienza, in cui la scarsità delle risorse, a fronte della numerosità delle persone accolte, non permette di costruire percorsi di presa in carico rispondenti ai bisogni complessi di salute. Inoltre, l'alto turn-over degli operatori sociali e sanitari che lavorano nell'accoglienza non favorisce la continuità dei percorsi e non contribuisce allo sviluppo di competenze nell'ambito. In generale emergono la mancanza di percorsi di formazione a supporto degli operatori sociali e sanitari e il bisogno di costruire strumenti e approcci multidisciplinari per la presa in carico sociale e sanitaria delle persone, includendo aspetti di competenza culturale e antropologia medica e culturale. Viene inoltre sottolineato il fatto che, di fronte alla difficoltà di realizzazione del progetto migratorio e in assenza di percorsi risolutivi, in alcuni territori si verifica un aumento delle situazioni di sofferenza psico-sociale con il conseguente aumento delle diagnosi di disturbi psichiatrici che possono porre dei limiti al percorso di integrazione e di sviluppo di capacità autonome.

Evidenze per la costruzione delle linee guida

I richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio Paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a incidenti e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità del viaggio che si può concretizzare in situazioni di umiliazione psicofisica, sfruttamento, detenzione, violenze e aggressioni di varia natura, compresa quella sessuale, respingimenti, malnutrizione associati all'impossibilità di essere curati. Le linee guida si basano sul presupposto che per fornire una risposta adeguata sia urgente avviare la programmazione di strumenti operativi, caratterizzati da un approccio multidisciplinare integrato, utili ad assistere questa nuova utenza multiculturale, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti. Certamente un'accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari, con definizione di procedure, di competenze e attività formative del personale, rese difficili anche dalle limitate risorse disponibili. Tuttavia il fatto che il legislatore abbia ritenuto che l'implementazione delle linee guida debba farsi «isorisorse»,

cioè senza specifici finanziamenti ma nell'ambito dei finanziamenti ordinari, già a loro volta carenti, sta complicando il percorso, visto il numero progressivamente decrescente degli operatori in servizio nei Dipartimenti di Salute Mentale in molte zone d'Italia.

Individuazione precoce e prevenzione delle problematiche psicopatologiche

Tutti i migranti forzati sono da considerarsi come soggetti a rischio, a causa della frequenza e dell'intensità delle esperienze di tipo traumatico che ciascuno di loro affronta, prima della partenza, durante il viaggio e nel nuovo contesto di vita. Tali esperienze non necessariamente e automaticamente si traducono in disturbi psicopatologici,³⁹ così come migranti non riconducibili alle categorie giuridiche della protezione internazionale possono avere vissuti traumatici, anche molto significativi. Tuttavia, alla luce di diversi studi, si può stimare che il 33-75% dei sopravvissuti a traumi estremi sviluppino nel periodo successivo all'esperienza traumatica, un disturbo francamente psicopatologico, che potenzialmente impatta anche sulle generazioni successive (la cosiddetta tortura transgenerazionale). Questa correlazione giustifica un'attenzione specifica al gruppo-target dei migranti forzati per assicurare una corretta e precoce valutazione clinico-diagnostica, che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale. Le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici complessi, differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono multiformi e insidiose e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, in particolar modo per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza. In questi casi il rischio di misconoscimento o di una diagnosi errata risulta molto elevato e i disturbi possono rimanere latenti anche per lunghi periodi di tempo. Non è raro che un disturbo post-traumatico complesso non diagnosticato sia la causa di ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso di autonomia. Di notevole importanza, soprattutto per le ricadute cliniche, è l'andamento della storia naturale dei disturbi post-traumatici complessi, che hanno la tendenza, in assenza di una corretta diagnosi e di interventi terapeutici adeguati e specifici, a cronicizzare o ad avere una prognosi sfavorevole. La tempestività di un trattamento

³⁹ La definizione di "vulnerabilità" in uso nella normativa relativa a richiedenti e titolari di protezione internazionale induce diverse ambiguità. Secondo le definizioni giuridiche attualmente in uso, infatti, vulnerabili sono correttamente le persone "per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali", ma anche persone già sofferenti di patologia mentale. Tuttavia, così si finisce per confondere "eventi violenti anche oggettivamente orribili, e tali da suscitare una reazione profonda in noi che ne ascoltiamo il racconto, con quello che si definisce trauma in ambito clinico. Trauma infatti vuol dire ferita, lesione, vulnus. L'evento quindi causa un trauma, non è in sé un trauma; anzi, come vedremo, sarebbe più corretto affermare che può causare un trauma. In fondo non è diverso, a ben considerare, quello che accade nel campo della traumatologia fisica, in cui non è l'incidente a dover essere curato dall'ortopedico, ma la frattura causata dall'incidente.": E. Vercillo, "Introduzione", in E. Vercillo-M. Guerra (a cura di), *Clinica del trauma nei rifugiati: un manuale tematico*, Mimesis Edizioni 2019, pp. 15-16. Il che comporta che non tutti i soggetti a rischio ("vulnerabili") debbano essere inviati per una presa in carico in percorsi psico-sanitari.

adeguato in servizi con competenze specialistiche è quindi cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi.

Un processo di emersione precoce implica il coinvolgimento attivo, non solo degli operatori sanitari, ma di tutti gli operatori potenzialmente coinvolti nell'accoglienza e nella tutela dei migranti forzati. Idealmente chiunque sia a contatto con la persona (volontari, operatori sociali, insegnanti, ecc.), dovrebbe essere in grado di cogliere i bisogni di salute e di segnalarli ai professionisti competenti, nel contesto in cui il migrante in quel momento si trova (nave di soccorso, hub, centro di accoglienza, ecc.). Questo permette di procedere a una valutazione di secondo livello, che confermi o meno la presenza di disturbi psichiatrici, e -eventualmente inviare la persona a strutture di terzo livello, presenti sul territorio, che possano garantirle un percorso completo di presa in carico. Affinché questo si realizzi è fondamentale la formazione degli operatori, che devono acquisire consapevolezza circa i sintomi e i comportamenti sentinella che possono far ipotizzare la presenza di un disturbo o di una difficoltà. Le linee guida distinguono tre livelli di formazione necessaria: un'azione di "sensibilizzazione" rivolta a tutti gli operatori, al fine di renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti; un secondo livello di "facilitazione e supporto" destinato agli operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare, operanti nei diversi contesti di trattamento dei migranti forzati, per fornire elementi operativi ed organizzativi coerenti con il contesto di intervento assistenziale in una logica di presa in carico globale; infine un terzo livello di "formazione specifica", rivolto a determinate figure professionali e gruppi multi-professionali, con l'obiettivo di conseguire competenze assistenziali specifiche.

Certificazione e presa in carico

Le linee guida contengono inoltre un approfondimento sulla certificazione degli esiti fisici e psicologici di violenza intenzionale a supporto della domanda di protezione internazionale. Per essere attendibile la certificazione non deve essere avulsa dal percorso complessivo di presa in carico del migrante sotto il profilo medico, sociale e giuridico.

Lo strumento della certificazione può essere utile anche per altri aspetti relativi all'iter legale, quali ad esempio:

- a) informare la commissione territoriale sulle difficoltà "psicologiche" che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi;
- b) accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata, che determinano fragilità e/o necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, nonché, dare indicazione circa le conseguenze di un rientro coatto nel contesto sociale, ove il richiedente ha subito episodi di tortura o violenza, sulla salute mentale;

- c) informare l'organismo accertante sull'impossibilità per il richiedente, in ragione delle sue condizioni di salute fisiche o mentali, di sostenere l'audizione;
- d) fornire una valutazione circa l'impatto che la tempistica della procedura può avere sul percorso terapeutico o sul decorso della sintomatologia del richiedente asilo vittima di tortura, dando indicazioni sull'opportunità di anticipare o posticipare l'audizione del richiedente;
- e) dare indicazioni sull'opportunità che il richiedente, a causa della particolare condizione di fragilità emotiva o di grave psicopatologia, sia assistito durante l'audizione.

Un punto importante della discussione nella fase preparatoria ha riguardato l'individuazione dei soggetti che potessero rilasciare questo genere di certificazione. Di preferenza questa attività dovrebbe coinvolgere le strutture pubbliche, ma è importante non disperdere le competenze acquisite dal privato sociale, maturate negli anni e sui territori. Inoltre, bisogna considerare la criticità posta dal fatto che le certificazioni medico-legali non rientrano nei LEA, prestazioni che le aziende sanitarie sono tenute obbligatoriamente a garantire. Si è dunque individuata come soluzione la redazione, a cura delle ASL e/o delle Regioni, di liste di centri autorizzati al rilascio delle certificazioni, fermo restando l'obbligo da parte degli enti certificatori del privato sociale di informare a tal proposito la ASL territorialmente competente, al fine di programmare i servizi necessari ai percorsi di presa in carico.

Il recepimento delle linee guida e le prospettive future

Le Regioni dovranno implementare, contestualizzare e rendere operative le indicazioni ricevute e a tale scopo sono stati proposti alcuni progetti ministeriali. Ad oggi solo la Regione Lazio, con la Delibera di Giunta Regionale nr. 590 del 16 ottobre 2018, «Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale», ha ripreso il documento nazionale seguendone l'impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale. Attualmente dunque l'applicazione delle linee guida attraverso la strutturazione di servizi dedicati è ancora molto carente. In molti contesti territoriali non sono presenti infatti percorsi per il riconoscimento e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, in altri contesti pur essendo presenti professionalità con specifiche competenze nell'ambito dell'etnopsichiatria, essendo in numero limitato non riescono a coprire il bisogno esistente. Anche laddove si trovino delle figure di riferimento, sono scarsamente accessibili servizi di supporto, come percorsi riabilitativi e di presa in carico della sofferenza psico-sociale all'interno del servizio pubblico. In generale, nella pratica, quest'ambito è prevalentemente declinato sul piano dell'etnopsichiatria, con una scarsa collaborazione con la

medicina legale e con un'insufficiente implementazione dei servizi riabilitativi. In mancanza di strumenti capaci di interpretare la sofferenza in chiave antropologica e culturale, spesso si fa ricorso a percorsi di medicalizzazione, con prestazioni non necessarie e spesso non efficaci.⁴⁰ Sono attualmente in atto progetti finanziati con fondi FAMI per rafforzare la capacità dei servizi territoriali di identificare e prendere in carico adeguatamente titolari di protezione internazionale colpiti da vulnerabilità specifiche e incoraggiare l'adozione e l'implementazione delle linee guida nei diversi contesti regionali: in particolare il progetto Footprints, che coinvolge il Ministero Salute, in partnership con Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione Conferenza permanente dei Presidenti di Consiglio di corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia (APCCLMC) e il progetto I care, che ha come capofila la Regione Emilia Romagna e coinvolge Lazio, Sicilia, Liguria, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche e Valle d'Aosta. È importante rilevare che le trasformazioni significative che negli ultimi anni hanno interessato il sistema di accoglienza richiederebbero una revisione delle linee guida, specialmente per quanto attiene alle procedure di identificazione precoce delle problematiche psicopatologiche: nella maggior parte delle strutture di accoglienza per richiedenti asilo infatti la figura dello psicologo non è più prevista. Già in fase di elaborazione delle linee guida i membri del Tavolo tecnico avevano suggerito che si prevedesse una revisione periodica, in considerazione del fatto che gli scenari relativi alle migrazioni forzate sono per loro natura suscettibili di trasformazioni relativamente rapide e solo in parte prevedibili. È auspicabile che la sensibile diminuzione degli arrivi di migranti forzati in Italia che si registra nell'ultimo anno non comporti una diminuzione dell'impegno necessario a mettere a punto risposte adeguate ai complessi bisogni socio-sanitari di questa popolazione. Il processo di confronto e elaborazione che ha portato alla stesura delle linee guida attuali ha del resto avuto un impulso importante nel 2010, un anno in cui sono state presentate in tutto il territorio nazionale poco più di 12.000 richieste di protezione internazionale e la cosiddetta "crisi dei rifugiati" era ancora lontanissima.

⁴⁰ Progetto Footprints, Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse. WP2- Coordinamento degli interventi territoriali, a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, pp. 89-90.

IL RUOLO DEL MEDIATORE CULTURALE E/O LINGUISTICO PER LA COMPRESIONE DEI FENOMENI PSICOPATOLOGICI ESPRESSI DAI MIGRANTI FORZATI⁴¹

Di *Massimiliano Aragona*

Introduzione

Il ruolo del mediatore culturale e/o linguistico in un setting particolare come quello che sarà presentato richiede competenze specifiche. Esse sono specifiche perché è il contesto particolare ad esserlo, e quindi diviene necessaria una trattazione preliminare di questi aspetti generali affinché il lavoro del mediatore possa avere senso compiuto divenendo esso stesso parte dei fattori di cura all'opera nell'incontro clinico. La comprensione dell'altro all'interno della relazione terapeutica è un tema ineludibile e fondamentale per ogni prassi terapeutica in salute mentale. Ovviamente esso riguarda ogni incontro terapeutico (e in generale ogni incontro umano), ma diviene particolarmente spinoso in ambito transculturale quando le differenze non solo linguistiche ma anche di significati, di valori e di aspettative, pongono la relazione a rischio di fraintendimenti.

Nella prima parte si presenteranno esempi di possibili livelli di fraintendimento che occorre gestire nel corso di una relazione d'aiuto transculturale. Ad essi si aggiungeranno ulteriori elementi derivanti dalla specificità della condizione di vittima di violenza intenzionale, che verranno discussi. In particolare ci si soffermerà sul concetto di ritraumatizzazione, perché imparare a prevenire questo fenomeno è parte fondamentale dell'approccio clinico in situazioni di questo tipo.

Nella seconda parte si tratterà di come la tradizione fenomenologico-ermeneutica si è approcciata a questa problematica della comprensione dell'altro, suggerendo che alcuni degli strumenti che essa ci fornisce ci consentono di avere una miglior definizione di come natura e cultura si intersecano in quell'unicum che sono i vissuti psicopatologici. Si sosterrà che il concetto jaspersiano di comprendere, l'attitudine fenomenologica all'epochè, e il modello ermeneutico della formazione dei sintomi messo a punto dalla scuola di Cambridge, sono applicabili in ambito transculturale. Qui essi ci aiutano a non perderci, oscillando pericolosamente tra gli estremi di una neofrenologia riduzionista e insensibile alle differenze

⁴¹ Ristampa della relazione presentata dall'autore, psichiatra del DSM della ASL Roma D, al convegno "Il dispositivo di mediazione culturale nei servizi di salute mentale. Piste di lavoro per definire linee guida e modelli di intervento", Frascati, 24 giugno 2015.

culturali da un lato, e dell'etnocentrismo dall'altro. Quest'ultimo ha certo il vantaggio di sottolineare l'importanza della cultura, ma porta con sé anche il rischio di rinchiudere l'individuo in una gabbia intessuta con le tradizioni del suo supposto gruppo di appartenenza, senza considerare l'importanza del cambiamento personale che così fortemente spinge in avanti il progetto migratorio.

La relazione d'aiuto in ambito migratorio

Come si diceva, questo scritto seppur piuttosto teorico ha alla sua base la lunga esperienza concreta maturata nel prestare aiuto sanitario a migranti. Come scrivono Caizzi e Mazzetti (2014, p.23) si tratta "di persone spesso "invisibili" alla società, alla politica, a coloro che incontrano per strada, come invisibili sono le loro ferite, perché l'esperienza di aver subito ed essere sopravvissuti alla violenza lascia un dolore psichico che si accompagna spesso ad un senso di vergogna che spinge i pazienti a nascondersi, allontanandosi dagli altri esseri umani. L'obiettivo del progetto è individuarli, accoglierli, curarli e offrire loro un'opportunità di riscoprirsi individui capaci di vivere una vita piena e dignitosa." È in questi setting concreti che avviene l'incontro tra clinico e paziente, spesso attornati e aiutati da altre persone importanti (mediatori, educatori, assistenti sociali, etc.). E questo incontro clinico è fonte di reciproca conoscenza, di tentativi sempre rinnovati di comprensione reciproca ma anche di rischi sempre incombenti di possibili fraintendimenti. Nello scritto italiano più citato sul tema delle possibili incomprensioni nell'incontro con il paziente migrante, Colasanti e Geraci (2000, p.214) scrivono che "L'incontro col paziente migrante si dimostra quindi irto di difficoltà. Difficoltà di linguaggio di cultura, di aspettative, difficoltà di geografia sanitaria, di epidemiologia, di nosologia relativa al processo migratorio stesso, di sociologia sanitaria." Tramite un'analisi semiotica dei livelli di intenzionalità del testo, gli stessi autori individuano cinque livelli di possibile incomprensione. Il primo livello riguarda la comunicazione prelinguistica, ovvero la generale difficoltà di comunicare i propri vissuti soggettivi che tutti noi possiamo incontrare e che nell'incontro col migrante si arricchiscono di ulteriori sfumature: "Quando si domanda "Si sente male? Sì, dottore." Cosa vuol dire stare male [...] La parola star male diviene utilizzabile per indicare qualcosa ma senza nomi specifici che possano designare. Non ci sono nomenclature possibili. E se questo livello di *anomia* del malessere interiore è universale, viene moltiplicata per mille e per centomila nell'immigrato che di fronte al medico si trova nell'impossibilità di tentare altri agganci, altre possibilità di parlare del suo interiore." (Colasanti e Geraci, 2000, p.216) Vedremo nel prossimo paragrafo come gli psicopatologi abbiano elaborato modelli e strumenti per cercare di poter cogliere e dar senso a questa *prima facie* ineffabile soggettività.

Il secondo livello di possibile incomprensione è quello prettamente linguistico, dove la difficoltà è data sia dalla diversità della lingua, sia dalla diversità, nelle varie lingue, della relazione tra la parola (il significante) e il concetto/i concetti che essa designa (il significato). Ad esempio, “In somalo *kili* vuol dire reni, ma *kili* in somalo identifica l’area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano per reni si intende nel linguaggio quotidiano l’area dorsale latero-rachidea. All’arbitrarietà del segno si può ovviare con una traduzione della nomenclatura. All’arbitrarietà del valore del significato solo con una reinterpretazione dei concetti simili ma non uguali. Un italiano quando dice che ha mal di reni vuol dire che ha una lombalgia. In somalo può voler significare un dolore della regione del colon ascendente o discendente.” (Colasanti e Geraci, 2000, p.217)

Il terzo livello è quello della traduzione extralinguistica dei simboli. Per esempio la parola cancro, che in pazienti occidentali può evocare immagini di morte, non fa altrettanto in pazienti provenienti da paesi dove il suo ruolo nella mortalità generale è piuttosto limitato. All’inverso, per una mamma africana sapere che la propria bambina ha l’anemia può indurre uno shock emotivo, perché mentre da noi l’anemia è una condizione facilmente curabile, in altri posti è sinonimo di malaria e rischio di vita.

Il quarto livello è quello più propriamente culturale. La cultura è “*un insieme complesso di simboli, valori e rappresentazioni, in base a cui l’uomo spiega e organizza la sua presenza nel mondo.*” (Diasio, 2000, p.183). Essa opera per lo più a livello implicito, si sa come ci si comporta e cosa si intende in un certo contesto perché ci si è nati. Ma le cose cambiano drasticamente quando si emigra, perché ci si scontra con improvvise e inaspettate incomprensioni che ci obbligano a riflettere esplicitamente sulla differenza. Ad esempio, uno stesso gesto può essere un saluto in un contesto culturale e un insulto in un altro. Ci sono migliaia di esempi di questo tipo. Ciò che quotidianamente è ovvio, improvvisamente non lo è più e costringe la persona a rivederlo. Si pensi ancora al senso del pudore: per una donna italiana che il medico le dica “si spogli” è segno che vuole farle una visita accurata, in quest’epoca di medici che si limitano a fare i prescrittori è un segno che fa ben sperare sulla professionalità del clinico! Ma per donne provenienti da altri contesti? Oppure, un’anamnesi accurata è di nuovo un segno di accuratezza del clinico. Ma per chi viene da un posto dove “Il sapiente non domanda perché sa”? E se uno psicoterapeuta chiede al paziente “Ora che abbiamo ben compreso il suo problema, cosa pensa di poter fare per affrontarlo?”, che risposta può attendersi da chi pensa “Se sono venuto da te è perché tu hai il potere di agire”? E così via, sino ai casi non così infrequenti in cui il clinico occidentale ha in testa un modello di malattia per cui se il paziente sta male è nel suo modo di funzionare che bisogna cercare le ragioni del malessere e attivare le risorse per star meglio,

mentre il paziente crede che se sta male è perché c'è un altro che opera con i propri poteri per nuocergli.

Infine, l'ultimo livello è quello delle differenti concezioni filosofiche e religiose da cui emerge una visione della vita consapevolmente argomentata. Di nuovo, anche a questo livello possono emergere incomprensioni nella relazione terapeutica che vanno affrontate e discusse se si vuole che la compliance alle proposte terapeutiche sia adeguata.

Seguendo le conclusioni di Colasanti e Geraci (2000, p.219), la lezione più grande che resta nel confrontarsi con questi possibili livelli di confondimento durante l'incontro con pazienti migranti, è la consapevolezza dell'enorme spazio "che divide gli uomini quando devono raccontarsi i propri dolori e l'enorme vicinanza che li unisce. La psiche tesse fili instancabili che dovrebbero servire a capirsi, fili di seta esili che continuamente spezziamo e continuamente ricreiamo. Eppure il vissuto esistenziale, l'esserci qui ed ora, unisce tutti."

Se questi sono i principali livelli da considerare nella relazione d'aiuto con pazienti migranti, occorre ancora aggiungervi le specificità che derivano dall'esser stato vittima di violenza intenzionale. Secondo la letteratura internazionale i principali quadri clinici che compaiono in seguito all'esposizione a un evento psicotraumatico sono elencati in un'apposita sezione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, V Edizione (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Tra di essi il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), un quadro sindromico molto comune tra i nostri pazienti, di cui parleremo a proposito di alcuni sintomi da considerare per il loro ruolo nella relazione. Occorre però specificare che la letteratura psicopatologica ha mostrato che le reazioni psicotraumatiche possono essere molteplici, con sintomi e sindromi che vanno ben al di là di quelle codificate dal DSM. Ciò sia in estensione, nel senso che ci sono molti più sintomi possibili rispetto a quelli codificati come strettamente posttraumatici, per cui si parla di disturbi post-traumatici "complessi", sia rispetto alla completezza o meno del quadro.

Tra i sintomi post-traumatici più comuni vi sono intrusioni di pensieri, ricordi e a volte flashback che ripropongono il trauma vissuto. Ciò fa sì che la persona possa apparire distratta, e magari il suo comportamento rischia di esser frainteso come segno di disinteresse. Altre volte la persona entra per pochi attimi in uno stato di dissociazione dello stato di coscienza, perdendosi nel vuoto o magari fissando un punto della stanza, piuttosto che parlare e gesticolare come se ci fosse qualcuno lì presente. Tutto questo rischia di far pensare erroneamente a uno stato allucinatorio psicotico, con conseguenti azioni terapeutiche inappropriate. In tutti questi casi, infine, il comune denominatore è la difficoltà a concentrarsi, altro sintomo elencato nel costrutto del PTSD, che può esser coinvolto in un doppio rischio di fraintendimento: il paziente esser visto come disinteressato, mentre quello che dice il clinico (o che riformula il mediatore) può esser

colto solo in parte rendendo l'interazione poco efficace. Ancora, altri sintomi tipici del PTSD sono quelli di evitamento (di luoghi, persone, ricordi, etc., che rimandano al vissuto traumatico). In seduta il paziente può divenire improvvisamente evitante e se non si conosce la possibilità di questo sottostante vissuto il comportamento è, ancora una volta, a rischio fraintendimento. Continuando, tra i sintomi del PTSD vi è l'incapacità di ricordare aspetti importanti degli eventi traumatici, il che costituisce un tipico problema di fraintendimento soprattutto in un momento cruciale della storia di un rifugiato: l'audizione in commissione. Un clinico esperto sa che questi sono segni tipici di un'amnesia dissociativa post-traumatica, per cui la sequenza temporale degli eventi si frantuma e il paziente finisce per riportare in modo sempre cangiante la sequenza degli eventi rimasti impressi alla sua memoria, omettendo altri aspetti. È un segno di gravità della sintomatologia, ma a volte occorre allertare il commissario che fa la valutazione e lo stesso mediatore linguistico che questi sono segni di un quadro post-traumatico e non, come a volte si rischia di fraintendere, contraddizioni di chi racconta una storia inventata. Ma se questi sono sintomi che ci aspetteremmo anche in soldati americani di rientro da territori di guerra (il PTSD è spesso riportato come chiaro esempio di costrutto sociale finalizzato a interessi economici: in questo caso il diritto al rimborso alle cure per i veterani), lo stesso DSM apre alla possibilità che diverse culture possano presentare e formulare i sintomi in altri modi. Tra di essi un modo caratteristico anche se non specifico è tramite le somatizzazioni, ovvero disturbi riferiti al soma ma che non hanno una spiegazione fisiopatologica e si suppone siano espressione somatica di una sofferenza psicologica. Le somatizzazioni sono molto frequenti tra i migranti (Aragona et al., 2012a), ed è stato suggerito che essendo significativamente legate a traumi e PTSD esse possano essere una spia che allerti il medico della possibile presenza di un disturbo post-traumatico non riferito (Aragona et al., 2010). Le somatizzazioni fanno parte di quegli "idioms of distress" di cui parla spesso la letteratura transculturale per indicare una modalità culturalmente mediata di esprimere la sofferenza. Ne è un esempio facile da cogliere l'improvvisa cefalea che blocca il racconto di un'esperienza traumatica che evidentemente è per ora troppo dolorosa da ricordare; ne sono esempi meno palesi varie somatizzazioni riferite al derma, all'apparato gastroenterico, al cuore, così come varie sindromi dolorose, a volte connesse all'esperienza traumatica da complessi percorsi di formazione del sintomo su cui la matrice culturale ha grande influenza.

Si potrebbe continuare a lungo sui sintomi, ma quanto scritto sin qui può esser sufficiente a dare un'idea di un principio fondamentale: la mediazione in quest'ambito particolare non è solo linguistica né solo culturale, ma deve tener conto di specificità legate alla relazione di cura e alle particolari condizioni psicopatologiche in atto, per cui gli stessi accorgimenti tecnici del clinico

per instaurare, mantenere e gestire una buona relazione terapeutica devono in qualche modo coinvolgere anche l'attività del mediatore, che del processo clinico è parte integrante.

Qualche riga in più occorre invece sul concetto di *ritraumatizzazione secondaria*, concetto con il quale ci si riferisce a quei fattori che ancorché non abbiano causato l'insorgenza della sintomatologia post-traumatica, tuttavia agiscono peggiorandone il decorso e complicandone l'evoluzione per mezzo del loro potere di riattivazione del vissuto traumatico originario oppure amplificando la perdita di senso, che è una caratteristica intrinseca degli eventi traumatogeni. Gli studi convergono (Silove et al., 1997; Steel et al., 2011; Schweitzer et al., 2011) nel mettere in rilievo che tra gli eventi traumatici premigratori originari e l'insorgenza e il peggioramento/complicazione/cronicizzazione di una sintomatologia post-traumatica vi è uno spazio in cui questi eventi ri-traumatizzanti giocano un ruolo fondamentale. Ciò perché, come noto, una persona che ha subito violenze intenzionali è più sensibile e suscettibile di venir ritraumatizzata da eventi successivi che abbiano connotati qualitativi (anche se non sempre di gravità e intensità) simili (Mazzetti, 2008). Ebbene, "è ampiamente noto che nel loro tentativo di arrivare in Europa i nostri migranti corrono rischi molteplici di ritraumatizzazione: quando vedono morire i loro compagni nel passaggio del Sahara o delle montagne tra Afghanistan e Pakistan; quando rischiano di esser catturati e incarcerati in Libia; quando in carcere vengono privati di ogni dignità, percossi e fatti oggetto di violenze sessuali; quando vengono tenuti in stato di schiavitù da predoni o da datori di lavoro senza scrupoli, ai quali si sono rivolti per guadagnare abbastanza per proseguire il viaggio; quando vengono malmenati per strada perché afgani (in Iran) o perché negri (in Libia e a volte in altri paesi del Nord Africa). E poi, come se tutto ciò non fosse sufficiente, quando si muore sotto le ruote di un TIR tra Grecia e Italia, o quando si naufraga a Lampedusa, o quando si finisce in un lager che qualcuno si ostina ancora a chiamare centro di accoglienza. E, infine, nelle piccole ma dolorose esperienze di difficile vita quotidiana, fatta di discriminazione, negazione dei diritti, lentezza nell'espletamento delle pratiche di asilo, povertà, esposizione ai pericoli, preoccupazione per le sorti dei familiari rimasti a casa, senso di disperazione e inutilità, etc. etc. Va detto chiaramente che anche su questo la ricerca è concorde, ovvero che tutte le misurazioni effettuate convergono nel sostenere che le ri-traumatizzazioni legate alle difficoltà di vita post-migratorie sono responsabili di un peggioramento significativo dei sintomi post-traumatici, sia quelli specificamente inclusi nel PTSD (Aragona et al., 2012b; 2013), sia quelli "sentinella" come le somatizzazioni (Aragona et al., 2011). Non solo, è ormai chiaramente dimostrato che i migranti che vengono rinchiusi in centri come i CIE, a distanza di anni da quest'esperienza stanno ancora male e hanno livelli di funzionamento e integrazione sociale nettamente peggiori di coloro che sono stati accolti in un percorso di accoglienza adeguato (Steel et al., 2011). Non è solo un problema di civiltà nelle

politiche di accoglienza (il che già basterebbe), e anche un problema medico, di prevenzione della patologia post-traumatica” (Aragona, 2014, pp.100-101). E relativamente all’oggetto della presente discussione, questa fondamentale opera di prevenzione si declina nel tener conto, in modo culturalmente sensibile, dei possibili stimoli ritraumatizzanti da evitare, sia nella disposizione del setting terapeutico, sia nelle modalità relazionali. Anche di questo il mediatore dovrà essere consapevole, perché è importante che sappia evitare atteggiamenti o parole che potrebbero essere ritraumatizzanti, e al contempo egli sarà prezioso nell’informare il clinico sui vissuti comunicati dal paziente circa ciò che succede nella relazione, per permettere di sintonizzare al meglio la relazione terapeutica. Questo punto della ritraumatizzazione è così importante che in casi estremi e fortunatamente abbastanza rari può essere addirittura necessario privarsi della mediazione o di alcune sue componenti, come quando il paziente evita di incontrare persone del suo paese perché ha paura che tra loro possano nascondersi agenti del governo che lo ha torturato. In casi come questi diventa parte della riflessione clinica se sia il caso di insistere o se sia meglio rinunciare alla mediazione, o magari limitarsi a una mediazione solo linguistica fatta da persona che parla la lingua in oggetto ma proviene da un altro paese.

La comprensione dell’altro in psicopatologia

Il tema della mediazione ci pone di fronte a una versione radicale del problema di come si fa a comprendere l’altro e i suoi vissuti, specialmente se, come in psicopatologia, molti vissuti sono esperienze soggettive non direttamente osservabili dall’esterno. Questo è un problema che riguarda ogni relazione umana, in ogni ambito, e che in psicopatologia ha trovato una sua declinazione tecnica nel campo fenomenologico-ermeneutico. In ambito di psicopatologia in condizioni migratorie al comprendere l’altro si aggiunge il fatto che l’altro proviene da un altro posto, da altre abitudini, tradizioni, etc. Insomma, da un’altra sfera culturale. Ciò da sempre solleva il dibattito natura vs. cultura: i fenomeni psicopatologici sono assimilabili a sintomi espressione di malattie, viste come enti di natura, oppure sono costrutti culturali? A seconda della risposta a questa questione cambia l’approccio. Per il “naturalista” l’importante è far diagnosi nel modo giusto e dare la terapia corretta, indipendentemente da dove venga il paziente. Per il “culturalista” invece è la cultura che ha creato il disturbo e dunque è nella e con la cultura di appartenenza che esso va inquadrato e trattato. Inutile dire che queste sono posizioni estreme, e che probabilmente il rapporto natura-cultura è più articolato (e anche variabile a seconda dei casi), con ampi spazi di interrelazione. Concluderemo questo paragrafo illustrando i recenti modelli che ci consentono di orientarci su come questo rapporto si vada a costituire. Per ora però è utile partire dalla base, cioè da come la psicopatologia ha

concettualizzato l'atto insieme tecnico e umano di comprendere l'altro, i suoi vissuti e i suoi fenomeni psicopatologici.

Il concetto di *comprendere* (Verstehen) è stato introdotto in psicopatologia da Karl Jaspers (1959/1964, p.30) per intendere "la visione intuitiva dello spirito, dal di dentro." L'atto del comprendere consiste cioè in un atteggiamento radicalmente diverso rispetto a quello di chi sopra abbiamo chiamato "naturalista": "Quando consideriamo la vita psichica abbiamo a disposizione *due vie*: o *ci trasponiamo interiormente negli altri, ci immedesimiamo* con essi, «comprendiamo», oppure consideriamo singoli elementi dei fenomeni *nella loro connessione e nella loro successione* in quanto dati" (Jaspers, 1959/1964, p.113). Per motivi espositivi Jaspers parte dall'analisi e descrizione dei singoli fenomeni per poi andare alla loro connessione. Seguendo questo filo si passa dai singoli elementi (la percezione sensibile da un lato, il comprendere statico dall'altro) alla loro connessione (rispettivamente, attraverso la spiegazione e il comprendere genetico). E' qui che si pone la distinzione, all'interno del comprendere, tra comprendere *statico* e comprendere *genetico*.

Il primo è stato egregiamente caratterizzato da Achella (2004, pp.71-72): "Il comprendere [...] parte dall'osservazione "dal di dentro". In base a tale procedimento il medico parte dalla descrizione dei singoli fenomeni dell'esperienza vissuta del paziente, possibile grazie al ricorso al metodo fenomenologico, e, attraverso l'empatia (*Einfühlen*), l'immedesimazione, la *trasposizione interiore* (*l'Hineinversetzen*) cerca di rivivere (*Nacherleben*), di rendere presente l'esperienza del malato." Con le parole di Jaspers (1959/1964, p.59), come psicopatologi comprendenti "Ci dobbiamo rappresentare in modo vivo ciò che avviene veramente nel malato, ciò che egli ha veramente vissuto, come sia sorta qualche cosa nella sua coscienza, come egli si senta." Ciò con un atto di immedesimazione intuitiva che per quanto epistemologicamente problematica costituisce il fondamento essenziale del nostro operare: lo psicopatologo "compie non solo una osservazione indifferente, come nella lettura di una misura, ma nell'atto di scrutare l'anima egli deve comprendere e partecipare. Deve esserci in lui come una immedesimazione nell'altro, che consiste nel tentativo di autotrasformarsi pari a quello dell'attore che si immedesima nel personaggio pur restando sé stesso" (Jaspers, 1959/1964, pp.23-24). Come è stato sottolineato, "in questo movimento tecnico e umano insieme di risonanza interna con i vissuti dell'altro e contemporaneamente di capacità di rimanere obiettivo, si pone l'essenza del comprendere statico e, potremmo dire, dell'intero operato dello psicopatologo" (Aragona, 2009, p.34).

Se il comprendere statico riguarda la capacità di "presentificare" ciò che prova l'altro in un dato momento, e dunque ha a che vedere con la possibilità di concepire appieno i singoli fenomeni presenti nella coscienza del nostro interlocutore (compito che Jaspers assegna alla

fenomenologia), il comprendere genetico opera mettendo in relazione tra loro i fenomeni mentali, illuminando su come essi “sorgono spontaneamente gli uni dagli altri, dall’interno, secondo un nesso comprensibile e tramite dei rapporti di senso” (Cantillo, 2001, p.26). Jaspers stesso (1913/2004, pp.98-99) usa parole molto chiare al riguardo: “La fenomenologia ci fornisce una serie di frammenti, di elementi dello psichico realmente vissuto. Ci chiediamo immediatamente in quali *connessioni* essi siano. In alcuni casi *comprendiamo come lo psichico derivi con evidenza dallo psichico*. In questo modo, possibile solo rispetto allo psichico, comprendiamo come la persona aggredita diventi furiosa, l’amante ingannato diventi geloso, come da un motivo derivino una decisione e un fatto. Nella fenomenologia ci presentifichiamo singole qualità, singoli *stati*, comprendiamo in maniera statica, qui invece cogliamo il *derivare l’uno dall’altro*, comprendiamo *geneticamente*. Nel comprendere statico (*fenomenologia*) cogliamo per così dire la sezione trasversale dello psichico, nel comprendere genetico (*psicopatologia comprendente*) la sezione longitudinale.”

Dunque, nelle sue articolazioni il comprendere emerge come metodo ermeneutico all’interno di una relazione terapeutica basata sull’incontro umano, sullo scambio di significati, sull’apprezzamento delle motivazioni personali. E’ cioè un punto di vista prettamente umanistico all’interno della relazione di cura, che ci apre alla sfera della soggettività e della cultura nella quale essa si appalesa. Però è altrettanto interessante notare che Jaspers è molto attento a non assolutizzare questo punto di vista, riconoscendo valore anche all’approccio naturalista che cerca di obiettivare i fenomeni e spiegarli scientificamente. Insomma, in Jaspers il comprendere è quell’atto di immedesimazione intuitiva che fa rivivere in noi il vissuto dell’altro (empatia), da considerare come un lato di una relazione tra metodi che include la spiegazione (*Erklären*) come altro polo, il tutto all’interno di un pluralismo metodologico (cfr. Aragona, 2013; Villareal & Aragona, 2014).

In anni successivi al contributo di Jaspers, la psicopatologia fenomenologica si è interrogata molto sulle caratteristiche e i limiti del comprendere, con una svolta heideggeriana che ha portato il dibattito in modo più netto sul versante “culturalista”. In quest’ambito il comprendere non era più un atto di immedesimazione empatica, ma un atto di interpretazione e di auto-interpretazione che lasciava emergere il “modo di essere” della “presenza”, o “esserci” (Dasein). Senza entrare in tecnicismi che in questa sede sono fuori luogo, in psicopatologia fenomenologica il modo di procedere può essere schematizzato così: tramite una preliminare delimitazione del campo ci si concentra sui fenomeni di coscienza per come essi effettivamente si danno, mettendo tra parentesi i nostri precedenti pregiudizi su come le cose dovrebbero essere in teoria (questa cosa i fenomenologi la chiamano epochè, o “riduzione fenomenologica”). Quindi, si cerca di accedere al senso che tutto ciò ha per l’altro, in particolare

studiando come l'altra persona "progetta" il proprio essere nel mondo: come egli struttura il proprio spazio, il proprio tempo, il proprio modo di entrare in relazione con gli altri, etc. Ne consegue che se ciò che è in questione non sono più i sintomi ma il modo di essere nel mondo della persona, allora un diverso modo di essere non è necessariamente segno di malattia. Ciò significa che le categorie sano/malato, normale/patologico diventano fluide. E allora l'altro diviene portatore di propri valori che vanno seriamente considerati all'interno della relazione, e la cultura non può che essere matrice determinante di come valori e fenomeni psicopatologici si strutturano e si condizionano reciprocamente in una data persona, in una data epoca, all'interno di un contesto sociale e culturale di appartenenza. Non è un caso che nel parlare della questione dell'incontro tra clinico e persona sofferente Stanghellini (2013, p.340) citi l'antropologo De Martino subito dopo aver sostenuto che "Il rapporto tra intervistatore e intervistato è un rapporto di co-presenza: una conseguenza di rilievo di ciò è la riduzione del potere dell'intervistatore a causa della trasformazione della sua relazione con l'altro, da una relazione soggetto-oggetto a una partnership soggetto-soggetto. In questo contesto fare un colloquio [interviewing] significa negoziare un costrutto cross-culturale, e cercare una significatività [meaningfulness] è connettere due orizzonti di significati distanti."

Ci sono pochi dubbi che queste impostazioni della psicopatologia classica, originariamente nate in un contesto europeo e senza pretese in ambito transculturale, aprano un importante sentiero verso una lettura culturalmente orientata della sofferenza psichica. Infatti, i fenomeni non sono più meri dati da osservare e descrivere (come nelle tradizioni positiviste ed empiriste che così grande parte hanno ancora oggi negli approcci della psichiatria dominante, in particolare quella nordamericana). Al contrario, i fenomeni psicopatologici hanno a che fare con una costruzione di significato all'interno di una relazione, e in essa si esprime l'intero mondo (non solo personale, ma anche sociale e culturale) di entrambi i contraenti della relazione, clinico e "paziente". Certo, però, una cosa è enunciare l'importanza di quanto appena detto, e un'altra avere dei modelli credibili anche dal punto di vista scientifico di come "natura" e "cultura" si intreccino nella co-costruzione, nell'incontro clinico, dei fenomeni psicopatologici. Ad esempio, Berrios (2013, p.42) nota che tutti ammettono in generale che la cultura sia importante per i sintomi psichiatrici, ma poi "nell'idea del fenotipo, quando gli chiedi quale sia esattamente il ruolo della cultura nella formazione del fenotipo, la gente inizia a pensarci su e dice: "Beh, è nel contenuto dei sintomi. Se tu fossi cinese o peruviano avresti altri oggetti delle tue allucinazioni". Ma questo è tutto ciò che ammettono. Dal loro punto di vista la forma è assolutamente universale. Il mio punto è che ciò non sia abbastanza; la questione è "La cultura quanto profondamente modella i sintomi mentali?"".

È quindi su questa questione per noi così importantissima che si è concentrata la scuola di Cambridge, in un tentativo di indicare come attività cerebrale e piano semantico si intersecano nel dar vita ai nostri quadri clinici. In questo modo, essa prosegue la strada già indicata dalla psicopatologia classica. Ma mentre per Jaspers i due livelli procedono in parallelo (spiegazione e comprensione entrambe necessarie ma distinte), e mentre per molti fenomenologi ciò che conta è solo il piano culturale (Callieri era uso iniziare le sue relazioni con la frase “C’è l’uomo natura e l’uomo cultura. Io scelgo di occuparmi del primo”, riecheggiando in questo l’ appunto che Binswanger fece a Freud in una loro celebre conversazione), per la scuola di Cambridge i due piani si intersecano con modalità differenti a seconda dei casi. In altre parole, i sintomi mentali sono formati (o, meglio, costruiti) come risultato di interazioni complesse tra segnali cerebrali e informazione “semantica”, la cui proporzione varierà da sintomo a sintomo (Berrios, 2014). In particolare, questo modello suggerisce vi siano quattro “percorsi” [pathways] che possono dar luogo a diversi tipi di sintomi mentali e che possano render conto della loro eterogeneità strutturale. Qui ci concentreremo sul percorso (a), che meglio di tutti illustra l’interrelazione tra piano neurobiologico e piano semantico-culturale. Esso riguarda i vissuti soggettivi, fenomeno per eccellenza dello studio della psicopatologia. Diversamente da altri casi, nei quali a un’attivazione cerebrale corrisponde direttamente un effetto comportamentale, vi sono situazioni nelle quali una determinata attività cerebrale non produce un effetto visibile ma bensì un cambiamento nel flusso di coscienza, ovvero un vissuto soggettivo. I vissuti in questione possono essere comunicati direttamente oppure occorre elicitargli, in entrambi i casi il soggetto li riporta come un qualcosa che avviene nella sua sfera di coscienza (in prima persona, come si usa dire oggi). Ora, affinché la persona possa parlarne, occorre prima che ella identifichi l’esperienza che sta vivendo. Ciò richiede la capacità di identificare, differenziare e denominare il vissuto in questione. Ciò è particolarmente evidente nel caso di esperienze mai provate prima e in qualche modo strane o ineffabili, come ad esempio nel caso dello stato d’animo che precede immediatamente l’insorgenza di uno stato delirante (la cosiddetta *Wahnstimmung*). Qui la persona ha la sensazione che qualcosa di nuovo accade, prova qualcosa mai provato prima. A questo stadio Berrios (2013; 2014) parla di un’esperienza ancora indeterminata che egli chiama “brodo primordiale”. Inizialmente il paziente sarà sconcertato da questa esperienza (quello che esternamente si vede nella mimica come perplessità), poi cercherà di dare un senso a questa esperienza, e per farlo userà le categorie a sua disposizione. Da questo processo inizierà una prima “messa in forma”, una prima “costruzione” interpretativa dell’esperienza, e ciò sarà inevitabilmente fatto facendo ricorso a ciò che la persona ha a disposizione, ovvero le categorie di significato personali, familiari, sociali e culturali, attraverso le quali provare a delimitare e denominare la propria esperienza. Ciò significa che, a parità di segnale neurocerebrale di

partenza, il modo in cui il vissuto corrispondente viene messo in forma per essere comunicabile dipende da molteplici variabili di significato. Ne consegue che persone diverse con diverse caratteristiche personali, piuttosto che diversi livelli di istruzione, piuttosto che diversi contesti culturali di appartenenza, potranno denominare in modo diverso la stessa esperienza di base. E' questo un altro modo possibile di concettualizzare il fenomeno degli "idioms of distress" e la questione del vissuto personale di *illness* di cui si occupa l'antropologia medica. Detto in altri termini, che un dato vissuto sia espresso come umore depresso, senso di fatica, dolore etc., può dipendere non solo dall'attività cerebrale di base che fa partire il vissuto, ma anche da quei fattori non-biologici (personali e culturali) che configurano il segnale originario dando luogo al fenomeno finale. E a questo punto interviene un ulteriore passaggio, perché la persona che parla dei suoi vissuti psicopatologici ne parla con un clinico che a sua volta ha a disposizione una serie di categorie di senso per inquadrare ciò che viene detto. Sarà solo al termine di questa "contrattazione di significato" all'interno dell'incontro clinico, che il fenomeno psicopatologico acquisirà una sua finale definizione, divenendo così "obiettivo". Dunque, i fenomeni psicopatologici non si danno *simpliciter*, ma sono il prodotto finale di un complesso processo di co-costruzione ermeneutica culturalmente contestualizzata.

Conclusioni

In questo scritto si è affrontato un tema generale che è alla base dei discorsi sulla mediazione in contesti di cura: la questione di come comprendiamo l'altro che ci è di fronte, che implica anche quella del come egli vede noi e come noi ci auto-comprendiamo nel nostro operato, in un processo ricorsivo di progressiva sintonizzazione reciproca nel quale il mediatore si inserisce come elemento a volte determinante. Ovviamente non se ne sono trattate tutte le possibili implicazioni, e si è scelto di concentrarsi su alcuni punti che in un contesto di cura sembravano avere la maggior necessità di chiarificazione concettuale.

Si è partiti dal tema delle possibili incomprensioni nella relazione clinico-paziente, mettendo in evidenza gli elementi generali che occorre considerare in ogni relazione terapeutica che avviene in contesti interculturali. La prima cosa trattata è stata la difficoltà di denominare i propri vissuti soggettivi, che ci ha fatto entrare da subito nel problema generale del comprendere, che poi nella seconda parte si è approfondito sino ad arrivare a definire i fenomeni psicopatologici come co-costruzioni di significato nell'ambito della relazione terapeutica. Si è poi passati a considerare le possibili incomprensioni linguistiche, e anche qui si è messo in luce come la difficoltà non consista solo nel non capire una lingua, ma nella variabilità dei riferimenti semantici, ovvero della relazione tra la parola (il significante) e il concetto/i concetti che essa designa (il significato). Quindi si è discusso dell'aspetto "extralinguistico" dei simboli, ovvero il fatto che alla

stessa parola le persone possono associare reazioni emotive molto diverse (si è fatto l'esempio della parola anemia, che in certi contesti diventa sinonimo di malattia gravissima). Infine, si è messo in rilievo il ruolo dei fattori più tipicamente culturali che fanno sì che anche aspetti comunicativi normalmente impliciti diventino ambigui se in contesti diversi, per cui è necessario esplicitarli, e degli orientamenti filosofici, religiosi, etc.

È chiaro che per ognuno di questi punti il ruolo del mediatore non si può limitare a quello di semplice traduttore. Egli deve riuscire a rendere la diversa sfumatura semantica che si cela dietro l'utilizzo di termini corrispondenti, aiutare la persona ad esprimere pienamente il senso della sua richiesta di aiuto, e aiutare il clinico a comprenderla; deve inoltre aiutare il paziente a comprendere cosa sta succedendo e cosa il clinico sta facendo, e deve aiutare il clinico a comprendere il senso delle risposte del paziente al suo intervento, e così via in una ricorsività di livelli e significati che si estende nel tempo del colloquio.

Come se ciò non fosse già sufficientemente complesso, abbiamo anche passato in rassegna le specificità legate alla particolare condizione psicopatologica delle vittime di tortura e violenza intenzionale, come anche quelle legate al tipo di setting che si utilizza per la terapia. Non si può pensare che il mediatore debba conoscere già prima le possibili reazioni psicopatologiche, anche se una diffusione a tutti gli operatori coinvolti nella gestione dei migranti delle conoscenze di base in quest'ambito è importante per la prevenzione delle ritraumatizzazioni secondarie, e quindi va incoraggiata. Ciò che è importante allora non è tanto che il mediatore sia già preparato a questi contenuti, quanto che nel setting ci sia sempre una possibilità aperta di metacomunicazione per poterne parlare e chiarirsi su punti specifici sia nei contenuti che nelle procedure adottate. In ambito psicopatologico il mediatore è parte integrante della terapia, e quindi deve "muoversi" relazionalmente in modo appropriato e coerente con gli obiettivi terapeutici, e qui è responsabilità del clinico spiegare bene al mediatore cosa ci si può aspettare nell'incontro col paziente e cosa ci si aspetta che il mediatore faccia o si astenga dal fare. Ovviamente anche qui non si può pretendere una formazione già compiuta su tutto, ma ogni spazio di metacomunicazione è una buona occasione per fare "in diretta" questa formazione. Giusto per fare qualche esempio concreto, una volta un mediatore mi dice a fine seduta "Scusa, ma io devo tradurre anche quando il paziente ti dice le parolacce?" In certi contesti la mediazione può significare far avvicinare le parti, per cui un mediatore che ha come fine quello di aiutare la persona migrante è probabile che si astenga dal tradurre le parolacce se queste sono rivolte al commissario che sta esaminando la sua richiesta d'asilo. Ma in psicopatologia la cosa è molto diversa, e come clinico ho bisogno di avere una informazione come questa, perché dice qualcosa sulla relazione ed è su di essa che devo lavorare. Lo stesso vale per le incoerenze nelle narrazioni; quello che mi aspetto non è che il mediatore riempia i buchi della narrazione

dandomi una storia coerente, mi serve di più sapere se il paziente fa salti logici, se i nessi associativi sono in ordine, se tra parola, mimica ed emozioni espresse c'è o non c'è congruità, etc. E' da queste sfumature formali che spesso si può operare un buon orientamento diagnostico e terapeutico, e di nuovo è responsabilità del clinico far passare al mediatore l'importanza di ciò.

Infine, una breve nota sulla protezione del mediatore. Il paziente non è solo la vittima e testimone della violenza subita. È anche un agente traumatizzante, perché nel raccontare a noi quello che gli è successo ci espone a nostra volta a vissuti traumatici che possono ingenerare sofferenza. Se ciò vale per il clinico, vale a maggior ragione per il mediatore, sia perché usualmente non riceve una preparazione specifica su questo, sia perché le sue personali esperienze di vita possono entrare in risonanza con quanto racconta il paziente, rendendolo più vulnerabile a un eventuale effetto psicotraumatico. E' allora particolarmente importante prevedere uno spazio alla fine di ogni seduta nel quale, una volta salutato il paziente, le altre persone che hanno preso parte alla seduta possano fermarsi a discutere di quanto accaduto, dando sufficiente tempo e spazio alla possibilità di far emergere i vissuti emotivi. Anche questa è prevenzione delle reazioni post-traumatiche, e di nuovo se la responsabilità del processo è primariamente del clinico, il mediatore ne è però parte attiva e fondamentale.

Concludendo, abbiamo cercato di far vedere anche gli aspetti pratici della questione, ma ponendo il tutto all'interno di un discorso più generale che consenta di dare un senso alle proposte pratiche. A giudizio di chi scrive fare psicopatologia in ambito di migrazioni è fondamentale non perché apre la prospettiva alle questioni culturali, ma perché ci consente di vedere con più chiarezza quanto il nostro operato sia sempre intrinsecamente e fondamentalmente culturale, anche con utenze occidentali. Si può quindi chiudere col dire che sempre "fattori personali, familiari e socio-culturali cooperano nel dar forma ai cosiddetti "idioms of distress". Alcuni pazienti riportano la propria sofferenza nella forma sintomatica più usuale e "attesa" nel loro contesto socio-culturale. Altri pazienti possono dar forma a vissuti simili in un modo più idiosincratico. In entrambi i casi, allo stesso vissuto originario viene data una forma secondo fattori personali e culturali" (Aragona & Marková, 2015).

Bibliografia

- Achella S.** (2004) Nota introduttiva. In: Jaspers K. Scritti psicopatologici. Guida, Napoli: 67-79.
- American Psychiatric Association.** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aragona M.** (2009) Il mito dei fatti. Una introduzione alla filosofia della psicopatologia. Crossing Dialogues, Roma.
- Aragona M.** (2013) Empatia e psicopatologia: analisi storico-epistemologica del concetto di comprendere in Karl Jaspers. *Journal of Psychopathology*, 19: 14-20.
- Aragona M, Catino E, Pucci D, Carrer S, Colosimo F, Lafuente M, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S.** (2010) The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of Traumatic Stress*, 23: 615-622.
- Aragona M, Marková I.** (2015) The hermeneutics of mental symptoms in the Cambridge School. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18: 599-618.
- Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S.** (2012b) Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9: 67-74.
- Aragona M, Rovetta E, Pucci D, Spoto J, Villa AM.** (2012a) Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17: 477-91.
- Berrios GE.** (2013). Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 6: 39-48.
- Berrios GE.** (2014) Per una nuova epistemologia della psichiatria. Fioriti Editore, Roma.
- Caizzi C, Mazzetti M.** (2014) L'esperienza di *Ferite Invisibili*. In: Aragona, Geraci S, Mazzetti M. (a cura di): Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura. Pendragon, Bologna, 2014: 23-27.
- Cantillo G.** (2001) Introduzione a Jaspers. Laterza, Roma-Bari.
- Colasanti R, Geraci S.** (2000) I livelli di incomprensione tra medico e paziente migrante. In: **Geraci S.** (a cura di) Approcci transculturali per la promozione della salute. Edizioni Anterem, Roma: 213-220.
- Diasio N.** (2000) Differenze culturali e percezione di salute. In: Geraci S. (a cura di) Approcci transculturali per la promozione della salute. Edizioni Anterem, Roma:182-192.
- Jaspers K.** (1913/2004) Psicopatologia generale (prima edizione). In: Jaspers K. Scritti psicopatologici. Guida, Napoli: 81-126.
- Jaspers K.** (1959/1964) Psicopatologia generale, VII Edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

- Mazzetti M.** (2008) Trauma and migration. A transactional analytic approach towards refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal*, 38: 285-302.
- Schweitzer RD, Brough M, Vromans L, Asic-Kobe M.** (2011) Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45: 299-307.
- Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z.** (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170: 351-357.
- Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay K.W.** (2011) Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Society, Science and Medicine*, 72: 1149-1156.
- Stanghellini G.** (2013) Philosophical resources for the psychiatric interview. In: Fulford KWM. (Ed). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford University Press, Oxford: 320-355.
- Aragona M, Villarreal H.** (2014) El concepto de "comprensión" (Verstehen) en Karl Jaspers. *Vertex*, 25: 262-265.

IL PROGETTO **PSYCHCARE:** METODOLOGIA E RISULTATI



IL PROGETTO PSYCHCARE: METODOLOGIA E RISULTATI

Le linee di indirizzo per la presa in carico integrata della salute mentale dei migranti forzati contenute nella seconda parte della presente pubblicazione sono state elaborate nell'ambito del progetto *PsychCare - Psychiatric Services for Refugees* finanziato dalla Open Society Foundations (OSF – www.opensocietyfoundations.org) tra le attività del Public Health Program. In un arco temporale di due anni (10 settembre 2018 - 09 settembre 2020), il progetto sta realizzando un'azione di advocacy partecipata sul tema della tutela della salute mentale dei migranti forzati, con la finalità di migliorare la capacità di presa in carico dei servizi volti a tutelare i segmenti più vulnerabili della popolazione migrante in quattro regioni italiane - Lazio, Lombardia, Campania, Sicilia. I quattro territori sono stati scelti perché particolarmente rappresentativi rispetto alla presenza di migranti forzati, ma anche perché caratterizzati da significativa varietà rispetto all'organizzazione del servizio sanitario e alle risorse territoriali disponibili.

Il tema della tutela del benessere psico-sociale dei migranti e richiedenti asilo in Italia, nonostante alcune esperienze virtuose distribuite sul tutto il territorio nazionale, non ha ricevuto sufficiente attenzione, soprattutto in termini di programmazione dei servizi socio-sanitari. Varie linee guida ministeriali e regionali hanno provato a dare impulso all'attuazione di politiche più adeguate, ma ad oggi con risultati ancora insoddisfacenti.⁴² D'altra parte i bisogni di salute specifici e le complessità clinico-terapeutiche rendono questa popolazione, pur numericamente contenuta, degna di un focus particolare.⁴³ Si deve anche rilevare che gli operatori sociali, specialmente quelli delle strutture di accoglienza, hanno in genere una conoscenza dei servizi territoriali di salute mentale assai meno approfondita di quella che hanno degli altri servizi sanitari: ancora molte sono le incertezze rispetto al loro funzionamento e la loro finalità. Questo non sorprende, specialmente se si tiene conto del fatto che la legge di riforma sanitaria del 1978 non ha ancora trovato in Italia un'applicazione piena e omogenea.⁴⁴

⁴² Su questo tema si rimanda al contributo di G. Santone, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale: elaborazione e recepimento*.

⁴³ Sulla specificità dei bisogni di salute mentale dei migranti forzati si rimanda al contributo di M. Libertas e A. Petta, *Il profilo di salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati*.

⁴⁴ Per una presentazione del modello italiano di psichiatria territoriale si rimanda al contributo di G. Corrivetti.

È indubbio che per sostenere le capacità del sistema nazionale di accoglienza di operare in modo efficace in questo ambito è necessario promuovere una crescita culturale del sistema tutto come premessa di un miglioramento a livello metodologico e operativo. Il progetto Psychcare intende dare un contributo promuovendo una riflessione condivisa su come tutelare il benessere psico-sociale dei migranti e richiedenti asilo, specialmente quelli inseriti nel sistema di accoglienza, e come promuovere un maggiore e puntuale coinvolgimento del Sistema Sanitario Nazionale nella presa in carico a livello sanitario in modo di garantire un accesso alle prestazioni più adeguato a su tutti i territori.

L'azione di advocacy complessiva del progetto Psychcare si articola in tre linee di attività distinte ma sinergiche, tutte necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo complessivo e pertanto realizzate simultaneamente e funzionali l'una all'altra.

Il punto di partenza per l'azione di advocacy è stato la realizzazione di un *assessment* dello stato dell'arte rispetto all'accesso dei migranti forzati ai servizi di salute mentale in quattro regioni italiane, rappresentative del panorama nazionale, allo scopo di individuare fragilità, pratiche improprie, ritardi nel sistema, barriere culturali e di altra natura, e possibili risposte a livello locale e nazionale. La ricognizione, i cui risultati sono presentati sinteticamente in questo capitolo, era anche volta ad individuare e valorizzare prassi operative efficaci, di successo, sperimentate nei territori presi in esame.

Contestualmente alla raccolta di informazioni si è avviata una capillare attività di *awareness raising*, volta a stimolare una riflessione e accrescere la consapevolezza di tutti gli attori sul tema della salute mentale dei migranti forzati. Il progetto ha proceduto a creare una comunità di persone a vario titolo interessate (operatori del servizio sanitario, delle strutture di accoglienza e dei servizi sociali, rappresentati territoriali delle istituzioni...), che hanno partecipato direttamente o indirettamente a tutte le fasi del progetto, dall'identificazione delle criticità all'individuazione di proposte e raccomandazioni.

Il terzo aspetto su cui il progetto è intervenuto è stato il rafforzamento del lavoro di rete tra i diversi stakeholder (*networking*). A livello locale, il progetto ha rappresentato un'occasione per promuovere il confronto tra i diversi attori impegnati a diverso titolo nell'accoglienza e cura dei migranti forzati, al fine di individuare soluzioni condivise e modelli operativi più adeguati. Allo stesso tempo, sono stati facilitati i contatti e il confronto diretto e indiretto tra tutte le persone coinvolte a livello nazionale, anche attraverso una newsletter periodica contenente aggiornamenti sulle attività di progetto e segnalazioni di iniziative, eventi e pubblicazioni rilevanti. Sui singoli territori, dunque, le attività proposte sono state occasione di capacitazione per i servizi, di consolidamento delle collaborazioni esistenti e di creazione di nuove opportunità. Ma fin da subito il progetto si è proposto di mantenere in tutte le sue fasi uno

sguardo più ampio, in modo che il lavoro comune della comunità di stakeholder delle quattro regioni potesse produrre indicazioni utili anche per il miglioramento del sistema nazionale nel suo complesso.

Riteniamo inoltre che l'esito di questo lavoro possa rappresentare un utile contributo anche in una prospettiva europea. Il concetto stesso di protezione internazionale infatti non può non comprendere un'adeguata tutela della salute, inclusa la salute mentale. Per questo motivo sarebbe auspicabile definire linee guida e strategie comuni a livello comunitario anche per tutelare e promuovere la salute mentale dei migranti forzati in tutte le fasi del loro percorso in Europa, dall'arrivo alla loro piena integrazione nelle comunità di accoglienza. I concetti di "vulnerabilità" e di "esigenze specifiche" così come formulati nelle Direttive relative alle procedure di asilo e alle condizioni di accoglienza non sono evidentemente sufficienti per garantire adeguatezza e uniformità nelle risposte ai bisogni dei migranti forzati, con il rischio di escludere dalla protezione e dai percorsi di integrazione proprio le persone che maggiormente necessitano di tutela.

Il sistema di accoglienza italiano

L'Italia ha maturato una lunga esperienza specifica in merito alla tutela della salute mentale dei migranti forzati: nonostante la frammentarietà territoriale e le contraddizioni del sistema di asilo italiano, esperienze, buone pratiche e riflessioni condivise da specialisti e operatori sociali rappresentano un patrimonio a cui l'intera Unione Europea può attingere, pur nelle differenze nazionali rispetto all'organizzazione del sistema di accoglienza, del welfare in generale e del servizio sanitario.

Va sottolineato che il primo anno di attività del Progetto PsychCare è coinciso con un momento di profonda trasformazione nel sistema di accoglienza italiano, in seguito all'entrata in vigore del decreto sicurezza (poi legge 1 dicembre 2018/ n. 132): i richiedenti asilo sono stati esclusi dal sistema di accoglienza SPRAR, riservato ai titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, ed è stata modificata anche la normativa relativa al rilascio del permesso di soggiorno per protezione umanitaria. Contemporaneamente sono stati rivisti i capitolati relativi ai centri di accoglienza straordinaria (CAS), che accolgono la quasi totalità dei richiedenti asilo, con un rilevante ridimensionamento delle risorse e l'eliminazione di servizi per l'inclusione sociale e di figure professionali, tra cui quella dello psicologo. Il processo di adeguamento degli standard delle strutture di prima accoglienza nella prospettiva di costruire un sistema di accoglienza nazionale unico, che era in corso dal 2014, è stato bruscamente interrotto dai nuovi provvedimenti, di segno opposto. Gli effetti delle nuove disposizioni hanno cominciato ad essere visibili già nei primi mesi del 2019: le reti territoriali sono risultate

indebolite e il numero dei migranti rimasti esclusi dalle misure di accoglienza e integrazione è cresciuto, aggravando le situazioni di vulnerabilità sui territori. La riflessione sollecitata dal progetto Psychcare si è inserita in un dibattito avviato da tempo e che ha in qualche misura percorso tutta l'evoluzione dell'accoglienza dei migranti forzati in Italia, da sempre caratterizzata da disomogeneità e contraddizioni⁴⁵.

In questo contesto una delicatezza particolare ha la definizione del ruolo e della responsabilità del sistema di accoglienza quando le persone accolte sono portatrici di sofferenza psichica. La riflessione avviata in seno allo SPRAR a partire dal 2008, che poteva essere riassunta nel principio di assicurare in tali casi "percorsi dedicati e specifici, ma non separati",⁴⁶ ha indicato alcuni spunti di metodo importanti,⁴⁷ ma ha anche nel tempo ingenerato un parziale equivoco rispetto alla funzione di posti o strutture dedicati all'accoglienza di migranti forzati portatori di disagio mentale. La palese inadeguatezza dei CAS ad assicurare condizioni di accoglienza

⁴⁵ Il processo avviato con la Conferenza unificata del 10 luglio 2014, che aveva sancito l'Intesa tra i vari livelli di governo nazionale e locale per un progressivo superamento della logica emergenziale che aveva caratterizzato fino ad allora il sistema di accoglienza italiano, attraverso l'integrazione di tutte le tipologie di centri in un sistema unico, è stato bruscamente interrotto da misure di segno opposto. Oggi anche la legge distingue rigidamente tra una "prima accoglienza" destinata ai richiedenti asilo, appaltata a gestori privati, caratterizzata da standard minimi e persino più bassi di quanto finora previsto nei CAS, e una "seconda accoglienza", che corrisponde allo SPRAR (oggi SIPROIMI), riservata ai soli titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, che garantisce percorsi individualizzati e integrati di inclusione sociale, in esplicito raccordo con i servizi pubblici. Questa trasformazione, che era già stata anticipata dalla prassi in molti territori, crea l'effetto paradossale di indebolire e impoverire ulteriormente la tipologia di accoglienza che interessa il maggior numero di persone proprio nel periodo immediatamente successivo al loro arrivo in Italia, in cui è cruciale garantire un alto livello di tutela e un'attenzione specifica all'emersione di eventuali vulnerabilità. Allo stesso tempo si riservano gli standard di accoglienza più elevati a una percentuale molto piccola di persone, vanificandone in buona parte l'efficacia facendole accedere dopo molti mesi (se non anni) di permanenza in Italia e per un periodo di tempo estremamente ridotto, vistosamente insufficiente rispetto alla finalità dichiarata (sei mesi).

⁴⁶ Cfr. A. Signorelli, "Il servizio pubblico al servizio dell'accoglienza", in S. Farotti e M.S. Olivieri (a cura di), *La salute mentale dei rifugiati: un nuovo disegno per l'accoglienza*, Quaderni del Servizio Centrale, Servizio centrale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, Roma 2011, p. 22.

⁴⁷ I principi generali formalizzati nel 2011 ribadiscono che l'accoglienza integrata, secondo un approccio olistico e multidisciplinare, nel caso di persone con disagio mentale va rafforzata "affinché la presa in carico possa essere effettivamente globale e non focalizzata sui soli trattamenti sanitari". Questo deve avvenire attraverso la "triangolazione, vale a dire una collaborazione forte e dialogante tra enti locali, servizi socio-sanitari pubblici, enti gestori dei progetti territoriali dello SPRAR e tutti gli altri attori istituzionali e del privato sociale", la piena assunzione di responsabilità da parte dell'ente locale tanto rispetto all'accoglienza che rispetto alla singola persona, la quale una volta uscita dal progetto di accoglienza verosimilmente continuerà a essere presente sul territorio e a rivolgersi ai locali servizi socio-sanitari, alla stregua del resto della cittadinanza residente" e una piena collaborazione delle aziende sanitarie locali, tanto per la diretta presa in carico degli ospiti che per "il supporto di supervisione all'équipe del progetto di accoglienza" e la "promozione culturale" sul territorio: cfr. S. Farotti e M.S. Olivieri (a cura di), *La salute mentale dei rifugiati: un nuovo disegno per l'accoglienza*, cit., pp. 73-74.

adeguate ai bisogni specifici in tal senso, il ruolo più marginale dei Comuni e il coinvolgimento sempre più limitato delle aziende sanitarie territoriali nella gestione dei centri, hanno creato la diffusa sensazione tra gli operatori che ci sia la necessità di creare “più posti dove trasferire le persone problematiche”. Pur non essendo questo lo spirito con cui lo SPRAR aveva affrontato la questione, il fatto che l'accoglienza SPRAR dedicata a persone portatrici di specifiche vulnerabilità (quali persone disabili o con problemi di salute fisica e mentale) sia sempre rimasta numericamente e geograficamente molto limitata ha reso di fatto insostenibile una piena applicazione della metodologia indicata. Oggi, alla luce della scelta di non creare un sistema di accoglienza unico, il tema della salute mentale di ospiti e operatori delle strutture di accoglienza si pone con particolare urgenza.

La trasformazione del contesto appena delineata ha reso ancora più urgente e necessario il cambiamento che il progetto Psychcare si propone di promuovere: una trasformazione prima di tutto culturale, che restituisca priorità alla promozione della salute mentale di migranti e operatori sociali attraverso un più corretto riconoscimento delle responsabilità di tutti gli stakeholder coinvolti.

Le attività del progetto Psychcare

La programmazione del progetto Psychcare ha distinto cronologicamente tre fasi di attività che hanno avuto tutte come denominatore comune la tensione verso la ricerca di una visione condivisa sul tema della tutela della salute dei migranti forzati e di un accordo sulla necessità che si avvii una riflessione a più voci che indirizzi l'azione in questo ambito:

- a) ricognizione/assessment (settembre 2018-settembre 2019);
- b) analisi e prima stesura delle linee di indirizzo (settembre 2019-febbraio 2020);
- c) costruzione del consenso, rafforzamento delle reti territoriali e validazione delle linee di indirizzo (febbraio 2020-giugno 2020).

La metodologia che meglio si prestava all'esigenza di perseguire simultaneamente i diversi obiettivi del progetto Psychcare era quella della **ricerca-azione partecipata** (PAR Participatory Action Research), “un'indagine sistematica svolta in collaborazione con i soggetti coinvolti in un problema [...] per un'azione volta al cambiamento”⁴⁸. Il gruppo degli stakeholder via via individuati hanno pertanto partecipato, nelle modalità qui descritte, a identificare le criticità, a raccogliere informazioni utili, a riflettere e analizzare gli elementi raccolti per formulare proposte di miglioramento. Inoltre, nell'ambito della ricognizione, i ricercatori hanno avuto la

⁴⁸ S. Tilakaratna, *A Short Note on Participatory Research*. Paper presented to a seminar of Sri Lankan social scientists and community specialists in January 1990.

possibilità di visitare luoghi e servizi e anche di essere testimoni attivi di alcuni progetti specifici relativi alla salute mentale dei migranti forzati.

1. La ricognizione/assessment

Nella prima fase del progetto si è proceduto a contattare e incontrare un numero significativo di stakeholder nelle quattro regioni individuate. L'attività di *assessment* aveva un duplice obiettivo: da un lato, cogliere le fragilità del sistema in una prospettiva locale e nazionale; dall'altro, raccogliere informazioni rispetto alle buone pratiche esistenti sui territori, mettendone a fuoco punti di forza e elementi di replicabilità. L'approccio metodologico scelto per realizzare la ricognizione è stato quello dell'**indagine qualitativa**.

L'ascolto degli attori territoriali più direttamente coinvolti nell'accoglienza e nella cura dei migranti forzati ha anche permesso in alcuni casi di acquisire alcune stime quantitative rispetto al bisogno di cura e alla presenza di migranti nelle diverse tipologie di servizio, che hanno però carattere puramente orientativo, non essendo basate su una raccolta sistematica di dati consolidati.

Aver combinato l'azione di *awareness raising* e di *networking* con l'attività di ricerca ha consentito l'ascolto in modalità diverse di un'ampia platea di attori: psichiatri, psicologi e assistenti sociali dei servizi territoriali, operatori e psicologi dei centri di accoglienza, operatori e volontari di associazioni e enti del terzo settore attivi nei servizi a migranti forzati, rappresentati delle istituzioni locali.

In considerazione del fatto che proprio nel periodo in cui la rilevazione veniva realizzata si sono verificate, come accennato in premessa, trasformazioni significative del contesto di indagine, si è avuto cura di mantenere nella rilevazione un buon grado flessibilità, per poter intercettare al meglio gli elementi di trasformazione. Si è ritenuto necessario, quindi, dopo alcuni mesi, aggiornare le tracce di intervista utilizzate, ma è stato soprattutto il coinvolgimento degli intervistati nelle fasi successive del progetto che ha consentito di mantenere con alcuni di loro un'interlocuzione aperta e di ridiscutere alcune questioni anche a distanza di tempo dalla prima intervista.

Per la rilevazione si è scelto di utilizzare quattro strumenti tipici dell'indagine qualitativa:

- *Snowball sampling*. Fin da subito si è rinunciato a costituire un campione di intervistati che avesse una validità statistica, dato che i limiti dell'intervento non consentivano di procedere in tal senso. Del resto, la natura qualitativa della ricognizione suggeriva piuttosto l'adozione di una strategia di *sampling* su base relazionale. Abbiamo pertanto

optato per la tecnica dello *snowball sampling*: individuato un primo gruppo di persone da intervistare, a partire dagli stakeholder che sui quattro territori oggetto della rilevazione risultavano più esperti e attivi sul tema della salute mentale dei migranti forzati, si è chiesto a ciascuno di essi di indicare altre persone da coinvolgere nella rilevazione.

- *Indagine sistematica*. Parallelamente, si è proceduto a contattare sistematicamente i responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale dei territori in oggetto, per integrare il punto di vista degli attori più sensibili e impegnati con una prospettiva più rappresentativa del livello di awareness effettivo dei servizi.
- *Intervista semi-strutturata one2one*, nella modalità *face2face* quando possibile e in forma di intervista telefonica negli altri casi. Le interviste qualitative sono, come è noto, conversazioni “estese” tra il ricercatore e l’intervistato, durante le quali il ricercatore cerca di ottenere informazioni quanto più dettagliate e approfondite possibili sul tema della ricerca. Al pari delle altre tecniche qualitative, l’obiettivo primario dell’intervista è accedere alla prospettiva del soggetto intervistato, cogliendo le sue categorie concettuali e le sue interpretazioni della realtà. L’intervista semi-strutturata è guidata dall’intervistatore sulla base di uno schema di interrogazione flessibile e non standardizzato e prevede una traccia che riporta gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati durante l’intervista. Nonostante la traccia comune, la conduzione dell’intervista può variare sulla base delle risposte date dall’intervistato e sulla base della singola situazione. L’intervistatore, infatti, non può affrontare tematiche non previste dalla traccia ma, a differenza di quanto accade nell’intervista strutturata, può sviluppare alcuni argomenti che nascono spontaneamente nel corso dell’intervista qualora ritenga che tali argomenti siano utili alla comprensione del soggetto intervistato. La traccia dell’intervista semi-strutturata stabilisce insomma una sorta di perimetro entro il quale l’intervistato e l’intervistatore hanno libertà di movimento consentendo a quest’ultimo di trattare tutti gli argomenti necessari ai fini conoscitivi. La traccia di intervista utilizzata nell’ambito della rilevazione del progetto Psychcare, che in caso di interviste telefoniche è stata condivisa con gli intervistati in anticipo rispetto all’appuntamento, è riportata in allegato (Allegato n. 1).
- *Focus group*. Tale tecnica è una discussione attentamente pianificata, per ottenere informazioni su una specifica area di interesse; si svolge come un’intervista di gruppo guidata da un moderatore che, seguendo una traccia più o meno strutturata, propone stimoli ai partecipanti. Rispetto all’intervista *one2one*, il focus group ha il vantaggio di consentire l’interazione e il confronto tra soggetti diversi, con la possibilità di far

emergere in modo dinamico una rivisitazione critica delle posizioni espresse da ciascuno, nonché di portare alla luce dettagli e prospettive che un singolo intervistato potrebbe trascurare. Il moderatore lancia un tema di discussione e attende che la risposta sia generata dalla discussione di gruppo, quindi dall'interazione e dalle dinamiche che si instaurano tra i partecipanti. Nella rilevazione condotta nell'ambito del progetto Psychcare, questo strumento risultava particolarmente utile anche per cogliere la qualità delle relazioni esistenti tra gli stakeholder territoriali e il loro grado di soddisfazione relativamente alle reciproche interazioni. Ogni focus group ha avuto una durata di 3 ore circa. Le domande stimolo utilizzate dai facilitatori sono state in buona parte definite in base ai dati territoriali e agli spunti raccolti attraverso l'osservazione diretta e le interviste individuali realizzate precedentemente, a partire da una griglia essenziale che riportiamo in allegato. Come nel caso delle interviste semistrutturate, la griglia utilizzata (Allegato n. 2) per i focus group con gli operatori e quella utilizzata per i focus group a cui hanno partecipato esclusivamente migranti⁴⁹ sono differenziate e nel secondo caso si è ritenuto opportuno formalizzare alcune indicazioni operative specifiche per i facilitatori, in considerazione della delicatezza degli argomenti trattati e dell'esigenza di garantire il pieno rispetto delle persone coinvolte.

Come si vedrà dalla tabella che segue, sono stati coinvolti a diverso titolo nella rilevazione un totale di **251 persone**. il numero complessivo delle interviste individuali realizzate è stato 79, tra interviste *face2face* e interviste telefoniche. Il numero complessivo dei partecipanti ai focus group 172. In ciascuna delle quattro regioni sono stati organizzati dai 2 ai 4 focus group, facilitati da psicoanalisti e ricercatori dell'IPRS.

Ambito territoriale	Intervistati <i>one2one</i>	Partecipanti a focus group	Totale
Lazio	21	66	87
Lombardia	20	36	56
Campania	28	36	64
Sicilia	10	34	44
Totale	79	172	251

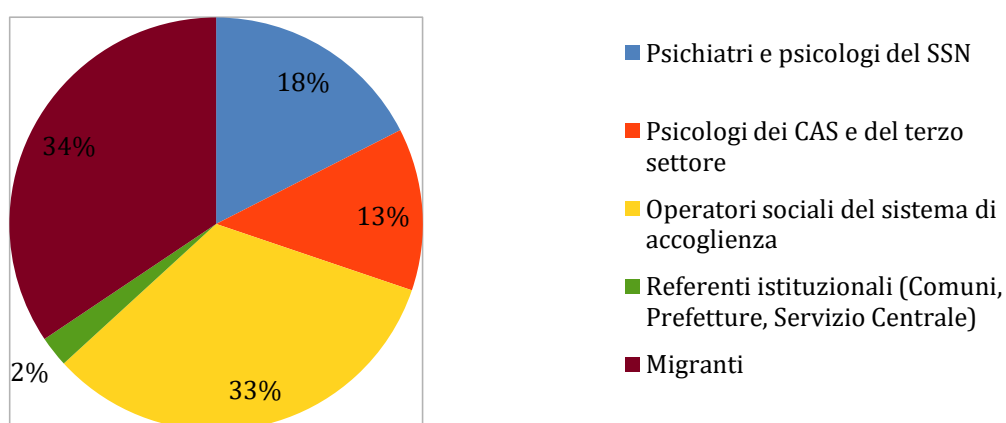
⁴⁹ È importante precisare che alcuni migranti sono stati coinvolti, in qualità di operatori sociali o di mediatori linguistico-culturali, anche nei focus group con gli operatori.

Per quanto attiene alla **tipologia di stakeholder** coinvolti nella rilevazione, si è voluto mantenere un equilibrio tra rappresentanti del servizio sanitario, operatori sociali e migranti. Per quanto riguarda questi ultimi, si è avuto cura di includere tra gli intervistati persone di nazionalità e genere diverso, in fasi diverse del loro percorso migratorio, utilizzando la modalità più indicata e opportuna e adattando, quando necessario, gli strumenti. Particolarmente rilevante e utile, ai fini della ricognizione, è stata la possibilità di ascoltare anche migranti che, arrivati in Italia da un certo numero di anni, sono oggi coinvolti, in qualità di operatori sociali o di mediatori linguistico-culturali, nel sistema di accoglienza e nei servizi territoriali rivolti ai migranti forzati. La ricognizione ha visto il coinvolgimento diretto di un totale di 86 migranti, tra interviste individuali e focus group. In totale, 5 focus group hanno coinvolto esclusivamente migranti (1 nel Lazio, 2 in Campania, 1 in Lombardia e 1 in Sicilia).

Hanno partecipato alla rilevazione di Psychcare:

- 76 operatori sanitari (44 psichiatri e psicologi del SSN e 32 psicologi di enti gestori di centri di accoglienza CAS e SPRAR/SIPROIMI e di organizzazioni del terzo settore)
- 83 operatori sociali coinvolti nel sistema di accoglienza e in altri servizi per migranti forzati
- 86 migranti
- 6 referenti istituzionali (Comune, Prefettura, Servizio Centrale)

Tipologie di stakeholders coinvolti nella rilevazione



1.1 I risultati della rilevazione

Le disponibilità raccolte rispetto alla realizzazione delle interviste hanno fornito una prima indicazione rispetto al contesto che si intendeva analizzare. Come era atteso, la risposta dei servizi pubblici è stata nel complesso meno sollecita rispetto a quella degli operatori del terzo settore. Una parte di tale ritardo è imputabile alla necessità degli operatori del servizio pubblico di ottenere autorizzazioni formali prima di poter rilasciare interviste e un'altra certamente al sovraccarico di impegni che grava sugli operatori a causa della nota scarsità di risorse umane. Più in generale, però, già dalla fase del primo contatto è emerso che non tutti i servizi pubblici di salute mentale hanno lo stesso livello di coinvolgimento rispetto al tema specifico: alcuni sono particolarmente attivi, altri dichiarano di non avere alcuna esperienza a riguardo.

Tuttavia, proprio perché si è attivato un confronto con operatori con culture e sensibilità diverse, per definire le linee di indirizzo ci si è basati sulle posizioni condivise e sui punti sui quali si registrava un ampio accordo tra gli intervistati: come si avrà modo di sottolineare più avanti, il confronto avviato nell'ambito delle attività di progetto ha reso evidente quanto sia complesso trovare soluzioni ad alcune specifiche problematiche della presa in carico, specialmente in un contesto percepito da molti intervistati come meno favorevole rispetto al passato.

Dalla ricognizione effettuata è risultato un generalizzato ritardo nell'offerta di una risposta integrata al bisogno di salute mentale dei migranti forzati sui diversi territori interessati dalle attività di progetto, pur nella specificità di ciascun contesto. Tale ritardo, imputabile in larga misura a una generale fatica dei servizi di salute mentale e delle misure di welfare, soggetti entrambi a importanti ridimensionamenti negli anni, naturalmente non esclude che in alcuni contesti specifici si verificano positive ed efficaci collaborazioni, informali o formalizzate, tra i diversi attori coinvolti nell'accoglienza, nella tutela e nella cura dei migranti forzati. Queste sinergie portano a risultati soddisfacenti soprattutto per quanto riguarda l'emersione precoce e la prevenzione e, in misura più limitata, per la gestione condivisa tra più attori di percorsi di integrazione socio sanitaria.

Purtroppo la sostenibilità di tali interventi è ancora affidata alla possibilità di ottenere finanziamenti mirati. In tutti i territori interessati dall'indagine, una parte significativa delle esperienze e delle prassi positive può essere ricondotta a specifici progetti finanziati con risorse europee (specialmente il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione e, prima del 2014, dal Fondo Europeo per i Rifugiati), che hanno coinvolto enti pubblici e del privato sociale in interventi sperimentali per la presa in carico dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità. Questi progetti hanno rappresentato e continuano a rappresentare occasioni importanti, soprattutto per attingere a risorse aggiuntive e per consolidare collaborazioni tra attori territoriali: d'altra parte, però, gli interventi sono temporanei e si

registra una difficoltà a dare continuità nella programmazione ordinaria a modalità di intervento che si sono dimostrate, anche alla luce di sperimentazioni pluriennali, valide e addirittura necessarie per assicurare il servizio (si pensi ad esempio alla mediazione linguistico-culturale).

Le principali criticità relative alla presa in carico dei bisogni di salute mentale dei migranti forzati emerse dalla ricognizione condotta dal progetto Psychcare vengono riassunte nei paragrafi che seguono secondo un'organizzazione che distingue ambiti di complessità diversi, con la consapevolezza che si tratta di una classificazione che risente di alcune approssimazioni e della natura trasversale di taluni aspetti della presa in carico (e.g. l'appropriatezza culturale degli interventi).

Difficoltà relative all'emersione precoce e alla prevenzione

Gli intervistati concordano sul fatto che, in generale, i bisogni di salute mentale dei migranti forzati emergono prevalentemente in forma di acuzie. A fronte di una frequentazione estremamente limitata dei servizi territoriali di salute mentale da parte dei migranti forzati (e, in alcuni territori, da parte dei migranti in genere), molto più frequenti sono le richieste di TSO o di ricovero in SPDC (Servizio psichiatrico per la diagnosi e la cura) per migranti forzati che manifestano crisi di varia natura.

Questo fenomeno si è andato accentuando con la trasformazione del sistema di accoglienza: la concentrazione di migranti forzati in strutture di grandi dimensioni, con una disponibilità di operatori qualificati sempre più ridotta, ostacola di fatto la messa in atto di strategie di emersione precoce del disagio e di prevenzione, che pure si sono rivelate e si rivelano ancora efficaci laddove l'accoglienza ha potuto mantenere degli standard più elevati.

Su tutti i territori è apparso evidente l'impatto negativo delle modifiche intervenute con l'entrata in vigore del decreto sicurezza (poi legge 1 dicembre 2018/ n. 132) sull'organizzazione del sistema di accoglienza e sulla qualità dell'interazione degli enti gestori con i diversi servizi territoriali, inclusi quelli di salute mentale, al punto che non si esclude una futura revisione almeno parziale dei provvedimenti adottati: i nuovi capitolati per la gestione dei CAS, che a dispetto del nome diventano oggi i centri per l'accoglienza ordinaria dei richiedenti asilo, risultano particolarmente inadeguati rispetto alla dotazione finanziaria e alla tipologia di servizi previsti, pur ridotti a quelli essenziali. Anche laddove si era instaurato un buon livello di collaborazione e raccordo tra i servizi territoriali di salute mentale ed i CAS, come ad esempio in Lombardia, oggi tale collaborazione è molto meno agevole in ragione del fatto che dalle équipes delle strutture di accoglienza è stata eliminata la figura dello psicologo e, in generale, per la complessiva riduzione delle risorse. Inoltre in seguito all'introduzione dei nuovi capitolati, molti enti gestori hanno scelto di non continuare a gestire CAS: questo ha comportato la chiusura di

molti centri e la redistribuzione improvvisa di migranti sul territorio (in Sicilia anche da una provincia all'altra), con la conseguente interruzione di qualunque percorso precedentemente avviato.

Alcuni psicologi e psichiatri hanno segnalato inoltre che una parte delle crisi per cui gli operatori dei centri di accoglienza chiedono l'intervento, sono in effetti imputabili a incomprensioni e conflitti, tanto tra ospiti e operatori che tra gli ospiti di una stessa struttura. In un contesto di tensione, con una ridotta disponibilità di mediatori linguistico-culturali, aumentano le possibilità di considerare impropriamente patologici comportamenti riconducibili a reazioni di rabbia, dolore, ansia o frustrazione. D'altra parte invece si corre il rischio di non rilevare sintomi di disagio potenzialmente altrettanto se non più preoccupanti, quali isolamento e perdita di interesse a qualunque attività, perché, specialmente in una grande struttura, passano inosservati.

Più frequentemente rispetto al passato, l'invio ai servizi di persone con disturbi evidenti per cui si richiede un approfondimento psichiatrico e/o psicologico avviene per iniziativa delle Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale. Questo elemento da un lato testimonia di un'accresciuta sensibilità delle Commissioni; dall'altro tuttavia è un ulteriore elemento che restituisce una scarsa capacità di far emergere precocemente la vulnerabilità dei richiedenti asilo.

Disomogeneità di risposte da parte dei servizi

A parte alcuni specifici servizi che negli anni hanno consolidato una competenza specifica nella cura della salute mentale dei migranti forzati, in virtù di esperienze cliniche maturate negli anni attraverso la costruttiva collaborazione di attori diversi accompagnata da costante riflessione e studio, si riscontra ancora una diffusa difficoltà dei servizi di salute mentale a fornire risposte adeguate ai bisogni di salute di questo specifico target. Soprattutto la mancanza di formazione al lavoro con pazienti di altre culture sembra portare ad errori diagnostici e terapeutici, con rischio elevato di riacutizzazione e/o cronicizzazione delle patologie.

Ad esempio, a Roma, come rilevato anche dalla recente "Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma" (pubblicata nel 2019), sul territorio della Capitale le strutture dedicate (sia pubbliche che private) danno risposte adeguate non solo in termini di competenza specifica, ma anche in termini di prontezza della presa in carico, coordinamento con le strutture di accoglienza, personale accogliente ed empatico, formato sia rispetto alla psicopatologia transculturale che rispetto alle terapie dei traumatizzati, disponibilità di mediatori culturali. Al contrario, i servizi

generali di salute mentale (CSM e SPDC) appaiono mediamente meno adeguati sotto tutti questi profili.

Nei territori dove i servizi di salute mentale registrano una carenza di risorse particolarmente significativa, come la Sicilia e la Campania⁵⁰, anche quando l'accesso ai servizi di salute mentale si realizza, non si riesce ad assicurare più di qualche incontro sporadico, manca una reale presa in carico dell'utente. Questa situazione vale anche per i cittadini italiani, anche se i migranti – come altre fasce fragili della popolazione – la subiscono con drammaticità anche maggiore.

Un bisogno di salute complesso e dinamico

A una generale difficoltà di integrare efficacemente gli interventi sociali e sanitari che si riscontra in misura diversa su tutti i territori, nel caso dei migranti forzati si aggiungono anche elementi specifici e complessi di criticità. Gli operatori di servizi di accoglienza registrano un cambiamento significativo dei bisogni di salute mentale dei migranti accolti, in parte legato all'abbassamento dell'età media degli ospiti e alla diversa esperienza migratoria vissuta, tanto nei Paesi di transito che in Italia. Negli anni scorsi prevalevano gli adulti, che in alcuni casi erano portatori di patologie gravi e conclamate. Adesso invece i centri, specialmente in Sicilia, accolgono prevalentemente neomaggiorenni e persone molto giovani. In questo caso il disagio che manifestano assume forme tipiche della loro età: bisogno di trasgredire, di fare esperienze al limite, uso di sostanze e alcool, comportamenti a rischio in genere. Il tema ricorrente sono le dipendenze, anche dai social media, in qualche caso con un totale sovvertimento del ciclo giorno-notte.

Più in generale, su tutti i territori si registra per i migranti forzati la frequenza della cosiddetta “doppia diagnosi” (dipendenza da alcool, droga o gioco associati a sintomi psichiatrici). Alle ordinarie complessità di diagnosi in questi casi si aggiunge la difficoltà aggiuntiva di valutare correttamente la sintomatologia nel quadro di riferimento culturale specifico del paziente. I SERT su molti territori hanno difficoltà a lavorare efficacemente con persone di origine straniera e, più in generale, per come è strutturato il servizio riesce ad affrontare con efficacia soprattutto la dipendenza fisica da droghe pesanti: i percorsi di appoggio psicologico sono molto fragili e il personale, ridotto al minimo, non riesce a immaginare risposte adeguate a uno scenario diverso. Un altro elemento che è emerso in modo ricorrente è quella che alcuni intervistati hanno definito come “ritraumatizzazione istituzionale” o “disturbo da documento”. In alcuni casi la lunghezza irragionevole delle procedure e l'assoluta mancanza di controllo sulla propria vita inducono processi che possono diventare propriamente patologici. L'eliminazione del permesso

⁵⁰ Se su scala nazionale la percentuale di impegno delle risorse sulla salute mentale si aggira sul 7%, a Napoli si attesta tra il 3 e il 4%.

di soggiorno per motivi umanitari ha avuto un impatto particolarmente evidente in Sicilia, a causa della concentrazione di neomaggiorenni che ne erano titolari. Il clima generale e la maggiore precarietà hanno portato in molti casi alla riattivazione di sintomi post-traumatici e hanno suscitato preoccupazione, panico e a volte fughe vere e proprie, con l'abbandono di percorsi di integrazione e percorsi terapeutici che si stavano rivelando efficaci.

Accresciuta fragilità sociale dei migranti forzati

La fragilità sociale dei migranti forzati, che nella maggior parte dei casi sono privi di mezzi di sussistenza, a partire dall'abitazione, e anche sprovvisti di reti familiari e amicali, rende particolarmente complesso l'avvio di percorsi di presa in carico al momento delle dimissioni dei pazienti per i quali si è dovuto ricorrere al ricovero in SPDC e, più in generale, ostacola i percorsi psico-socio-riabilitativi.

Una difficoltà aggiuntiva è quella relativa ai migranti in condizione di marginalità sociale estrema poiché fuoriusciti, anche a ragione della patologia psichiatrica, dal sistema dell'accoglienza. Nel gruppo vanno incluse anche le persone in cui la patologia si sviluppa (o si slatentizza) proprio a ragione della marginalità in cui vivono e dei ripetuti fallimenti di qualunque progetto migratorio. I recenti cambiamenti normativi hanno accentuato ulteriormente questa criticità, in quanto si è registrata in molti territori una massiccia fuoriuscita dal sistema di accoglienza di migranti privi di risorse per gestire la propria vita in autonomia e in molti casi anche in condizioni di soggiorno irregolari, in seguito al diniego della protezione internazionale o a causa dell'impossibilità di convertire il permesso di soggiorno per motivi umanitari. Questi migranti sono particolarmente vulnerabili per la progressiva precarizzazione della loro esistenza dopo un lungo periodo che li ha visti in attesa di conoscere l'esito della loro richiesta d'asilo, perché esposti ad un processo di fragilizzazione con il rischio che emergano forme di disagio psicologico importanti. In questi casi la capacità del sistema di intercettare ed intervenire risulta particolarmente limitata e insoddisfacente.

L'accresciuta vulnerabilità sociale dei migranti sul territorio risulta evidente, ad esempio, dall'attività dell'unità di strada del Comune di Mantova. Tra i senza fissa dimora si registra una proporzione di 60% italiani e 40% stranieri, ma bisogna considerare che gli stranieri rappresentano appena il 14,1% della popolazione residente. I casi più gravi di marginalizzazione, spesso associati a problemi di alcolismo e altre dipendenze, depressione e diagnosi di schizofrenia, sono per l'85% stranieri presenti da tempo sul territorio, caduti in una spirale di esclusione sociale dopo lo smantellamento del sistema di accoglienza straordinario dell'Emergenza Nord Africa. Anche a Roma la stima della Sala Operativa Sociale di Roma rispetto

all'incidenza di cittadini stranieri tra i senza fissa dimora (circa il 70-80%) conferma questo scenario.

2. Analisi e prima stesura delle linee di indirizzo

Alla conclusione del primo anno di attività i risultati emersi sono stati presentati e discussi con una rappresentanza degli stakeholder territoriali in un seminario tenutosi a Roma il 10 settembre 2019. Compiuta una prima analisi di quanto emerso in fase di assessment, si è proceduto a raggruppare i risultati in tre ambiti di criticità, al fine di approfondire meglio la discussione e individuare possibili strategie di miglioramento:

1. Accesso ai servizi di salute mentale
2. Adeguatezza dei servizi di salute mentale
3. L'apporto del sistema di accoglienza.

Sono stati quindi predisposti tre documenti di lavoro, uno per ciascuno degli ambiti di criticità individuati, con una prima proposta di linee di indirizzo che servisse da punto di partenza per una ulteriore e più mirata discussione con gli stakeholder territoriali.

I criteri adottati per la stesura delle linee di indirizzo sono stati i seguenti:

- Non suddividere le linee di indirizzo per ambiti professionali (sanitario, sociale), ma piuttosto formulare proposte utili al sistema nel suo complesso. Questa scelta è scaturita dal fatto che abbiamo riscontrato una certa omogeneità nella rilevazione delle criticità da parte di tutti gli stakeholder coinvolti e un esplicito consenso sulla necessità di promuovere maggiormente l'interazione e la sinergia tra soggetti diversi.
- Cercare di lavorare, anche attraverso l'articolazione per ambiti, sulla definizione delle responsabilità specifiche degli attori coinvolti: l'accesso ai servizi è la condizione preliminare indispensabile, a cui tutti gli attori devono concorrere, ciascuno per quanto attiene alle proprie competenze; il secondo ambito, quello dell'adeguatezza dei servizi di salute mentale, interessa più direttamente il sistema sanitario; il terzo ambito attiene invece più precisamente all'organizzazione del sistema di accoglienza.
- Resta in buona parte aperto il tema di come raggiungere adeguatamente i migranti forzati fuoriusciti dal sistema di accoglienza. In questo ambito ancor più che in altri è evidente come il tema dei migranti forzati non sia che un sottoinsieme del tema più ampio che interroga tutti, ossia se i servizi territoriali siano in grado di entrare in relazione con chi vive in condizioni di marginalità estrema e come ciò si realizzi.

3. Costruzione del consenso, rafforzamento delle reti territoriali e validazione delle linee di indirizzo

Nelle seconda fase del progetto Psychcare sono stati costituiti quattro tavoli di lavoro multi-attore, uno per ciascuna delle regioni in cui si sono svolte le attività del progetto. Ciascuno di essi era composto da circa 15-20 partecipanti, esponenti dei principali stakeholder coinvolti nei servizi di supporto ai migranti forzati: Dipartimenti di Salute Mentale e altri servizi del Sistema Sanitario, Prefetture e Enti locali, enti gestori dei servizi di accoglienza CAS e SPRAR/SIPROIMI, enti di tutela e altre organizzazioni significative della società civile.

I tavoli di lavoro si sono incontrati tra febbraio e maggio 2020 con l'obiettivo di approfondire la riflessione a partire da tre documenti di lavoro redatti dal team di progetto, che ha poi fatto confluire per quanto possibile commenti, correzioni e integrazioni nella stesura finale delle linee di indirizzo contenuto nella seconda parte della presente pubblicazione. La programmazione dei tavoli è stata in parte interrotta dall'emergenza sanitaria e dalle conseguenti misure adottate su tutto il territorio nazionale in seguito alla diffusione del Covid-19. Il lavoro di scambio e confronto, già avviato sui territori, è comunque continuato attraverso scambi di mail tra i partecipanti.

Sulla maggior parte dei punti trattati il consenso dei partecipanti ai tavoli di lavoro è stato ampio, ma si registra che su alcuni aspetti la discussione è stata animata e non ha portato a conclusioni univoche.

Posto ad esempio che alcuni servizi hanno maturato una competenza specifica in merito alla psichiatria transculturale e che pertanto è opportuno che essi divengano riferimenti per i servizi territoriali che hanno meno esperienza, non c'è pieno accordo sulla forma che questo supporto debba più appropriatamente assumere. Si può pensare a delle consulenze a distanza? È auspicabile che ciascun servizio si doti di una figura con specifiche competenze⁵¹? È meglio pensare ad altre forme di lavoro di rete, quali supervisioni, formazioni periodiche, affiancamento?

Analoghe questioni sorgono in merito al tema della mediazione linguistico culturale. A fronte di un ampio consenso rispetto alla necessità di un coinvolgimento meno episodico del mediatore e di un investimento effettivo nella professionalità delle persone coinvolte, che richiede continuità nelle risorse utilizzate e meno precarietà nelle collaborazioni che vengono instaurate, resta da

⁵¹ Su quali debbano essere tali competenze specifiche non c'è pieno accordo tra gli specialisti, ma è un'opinione largamente condivisa che piuttosto che un approccio propriamente etnopsichiatrico sia utile un modello clinico transculturale, che si focalizzi cioè sulla comunicazione e sull'interazione tra la cultura di origine del paziente e quella del paese ospitante.

affrontare la criticità organizzativa data dal fatto che le migrazioni forzate son per loro natura poco prevedibili e che dunque le competenze linguistiche e culturali necessarie nei territori possono essere diverse e variare con relativa rapidità.

Posizioni e percezioni diverse sono infine emerse rispetto all'uso dei farmaci nella terapia e agli eventuali effetti collaterali che essi possono avere su questa specifica tipologia di pazienti. Al di là di valutazioni specifiche in merito all'adeguatezza del trattamento in alcuni singoli casi, si può certamente affermare che i casi di misdiagnosi sono frequenti nella cura di migranti forzati e che la mancanza di formazione al lavoro con pazienti di altre culture, unita ai molti elementi che rendono particolarmente complessa la *compliance*, può certamente portare ad errori diagnostici e terapeutici.

Ancora più ampio e più complesso infine è stato il dibattito, sotteso a molti dei confronti e in più occasioni esplicitato, su che ruolo debba assumere la psichiatria rispetto a quelle che si configurano come vere e proprie emergenze sociali: da un lato molti specialisti temono una eccessiva medicalizzazione del disagio, immaginando che si possa finire con l'attribuire all'azione terapeutica una valenza impropria, se non addirittura strumentale al controllo sociale. D'altro canto però la correlazione tra marginalità e salute mentale è molto evidente e, specialmente nel caso dei migranti forzati, soggetti esposti ripetutamente a traumi e violenza estrema, l'intervento sociale necessita in molti casi di essere integrato da un sostegno specifico relativo alla salute mentale, pena il fallimento dei percorsi proposti. D'altra parte, una riflessione sull'organizzazione dei servizi sociali destinati specificamente ai migranti forzati, a partire dal sistema di accoglienza, potrebbe concorrere in modo significativa a quell'azione di sensibilizzazione e promozione della salute mentale che, pur non essendo responsabilità esclusiva del sistema sanitario, fa comunque parte integrante della cura in senso ampio. L'esigenza di una maggiore integrazione tra dimensione sanitaria e sociale è già riconosciuta e formalizzata in alcuni ambiti di intervento (si pensi ad esempio alla disabilità) e in varie regioni italiane si sta sperimentando lo strumento del budget di salute come opportunità di co-progettazione di percorsi individualizzati tra servizi sanitari e servizi sociali. Un modello più efficace di presa in carico per i migranti forzati deve certamente andare in questa direzione.

La versione delle linee di indirizzo contenuta in questa pubblicazione può dar conto solo limitatamente della ricchezza della discussione e non va pertanto intesa come la conclusione di un percorso, ma piuttosto come un contributo e uno stimolo a proseguirlo, con altri attori e in altri territori. Come si dichiarava in premessa, l'obiettivo che il progetto Psychcare traguarda, è quello di giungere, a livello regionale, ad un consenso sempre più allargato su modelli di servizio per la tutela della salute dei migranti, e in particolare della salute mentale, che soddisfino standard di qualità condivisi e siano culturalmente appropriati; a livello nazionale a produrre

indicazioni utili per il miglioramento del sistema complessivo; a livello europeo, ad offrire un contributo alla riflessione sul tema, partendo dalla specifica esperienza italiana in materia.

Allegato 1

Traccia per le interviste semi-strutturate, distinta tra quella rivolta agli operatori e quella relativa all'intervista ai migranti.

Traccia intervista a operatore

1. Mi può descrivere brevemente qual è la sua esperienza lavorativa con i migranti e in particolare i migranti forzati?
2. Quanti migranti incontra nel corso della sua attività lavorativa in un anno (circa)?
3. Come arrivano a Lei nel richiedere tale servizio? Ha accordi di collaborazione in tale senso con i CAS o altre strutture di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati?
4. Come valuta nel suo complesso l'adeguatezza del Servizio Salute mentale pubblico per i migranti? È accessibile? Quali sono a suo avviso le principali criticità che un migrante incontra per accedere ai servizi di salute mentale?
5. Che tipo di collaborazione esiste tra interventi pubblici e del privato sociale sul suo territorio?
6. Quali le sofferenze, patologie, traumi maggiori si riscontrano maggiormente nei pazienti?
7. Quale è la sua esperienza (se ne ha) rispetto alle terapie farmacologiche per pazienti migranti?
8. Nella sua esperienza, il tema delle dipendenza è rilevante nel trattamento dei pazienti migranti? Le risposte disponibili sono adeguate?
9. Nella sua esperienza, sul suo territorio si registrano molti casi acuti? Come vengono più comunemente affrontati?
10. Quali sono secondo lei le criticità più importanti relative al lavoro con i migranti forzati (cliniche, burocratiche, linguistiche, culturali...)? Sono cambiate nel tempo?
11. In particolare, ha riscontrato cambiamenti dopo l'entrata in vigore delle modifiche normative introdotte dal Decreto Sicurezza (D. L. n. 113. del 24/09/2018, poi convertito con modificazioni dalla L. 1 dicembre 2018, n. 132)?
12. Dal suo punto di vista come potrebbe migliorare il servizio di promozione della salute mentale dei migranti forzati? Quali cambiamenti sarebbe urgente introdurre?
13. È a conoscenza di buone pratiche rispetto alla promozione della salute mentale dei migranti forzati che vengono realizzate sul suo territorio?
14. Il nostro istituto pubblica una Newsletter con aggiornamenti e notizie in merito al progetto PsychCare, sarebbe interessato a riceverla?
15. Desidera aggiungere qualcosa?

Traccia intervista a migrante

La traccia va intesa come indicativa. L'ordine delle domande si può riorganizzare a seconda della direzione che prende la conversazione. Far precedere le domande da una breve presentazione della finalità del progetto e dell'intervistatore.

1. Quando sei arrivato in Italia? Sei stato/sei ospite in una struttura di accoglienza?
2. Ripensa al momento del tuo arrivo in Italia e al primo periodo che avete passato in questo Paese. Quali sono state le difficoltà maggiori che hai incontrato? Ricordi momenti particolarmente difficili? Cosa o chi ti ha aiutato in quei momenti?
3. Oggi cosa ti piace di più della vita in Italia? C'è qualcosa che ti fa piacere fare, che ti fa sentire bene?
4. Hai fatto esperienze di vita in altre città italiane/europee? Per quali aspetti la vita era migliore o peggiore lì?
5. Conosci o hai incontrato (nei centri di accoglienza, nei servizi che hai frequentato, ecc...) qualcuno che ha avuto difficoltà particolari come incubi, insonnie, crisi varie? Ha trovato aiuto sufficiente? Che aiuto? Da parte di chi? (in caso di operatori/mediatori con esperienza, si può cercare di approfondire il discorso sui cambiamenti intervenuti in Italia nel tempo e sulle evoluzioni più recenti del contesto in cui vivono e operano)
6. Conosci o hai incontrato (nei centri di accoglienza, nei servizi che hai frequentato, ecc...) qualcuno che ha iniziato in Italia a fare uso eccessivo di alcool o di droga? Nella tua esperienza ha trovato aiuto sufficiente? Che aiuto? Da parte di chi? (per operatori/mediatori vedi sopra)
7. Vuoi aggiungere qualcosa?

Allegato 2

Traccia di domande utilizzate per la conduzione dei focus group.

Traccia focus group con gli operatori territoriali

1. Che tipo di collaborazione sussiste tra gli stakeholder principali (presenti)?
2. Com'è in generale l'impressione rispetto al tema della salute mentale dei migranti? Si rilevano acuzie particolari, un aumento di specifiche patologie etc?
3. Che impatto ha avuto il Decreto Sicurezza sull'operato dei CAS, delle ASP, la relazione tra le parti ed il servizio reso ai pazienti (richiedenti asilo, rifugiati)? Si sono riscontrate criticità aggiuntive?
4. Dato lo stato dell'arte, cosa dovrebbe essere migliorato? Quali gli adattamenti necessari?
5. Come si potrebbe operare questi cambiamenti? Si può pensare a nuovi protocolli, o a nuove forme di collaborazione territoriali? Quali?

Traccia focus group con i migranti

Indicazioni per il facilitatore

La traccia è evidentemente soltanto indicativa. E' importante, prima di cominciare (meglio se in anticipo), sapere qualcosa del profilo dei partecipanti: da quanto tempo sono in Italia, se lavorano (e in particolare se lavorano nel sistema di accoglienza, mediazione, ecc), con che lingua sono maggiormente a loro agio. Se la lingua utilizzata è l'italiano, avere cura di utilizzare frasi brevi e ben scandite, evitando termini troppo tecnici, senza però assumere un atteggiamento di condiscendenza. Parlare insomma come ci piacerebbe che un collega inglese madrelingua parlasse a una riunione di lavoro: non troppo in fretta, senza mangiarsi le parole.

L'ordine delle domande si può riorganizzare a seconda della direzione che prende la conversazione. Può essere utile stimolare tutti i partecipanti a intervenire, ma non sulla domanda 2: la condivisione dell'esperienza personale, specialmente se problematica e potenzialmente dolorosa, deve essere solo spontanea.

Il tema specifico dei servizi di salute mentale è opportuno affrontarlo in modo esplicito soltanto se viene sollevato dai partecipanti stessi. Se ad esempio qualcuno menziona tra le cose che gli/le sono state utili dei colloqui psicologici o terapie farmacologiche, a quel punto è utile chiedere maggiori informazioni sulla modalità di accesso al servizio, sulla durata e continuità della terapia, sulla lingua utilizzata ecc. Ma sempre senza essere troppo insistenti. Si può eventualmente riservarsi di approfondire brevemente con un colloquio privato con la persona, per una maggiore riservatezza.

1. Presentazione di chi conduce il focus e della finalità dell'incontro. Attenzione a non generare aspettative irrealistiche. Spiegare che stiamo facendo questa conversazione per capire meglio la situazione, non enfatizzare il potenziale di cambiamento.
2. Ripensate al momento del vostro arrivo in Italia e al primo periodo che avete passato in questo Paese. Quali sono state le difficoltà maggiori che avete incontrato? Ricordate momenti particolarmente difficili? Cosa o chi vi ha aiutato in quei momenti?
3. Oggi cosa vi piace di più della vita in Italia? C'è qualcosa che vi fa piacere fare, che vi fa sentire bene?
4. Conosci o hai incontrato (nei centri di accoglienza, nei servizi che hai frequentato, ecc...) qualcuno che ha avuto difficoltà particolari come incubi, insonnie, crisi varie? Nella tua esperienza ha trovato aiuto sufficiente? Che aiuto? Da parte di chi?
5. Conosci o hai incontrato (nei centri di accoglienza, nei servizi che hai frequentato, ecc...) che ha iniziato in Italia a fare uso eccessivo di alcool o di droga? Nella tua esperienza ha trovato aiuto sufficiente? Che aiuto? Da parte di chi?

LINEE DI INDIRIZZO

Accesso ai servizi di salute mentale



PsychCare
PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES



Premessa

È noto che i migranti forzati hanno bisogni di cura diversi e specifici rispetto al resto della popolazione migrante, in ragione delle esperienze particolarmente traumatiche vissute tanto nel Paese di origine quanto nei Paesi di transito, ma anche per le condizioni di vita che affrontano dopo il loro arrivo. Per molti aspetti, anche in un'ottica di tutela della salute pubblica, si interviene in modo precoce e sistematico per individuare e prendere in carico possibili patologie, attraverso procedure che consentano una rapida attivazione dei servizi sanitari già nelle fasi immediatamente successive all'arrivo. In caso di necessità, le strutture di prima accoglienza si fanno carico di attivare percorsi di cura per i loro ospiti in collaborazione con il SSN.

Un'attenzione analoga però non è prevista nel caso della sofferenza psichica, che tuttavia accomuna una quota molto significativa dei migranti forzati. A livello nazionale sono state pubblicate le Linee Guida del Ministero della Salute per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (22 marzo 2017). Le Linee Guida si concentrano sull'individuazione precoce degli esiti dei traumi premigratori (tortura o violenza estrema) nella fase immediatamente successiva all'arrivo, ma se pur esistenti risultano in larga misura non ancora applicate, anche a causa dell'attuale riorganizzazione del sistema di accoglienza. Invece, sono meno precisamente definite le procedure previste per la tutela a lungo termine del benessere psico-sociale, presupposto indispensabile di ogni percorso di integrazione. La condizione di vita dei migranti forzati in Italia è infatti contraddistinta da una somma di elementi di fragilità che non sono solo fattori di rischio per la salute mentale, ma rappresentano anche forti elementi di esclusione dai sistemi di cura. Si tratta di persone che vivono una condizione di profonda solitudine caratterizzata da lontananza dalla famiglia e da scarse relazioni sociali: possono pertanto contare su una rete di sostegno molto fragile, fortemente dipendente da servizi che assicurano interventi che difficilmente possono garantire effettiva continuità di presa in carico. Spesso sono accolti in strutture collettive, che non assicurano un adeguato livello di privacy e non offrono neppure occasioni di reale socializzazione. Quando non usufruiscono delle misure di accoglienza, affrontano gravi forme di precarietà alloggiativa. Non hanno un progetto lavorativo solido e nella maggioranza dei casi faticano a immaginare il proprio futuro, anche a causa dell'incertezza derivante dall'esito della loro domanda di protezione internazionale.

Sono diverse le ragioni per cui i servizi di salute mentale risultano per i migranti forzati molto meno accessibili rispetto agli altri servizi sanitari. In primo luogo, si riscontra una maggiore difficoltà, sia da parte del migrante che da parte di chi è deputato a prenderlo in carico, a

riconoscere il bisogno di cura in caso di sofferenza psicologica, a meno che essa non si presenti in forma particolarmente acuta. Minore è in generale la capacità di autodiagnosi, a causa di mancanza di strumenti culturali di lettura del proprio disagio e di un diffuso pregiudizio che ancora oggi accompagna il tema della salute mentale in molti Paesi del mondo.

La conoscenza del sistema di cura in ambito psichiatrico è molto meno diffusa. Da quanto emerso dalla ricognizione effettuata nel corso del progetto Psychcare, l'intermediazione del medico di medicina generale, quando è presente, nella maggior parte dei casi non si rivela efficace e non è sempre noto agli operatori dei servizi dell'immigrazione dove indirizzare i migranti che necessitano di un'assistenza in questo ambito. Questo fa sì che spesso l'accesso dei migranti forzati ai servizi di salute mentale territoriali avvenga attraverso un intervento di urgenza a seguito di uno scompenso: tale modalità emergenziale riduce considerevolmente la possibilità di avviare percorsi terapeutici adeguati.

Esistono poi delle barriere all'accesso legate alla scarsa permeabilità di servizi territoriali che sono spesso sovraccarichi, ma anche intimoriti dalle difficoltà che sorgono nella relazione terapeutica con un paziente di cui non si conoscono la lingua e la cultura. Si riscontrano comunemente forme di discriminazione che si manifestano come obiezioni di natura burocratica o relative all'insufficienza o alla mancanza di competenze specifiche dei servizi esistenti.

L'organizzazione del sistema di prima accoglienza non ha finora contribuito sostanzialmente a facilitare i percorsi di cura. Agli enti gestori dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), estremamente diversificati per tipologia e esperienza, non è richiesto di costruire una rete di intervento sul territorio, su cui talora la loro presenza è limitata alla mera erogazione del servizio. Anche quando nell'équipe era prevista la figura dello psicologo, non ne era definita con chiarezza la funzione, né all'interno del centro, né in relazione dei servizi di salute mentale territoriali. Tuttavia la presenza dello psicologo nelle strutture contribuiva ad assicurare una valutazione più attenta e completa delle esigenze degli accolti e in molti casi era un tassello rilevante per creare una continuità di presa in carico psico-sociale: facilitava la segnalazione ai servizi dei casi più problematici e sosteneva l'équipe del centro nella gestione interna delle dinamiche psicologiche e relazionali tra utenti. Tale figura, purtroppo nei più recenti capitolati non è più prevista nei CAS.

Non è stato infine mai precisato se e come la responsabilità terapeutica debba essere condivisa tra servizi territoriali e operatori dell'accoglienza. L'accesso ai servizi di salute mentale è solitamente mediato dalla famiglia: nel caso dei migranti forzati tale intermediazione manca del tutto e dovrebbe essere in qualche modo supplita dagli operatori delle strutture di accoglienza o, nel caso di persone che non usufruiscono di questa misura, dagli operatori dei servizi che

lavorano sulla marginalità sociale. In entrambi i casi, allo stato attuale l'interazione con i servizi di salute mentale territoriali non risulta nel complesso soddisfacente né costruttiva.

Criticità

- Mancata conoscenza dei servizi di salute mentale da parte di migranti e operatori sociali e diffusi pregiudizi in merito;
- Resistenze all'accesso da parte dei servizi: discriminazioni, mancanza vera o presunta dei requisiti di accesso, procedure poco trasparenti;
- Barriere linguistiche e culturali;
- Mancanza di intermediazione e facilitazione tra migrante e servizi territoriali di cura;
- Numero crescente di persone escluse dal sistema di accoglienza che non sono orientate ai servizi.

Linee di indirizzo

Il venire meno del benessere psico-sociale concorre in modo determinante al fallimento del progetto migratorio e dei processi di integrazione dei migranti forzati. In un'ottica di tutela della salute e di prevenzione della sofferenza psichica, nel rispetto della dignità e dei diritti delle persone coinvolte, ma anche con la finalità di ridurre i possibili rischi sociali connessi, è necessaria una maggiore consapevolezza di tutti gli attori rispetto al proprio ruolo e responsabilità in merito.

In particolare:

- Agli enti gestori delle strutture di accoglienza compete di stabilire delle prassi di lavoro stabili con i servizi territoriali di salute mentale e, in collaborazione con essi, di assicurare la sensibilizzazione degli ospiti nelle strutture rispetto alla tutela della salute mentale, nelle forme più adeguate a promuovere la prevenzione del disagio e ad assicurare interventi che consentano ai migranti di riconoscere la propria sofferenza e di comunicarla nelle forme più consone e coerenti rispetto alla propria cultura di origine e sensibilità.
- Alle Prefetture compete di verificare che tutti gli enti gestori dei servizi di accoglienza abbiano stabilito prassi di lavoro, possibilmente formalizzate, con i servizi territoriali di salute mentale.
- Alle Aziende Sanitarie territoriali compete di porsi in modo proattivo rispetto alle strutture di accoglienza che insistono sul territorio per la promozione della salute mentale dei migranti accolti e degli operatori coinvolti, nonché di attivare gli interventi più adeguati a sensibilizzare e formare il personale delle strutture sul tema. Alle Aziende

competete inoltre di attivarsi per facilitare l'orientamento e l'accesso effettivo ai servizi dei migranti, anche di coloro che non usufruiscono delle misure di accoglienza ma che in egual modo sono presenti a vario titolo sul territorio di competenza, in collaborazione con i servizi sociali territoriali.

Alcune indicazioni per l'organizzazione dei servizi

- Prevedere risorse economiche stabili per la mediazione culturale presso i principali punti di accesso dei servizi sanitari territoriali (ASL, CSM, presidi ospedalieri).
- Pianificare l'aggiornamento professionale regolare degli operatori di front office rispetto alla condizione giuridica dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e alla loro titolarità di accesso ai servizi.
- Rendere più accessibile i CSM a questa tipologia di utenza aggiungendo il disturbo post traumatico e i disturbi dissociativi ai "disturbi mentali gravi", aree di priorità per i CSM.
- Promuovere iniziative di informazione e sensibilizzazione dell'utenza potenziale rispetto ai servizi di salute mentale attraverso attività di gruppo, laboratori, iniziative presso le strutture di accoglienza o presso i servizi territoriali.
- Costruzione di prassi di lavoro solide tra servizi territoriali di salute mentale e potenziali "intermediari" (operatori delle strutture di accoglienza o dei servizi che si occupano di marginalità sociale). Stipulare accordi formalizzati tra le istituzioni sanitarie, gli Enti locali, le Prefetture, gli enti gestori dei centri di accoglienza ed i servizi sociali territoriali per regolare il reciproco invio, la progettazione di percorsi socio-sanitari integrati.
- Organizzazione di ambulatori ad accesso libero, unità mobili e altre attività di outreach pertinenti agli specifici contesti territoriali.

LINEE DI INDIRIZZO

L'adeguatezza dei servizi di
salute mentale



Premessa

La dimensione territoriale della psichiatria implica un lavoro di rete effettivo, in cui i luoghi della cura sono molteplici e devono essere effettivamente in contatto tra loro per poter assicurare percorsi terapeutici integrati. I migranti forzati presentano una particolare fragilità relazionale (spesso vivono una estrema solitudine, in assenza pressoché completa di reti familiari e amicali), unita a una molteplicità e complessità di bisogni sociali. Questo crea criticità nell'attuazione di percorsi socio-sanitari efficaci, in forma ancora più accentuata di quanto si verifichi per pazienti italiani che vivono in condizioni di fragilità sociale e marginalità. Specialmente in questi casi, dunque, è essenziale rinsaldare la rete affinché la psichiatria operi realmente in maniera integrata con i servizi sociali, evitando ogni contrapposizione tra dimensione sociale e sanitaria. Se ciò non avviene, infatti, sia i processi di integrazione sociale dei migranti che i percorsi di cura sono destinati a fallire.

L'integrazione socio-sanitaria in Italia non è stata realizzata in maniera piena e omogenea sul territorio nazionale: i servizi di psichiatria territoriale sono stati sviluppati poco e finanziati in misura insufficiente e su molti territori le risorse disponibili non sono adeguate ad assicurare percorsi socio-sanitari sostenibili ed accessibili per tutti i pazienti che ne avrebbero necessità. Si riscontrano frequenti difficoltà a lavorare in rete con gli altri attori territoriali (pubblici e del volontariato). Inoltre i migranti forzati nella maggior parte dei casi usufruiscono di servizi pubblici di accoglienza. L'organizzazione di tali servizi negli ultimi vent'anni, fatte salve alcune esperienze positive di accoglienza diffusa e correttamente integrate nella governance territoriale, non è mai riuscita a superare del tutto una logica emergenziale. Le più recenti evoluzioni normative hanno accentuato ulteriormente la situazione, prevedendo che la totalità dei richiedenti asilo siano accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), strutture che in molti casi risultano del tutto decentrate rispetto alla logica dei servizi e prevedono standard di presa in carico estremamente bassi. Anche nel caso delle strutture del sistema SIPROIMI, che comunque oggi accolgono una percentuale molto ridotta dei migranti forzati presenti nel nostro Paese, le collaborazioni con i servizi di salute mentale non sono sempre strutturate e formalizzate.

Quanto più la psichiatria perde la sua dimensione territoriale, tanto più i luoghi deputati alla cura e l'intervento terapeutico si medicalizzano, con un duplice rischio: quello di cercare risposte sanitarie al disagio sociale e quello, speculare, di non riuscire ad attivare percorsi di cura efficaci. La maggior parte dei migranti forzati entra per la prima volta in contatto con i servizi di salute mentale attraverso un ricovero motivato da una crisi acuta. Si registra una diffusa difficoltà ad avviare precocemente la presa in carico, ma anche di ricollocare il paziente in uscita da SPDC e di garantire non solo un posto in accoglienza, ma anche una presa in carico post acuzie. Questo

approccio emergenziale e poco efficace concorre a innalzare il rischio di cronicizzazione del disagio psichico dei migranti, con importanti ripercussioni sui territori, sia dal punto di vista sociale che dal punto di vista economico. In assenza di una rete di intervento, il lavoro dei servizi psichiatrici risulta faticoso e frammentario. Sebbene la capacità degli operatori sanitari di intercettare ed assistere pazienti immigrati si sia negli ultimi anni rafforzata, anche attraverso corsi di formazione specifica, tale accrescimento di competenze non si è ancora sufficientemente diffuso su tutti i territori. La cronica carenza di organico certamente non contribuisce alla qualità del servizio. Spesso si preferisce rimandare i migranti ai pochi servizi specializzati che hanno maturato un'esperienza specifica. Questa modalità di operare però può comportare un allontanamento del luogo della cura dal contesto abituale di vita del paziente, che di fatto rende impossibile quella prossimità che è sempre raccomandabile nei percorsi di cura. La presa in carico dei migranti forzati in merito alla salute mentale comporta alcune complessità di ordine clinico che meritano considerazione adeguata. Nel caso di pazienti migranti forzati, ad esempio, risulta spesso difficile ricostruire la storia clinica, perché essa è inestricabilmente connessa a una storia di vita molto articolata e caratterizzata da instabilità e precarietà, oltre che da frequenti trasferimenti da un territorio all'altro anche dopo l'arrivo in Italia. La barriera linguistica rappresenta una difficoltà: essa dovrebbe però non essere ridotta a una mera questione tecnica, risolvibile con servizi di interpretariato a chiamata. L'utilizzo dei servizi di mediazione culturale, quando sono disponibili, richiede comunque una riflessione sul ruolo del mediatore culturale in un setting terapeutico e un'adeguata formazione e supervisione delle figure impiegate. Sarebbe inoltre necessaria una riflessione sulle modalità, sul contesto e sui tempi della comunicazione con i pazienti migranti e con tutti gli attori coinvolti nel percorso di presa in carico: la scarsa cura di questi aspetti può influenzare in modo determinante l'efficacia del percorso terapeutico. Esiste infine il problema della compliance, che si aggrava tanto più incerta e lacunosa è la presa in carico sociale. La mancanza di formazione al lavoro con pazienti di altre culture può portare ad errori diagnostici e conseguenti terapie inadeguate, con rischio elevato di riacutizzazione e/o cronicizzazione delle patologie.

Criticità

- Scarsa integrazione tra servizi psichiatrici e servizi sociali, autoreferenzialità dei servizi.
- Difficoltà nel riprogrammare i servizi e i modelli di intervento in base ai bisogni emergenti.
- Difficoltà nel conciliare l'eventuale invio ai servizi specializzati con la dimensione di prossimità necessaria al percorso di cura.
- Insufficiente disponibilità e adeguatezza del servizio di mediazione culturale.
- Rischio di errori diagnostici e conseguenti terapie inadeguate.

Linee di indirizzo

Per rendere effettivamente accessibili le cure nei luoghi di vita delle persone, anche in considerazione del fatto che un numero crescente di soggetti migranti che hanno una forma di disagio psichico conclamato sono usciti o usciranno a breve dal sistema di accoglienza, è urgente intervenire per consolidare le reti e migliorare la qualità dell'intervento di tutti gli attori territoriali.

In particolare:

- Compete ai Ministeri più direttamente coinvolti (Interno, Salute, Politiche Sociali) stimolare la stipula di accordi formalizzati tra le istituzioni sanitarie, gli Enti locali e gli Enti gestori delle strutture di accoglienza ed i servizi sociali territoriali, inclusi quelli che operano nell'ambito della marginalità estrema, per regolare il reciproco invio, la progettazione di percorsi socio-sanitari integrati e l'aggiornamento reciproco al fine di affrontare le problematiche sociali, sanitarie e giuridiche relative ai migranti forzati nel loro complesso, con un approccio integrato.
- Compete alle Regioni sollecitare, anche attraverso linee di indirizzo specifiche, i servizi di salute mentale e le Aziende Sanitarie di riferimento alla modifica degli assetti dei propri servizi, potenziandoli se necessario, per offrire risposte adeguate ai bisogni di cura dei migranti forzati. In considerazione del fatto che la presenza e le esigenze di questa popolazione sono soggette a variazioni relativamente rapide e non pienamente prevedibili, è necessario che l'opera di indirizzo sia costante e sostenuta da un'azione di monitoraggio adeguata.
- Compete alle Aziende Sanitarie prendere atto della necessità non solo di rafforzare, ma anche di riprogrammare i servizi di salute mentale alla luce delle più rilevanti trasformazioni sociali, incluse quelle connesse ai fenomeni migratori.

Alcune indicazioni per l'organizzazione dei servizi

- Promuovere proattivamente la creazione di protocolli tra gli attori territoriali rilevanti, sia pubblici che del privato sociale e del volontariato, per facilitare l'avvio di percorsi di cura e la continuità della presa in carico.
- Sviluppare modalità di lavoro che consentano di avvalersi della competenza specifica dei centri specializzati senza rinunciare alla indispensabile dimensione di prossimità dei servizi di cura. Tra le forme di collaborazione possibili, da valutare in base ai bisogni e alle caratteristiche dei territori, si ricorda l'uso della consulenza da parte di servizi specializzati, anche a distanza, la formazione e la supervisione del personale dei servizi territoriali.
- Includere con regolarità moduli relativi alla salute mentale dei migranti forzati nei programmi di formazione continua dei professionisti sanitari e nei percorsi curricolari di medici, specializzandi, medici di medicina generale, psicologi, infermieri.
- Ripensare e riprogrammare i servizi rispetto ai bisogni emergenti, in stretta collaborazione con gli attori territoriali più rilevanti.
- Adattare consapevolmente i dispositivi di cura rispetto all'intervento dei mediatori culturali, avviando una riflessione sulla tensione che esiste tra l'esigenza di assicurare la continuità e la qualità dei servizi, che richiedono un inserimento stabile dei mediatori nelle equipe, e quella di mantenere la flessibilità indispensabile a rispondere a variazioni anche repentine della popolazione che accede ai servizi stessi, in termini di numero, di lingua e di caratteristiche.
- Migliorare la qualità della comunicazione con i pazienti migranti sostenendo il personale infermieristico e medico nel miglioramento delle proprie competenze e creando modalità di accesso al servizio e setting che facilitino la comunicazione e la relazione.
- Prevedere un tempo delle prestazioni adeguato alla complessità dell'intervento terapeutico, non basando la valutazione dell'efficienza del servizio solo sull'indicatore numerico delle prestazioni.

LINEE DI INDIRIZZO

L'apporto del sistema di
accoglienza



PsychCare
PSYCHIATRIC SERVICES FOR REFUGEES



Premessa

Per l'accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale l'Italia utilizza prevalentemente strutture collettive e questa modalità, pur nella varietà di tipologia di centri e di servizi previsti, attribuisce all'ente gestore alcune responsabilità non sempre chiaramente definite, specialmente in merito al ruolo che esso deve assumere rispetto alla tutela della salute delle persone accolte. Questa indeterminatezza di responsabilità è particolarmente evidente rispetto al tema della salute mentale. In questo ambito infatti, il riconoscimento del bisogno di cura non è facile, in quanto non sempre il migrante è in grado di riconoscerlo ed esplicitarlo; si pone inoltre il problema dell'accessibilità dei servizi e della continuità dei trattamenti, che in molti casi rischia di confliggere con la precarietà di vita dei migranti e con la temporaneità delle misure di accoglienza stesse.

Il sistema psichiatrico italiano, in linea teorica, ha del tutto abbandonato forme di trattamento residenziale a favore di interventi di psichiatria territoriale. Tuttavia tale riforma non è stata pienamente realizzata in tutti i territori e, in assenza di reti di intervento efficaci, si riscontra una crescente tendenza da parte di chi interagisce con i pazienti psichiatrici (famiglie o operatori sociali che siano) a chiedere l'attivazione o il potenziamento di forme di intervento residenziale. Questa dinamica finisce per indebolire ulteriormente la costruzione di percorsi socio-sanitari integrati. Nel caso dei migranti forzati anche la tendenza a inviare a servizi specializzati con competenze etno-cliniche, spesso distanti dal luogo di residenza del paziente, concorre a non assicurare la risposta di prossimità che l'approccio della psichiatria territoriale esige.

L'unica modalità di trattamento del disagio psichico adeguata e coerente con le previsioni normative italiane è prevedere l'attivazione di risposte ai bisogni di cura nei luoghi di vita delle persone. Per i migranti spesso e per periodi anche protratti questi luoghi coincidono con le strutture di accoglienza. Ne consegue che inevitabilmente chi gestisce tali strutture è chiamato ad assumere una responsabilità in merito e dovrebbe pertanto essere messo in condizione di esercitarla in modo appropriato.

Alcune esperienze dimostrano che quando il lavoro di rete con i servizi territoriali è solido e si assicura agli operatori un supporto adeguato, i centri di accoglienza possono svolgere non solo un'azione di prevenzione significativa, ma anche assumere una funzione di supporto e facilitazione nei percorsi terapeutici. Si pone naturalmente il delicato tema del bilanciamento tra il rispetto della libertà individuale e la necessaria azione di indirizzo e facilitazione all'accesso alla cura per soggetti che possono avere difficoltà ad esplicitare un bisogno di cura, a causa di barriere di natura culturale, ma anche a causa di una condizione di forte marginalità che complica notevolmente la lettura dei bisogni, sia da parte dei migranti che degli operatori sociali che interagiscono con loro.

Inoltre, anche quando il bisogno di cura venga individuato, la relazione tra strutture di accoglienza e strutture sanitarie necessita di essere precisata. Un approccio pienamente integrato richiederebbe che la responsabilità del centro di accoglienza non si limiti all'invio, ma preveda forme di accompagnamento ai percorsi di cura e, almeno in una certa misura, una condivisione dell'alleanza terapeutica affinché si creino le condizioni per garantire una soddisfacente compliance terapeutica, sia rispetto all'assunzione dei farmaci sia per la continuità dei percorsi di psicoterapia. Tale coinvolgimento va naturalmente adeguatamente predisposto attraverso protocolli chiari e trasparenti e l'acquisizione del consenso informato del paziente, anche in merito alle persone da coinvolgere nelle diverse fasi del suo percorso di cura. In ogni caso è impossibile che i centri di accoglienza svolgano adeguatamente questa funzione se operano con risorse insufficienti. La carenza di una solida preparazione professionale e di attività formative continue per gli operatori, l'eccessivo carico di lavoro, la precarietà contrattuale e l'assenza di supervisioni regolari non consentono di affrontare la multidimensionalità e la complessità dei bisogni dei richiedenti asilo. Inoltre tutti questi fattori espongono gli operatori a un forte rischio di malattie da stress lavoro-correlate, in particolare in riferimento alla sindrome di burn-out e alla traumatizzazione vicaria.

Criticità

- Condizioni di accoglienza che non tutelano a sufficienza la salute mentale dei migranti o addirittura aggravano le condizioni psicologiche degli accolti.
- Tendenza da parte delle strutture di accoglienza a rifiutare la presa in carico in presenza di un'eventuale patologia psichiatrica.
- Confusione in merito al ruolo dell'operatore dell'accoglienza rispetto ai percorsi terapeutici.
- Burn out degli operatori.

Linee di indirizzo

L'accoglienza dei migranti forzati richiede a tutti gli attori coinvolti la capacità di assumere un ruolo attivo nella promozione del benessere psico-sociale delle persone che risiedono nelle strutture, condizione indispensabile per il successo di qualunque percorso di inclusione. È pertanto necessaria una maggiore consapevolezza di ciascuno di essi rispetto al proprio ruolo e responsabilità in merito.

In particolare:

- Agli enti gestori delle strutture di accoglienza compete di assicurare le condizioni necessarie per promuovere la salute mentale delle persone ospiti, a partire da una tempestiva individuazione di un eventuale disagio. Questo implica la messa a punto di prassi di lavoro stabili con i servizi territoriali di salute mentale, con una definizione puntuale dei ruoli e delle responsabilità degli operatori coinvolti. Nella stima delle risorse finanziarie e umane necessarie ad assicurare un servizio di accoglienza, questa responsabilità non può essere trascurata.
- Alle Prefetture e ai Comuni compete la responsabilità di verificare che tutti gli enti gestori dei servizi di accoglienza stabiliscano prassi di lavoro, possibilmente formalizzate, con i servizi territoriali di salute mentale e di facilitare il coordinamento e il confronto costante tra tutti gli attori coinvolti nel sistema di accoglienza, anche attraverso tavoli dedicati.
- Alle Aziende Sanitarie territoriali compete di riconoscere e valorizzare il ruolo delle strutture di accoglienza del territorio nella gestione dei percorsi di cura, nonché di porsi in modo proattivo rispetto alla promozione della salute mentale dei migranti accolti e degli operatori coinvolti. Le Aziende sono inoltre tenute a attivarsi per sostenere gli enti gestori, ad esempio attraverso attività di formazione e supervisione degli operatori, iniziative di sensibilizzazione, servizi sperimentali che facilitino l'accesso ai servizi territoriali.

Alcune indicazioni per l'organizzazione dei servizi

- Scelta di soluzioni di accoglienza che incoraggino l'empowerment dei beneficiarie assicurino una piena sinergia con i servizi socio-sanitari territoriali.
- Creazione di attività dedicate alla promozione della salute mentale nei centri di accoglienza, che coinvolgano operatori dei servizi di cura e facilitino le sinergie tra migranti, operatori dei centri e servizi territoriali.
- Messa in atto di strategie di prevenzione e di emersione tempestiva della vulnerabilità (formazione su come riconoscere tempestivamente i segni di sofferenza psichica in modo da poter fare un invio adeguato al CSM competente).
- Stipula di protocolli che definiscano chiaramente i ruoli degli attori della rete territoriale.

QUALCHE ESEMPIO DI BUONA PRATICA



L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA DELL' ASST GRANDE

OSPEDALE MAGGIORE NIGUARDA.

L' equipe del Servizio di Etnopsichiatria

Le persone migranti portano ai nostri servizi una domanda di aiuto e cura molto complessa e di difficile interpretazione. Piero Coppo parla a questo proposito di "alterità non riducibili" (Coppo P. (1996), "Etnopsichiatria", ed. Il Saggiatore), difficilmente comprensibili quindi attraverso il nostro abituale modo di pensare, attraverso il nostro habitus culturale e anche difficilmente inquadrabili dal punto di vista diagnostico nel nostro sistema nosografico .

A questo aspetto va aggiunto il portato emotivo delle storie di vita che queste persone ci portano, storie di vita che Frantz Fanon negli anni '50 chiamava storie di morte (Fanon F. (1952) "Peau noire, masques blancs") e che oggi in qualche maniera ritornano nella misura in cui la violenza della storia si sta ripetendo e mette noi operatori in contatto con emozioni molto forti, difficili da gestire e a volte soverchianti.

Una domanda di cura quindi che mette i Servizi Psichiatrici del nostro territorio sotto una forte Pressione Evolutiva e che spinge noi operatori e l'intero sistema istituzionale di cura verso un cambiamento: ci spinge a cambiare il nostro approccio, a cambiare il nostro modo abituale di guardare le cose e a scoprire o forse a riscoprire un modo diverso di guardare al disagio e alla sofferenza psichica.

L'etnopsichiatria, per come è nata e per il contesto in cui si è sviluppata, che è principalmente quello coloniale e post-coloniale, si configura come una disciplina che storicamente critica l'epistemologia implicita dei dispositivi di cura e li critica analizzandoli prima di tutto nel loro contesto storico, sociale e politico di appartenenza.

In questa cornice il ruolo dei clinici è quello di essere dei facilitatori di questo cambiamento, legato principalmente ad un ampliamento dell'epistemologia di base dalla quale deriva una metodologia di lavoro complessa, multidisciplinare e integrata, che caratterizza la presa incarico presso il nostro Servizio. Questo approccio, come sottolineano le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" emanate dal Ministero della Salute, appare quello maggiormente indicato per rispondere alla complessità dei bisogni delle persone richiedenti asilo.

Abbiamo infatti a che fare con una molteplicità di bisogni, espressi su diversi livelli in ambito medico, medico-legale, psichiatrico, psicologico, sociale, amministrativo, giuridico e bisogni legati più in generale alla tutela dei diritti umani.

L'esistenza stessa di questo Servizio rappresenta un tentativo di adattamento da parte del SSN ai massicci cambiamenti sociali in atto e questo ha fatto sì che di fatto il Servizio di Etnopsichiatria diventasse in qualche modo negli anni un luogo di sperimentazione e innovazione all'interno del SSN. Stesso.

Il Servizio nasce nel 2000 come un ambulatorio rivolto a persone straniere che per diversi motivi non avevano accesso alle cure; principalmente per motivi legati all'assenza di un riferimento territoriale e all'assenza di documenti. Possiamo quindi affermare che il Servizio di Etnopsichiatria sia nato come un servizio rivolto ai cosiddetti Sans-Papier.

L'ambulatorio è poi cresciuto e cambiato nel tempo parallelamente al cambiamento della sua utenza; se nei primi anni il bacino d'utenza era piuttosto limitato e le persone che si rivolgevano a noi erano principalmente migranti economici protagonisti di progetti migratori falliti, a volte anche in maniera drammatica, oggi il Servizio ha incarico oltre 300 pazienti, la maggior parte dei quali richiedenti asilo o titolari di protezione, cosiddetti migranti forzati, vittime di traumi estremi, di violenze intenzionali da parte di altre persone e di violenze per così dire più di sistema.

C'è una forte prevalenza a livello diagnostico di quadri legati allo spettro traumatico, di PTSD, PTSD Complessi e Disturbi Dissociativi dell'Identità, ma anche di sindromi psicotiche e disturbi dell'umore.

Ad oggi la nostra équipe è formata da due psichiatri strutturati, uno psichiatra consulente, cinque psicoterapeuti consulenti, un assistente sociale consulente, tirocinanti post lauream, specializzandi in psicoterapia e mediatori culturali la cui presenza è garantita da una cooperativa che lavora in convenzione con l'ospedale.

Un'équipe dove il rapporto numerico tra psichiatri e psicologi è invertito rispetto alla composizione classica di un'équipe ambulatoriale come quella ad esempio di un CPS, che è in grado di offrire una presa in carico intensiva e poco medicalizzata, soprattutto per i casi nel circuito dei richiedenti asilo e rifugiati .

Viene utilizzato il cosiddetto "setting etnopsichiatrico", un setting allargato nel quale le sedute avvengono in presenza dei mediatori culturali ma anche degli operatori dell'accoglienza, degli educatori, dei rappresentanti dei servizi con i quali lavoriamo in rete e di figure di riferimento per il paziente o della comunità di appartenenza. Abbiamo tratto ispirazione dall'opera di G. Devereux e Tobie Nathan in Francia, ma con alcune debite differenze dovute da un lato a

questioni di utilizzo delle risorse che sono limitate e legate a progettualità specifiche, e dall'altro ad una presa di coscienza relativa alla difficoltà nel riprodurre fedelmente quel modello fuori dal contesto di origine.

Gli interventi degli psicoterapeuti sono incentrati sull'uso di specifiche tecniche di psicotraumatologia sulle quali nel tempo tutti i membri dell'equipe si sono formati, finalizzate, almeno nella fase iniziale del trattamento, alla cosiddetta stabilizzazione del quadro sintomatologico.

Viene fatto uso di tecniche come Emdr, Net, Mindfulness, tecniche di contenimento, di grounding, ma il lavoro più delicato e sullo sfondo è quello più strettamente relazionale e culturale.

Sappiamo che il trauma disorganizza il sistema motivazionale di attaccamento e quindi mina la capacità delle persone di stare in relazione con l'altro. E' una paziente ricostruzione di questa capacità e riattivazione di questo sistema che avviene nei nostri percorsi di cura: possiamo affermare da questo punto di vista che curiamo disturbi del Sistema di Attaccamento.

Le persone gravemente traumatizzate sono andate letteralmente a pezzi, la loro identità è disintegrata e questo emerge molto chiaramente nelle narrazioni di queste persone, incoerenti, caotiche e disorganizzate, così come nel loro funzionamento "ad isole" per il quale a seconda dell'ambito di riferimento queste persone si mostrano molto diverse di volta in volta, mostrando alti livelli di funzionamento in alcune aree e livelli molto bassi in altre senza una vera e propria integrazione tra le varie parti.

E' proprio quella capacità meta-cognitiva di integrazione delle diverse parti di sé e quella coerenza nella rappresentazione di se stessi e degli altri (dei cosiddetti Modelli Operativi Interni) che viene meno, lasciando spesso al corpo l'espressione sintomatologica di un qualcosa che non è letteralmente pensabile.

Quando l'esperienza traumatica è tale da non essere accettabile a livello psichico, entrano in gioco difese arcaiche come quelle dissociative e il corpo si trova a vicariare le funzioni che la mente non può più svolgere.

Non pensiamo che il paziente debba necessariamente raccontarci le drammatiche esperienze che ha vissuto e non lavoriamo in seduta con questo obiettivo. Nella nostra esperienza questo avviene sospendendo il desiderio finalistico di cura e prendendosi del tempo semplicemente per stare con l'altro. Da questo punto di vista ogni minimo segnale di accoglienza da parte di tutti i membri dell'equipe diventa importante per offrire dei momenti di validazione emotiva e di restituzione di quella dignità umana che è stata compromessa.

Quando la narrazione degli eventi traumatici incomincia a strutturarsi il ruolo del terapeuta è

proprio quello di mentalizzare l'esperienza traumatica, di pensare per primo ciò che a livello soggettivo è impensabile, di esperire almeno in parte il vissuto emotivo del paziente e attraverso la relazione terapeutica coinvolgerlo in un primo tentativo di rappresentazione e di elaborazione.

L'utilizzo di laboratori artistici, teatrali e più in generale di attività espressive gruppali rappresenta nella nostra esperienza uno strumento molto potente in questo senso.

Un altro aspetto importante dei percorsi terapeutici è la ricostruzione del progetto migratorio.

Progetto che c'è a nostro modo di vedere anche nelle persone che affrontano migrazioni forzate. Si dice che i migranti forzati partano per salvarsi la vita e quindi non abbiano progetto migratorio, noi crediamo che non sia vero, ci sono aspettative più o meno consapevoli, fantasie, mandati familiari più o meno espliciti che hanno un forte impatto e quindi la possibilità di ricostruire il progetto migratorio è importante per creare un filo rosso nella storia personale, un filo rosso in grado di dare coerenza alla narrazione e di integrare vissuti e parti di sé scisse a causa del trauma.

E' possibile quindi affrontare il lavoro più strettamente culturale, legato alla tensione che si crea tra meccanismi di inculturazione (responsabili della continuità dei temi culturali in gioco nei percorsi di migrazione) e acculturazione (legati invece alla discontinuità e al cambiamento dei temi culturali).

Meccanismi che agiscono naturalmente a livello inconsapevole e ci fanno comprendere come la cultura sia qualcosa di inscindibile da ogni esperienza umana e come permei profondamente i nostri meccanismi di pensiero e di attribuzione di senso agli eventi.

Infine è stata costruita nel tempo una rete territoriale che da qualche anno è stata formalizzata in un protocollo d'intesa (la "Rete Milanese Vulnerabili") e che rappresenta un modello di accoglienza, supporto e integrazione degli RTPI alternativo a quello ad oggi praticato a livello nazionale. Una rete multidisciplinare e integrata in grado di rispondere ai complessi bisogni che queste persone ci portano.

La Rete Milanese Vulnerabili è stata formalizzata nel 2013 attraverso la stesura di un protocollo d'intesa tra le varie parti che si incontrano in tavoli di confronto periodici e che comprende in particolare i seguenti partners:

- Il Comune di Milano (Unità politiche per l'inclusione e l'immigrazione)
- Il Servizio di Etnopsichiatría
- L'Università degli studi di Milano (Dipartimento di Scienze Biomediche, Centro Labanoff)
- La Neuropsichiatria Infantile (Uonpia) del Policlinico
- Gli Enti territoriali del Privato Sociale (come ad esempio Fondazione Casa della Carità,

Consorzio Farsi Prossimo, la coop. Terrenuove)

Da questo punto di vista parte del lavoro avviene “intorno al paziente” e non direttamente con lui. Gli operatori del Servizio di Etnopsichiatria lavorano costantemente per tenere attiva e in connessione questa rete.

Ogni Ente coinvolto ha il suo ruolo specifico e l’esito finale degli interventi messi in campo va ben oltre la somma algebrica degli stessi.

Al di là dei ruoli degli specifici enti coinvolti e delle importanti attività svolte, un aspetto che riteniamo molto importante è quello relativo alle certificazioni cliniche che vengono elaborate per le Commissioni Territoriali.

Il Dipartimento di Medicina Legale, dopo una visita accurata, produce una certificazione del danno fisico eventualmente subito da una persona richiedente asilo e il nostro Servizio si occupa delle certificazioni di vulnerabilità psichica con l’obiettivo di fornire uno strumento utile ai membri delle Commissioni nel loro processo decisionale legato alla richiesta di protezione e uno strumento che sia di tutela dei diritti fondamentali delle persone richiedenti asilo.

Negli ultimi anni infine è in forte espansione anche l'area legata alle attività di Formazione, che ci vengono sempre più richieste da parte di diversi enti e Servizi del territorio.

Sono stati programmati ed effettuati interventi di formazione articolati e complessi, rivolti agli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale della Città Metropolitana di Milano, ai membri delle Commissioni Territoriali di Milano, agli operatori di molti centri d’accoglienza sul territorio (in particolare dei CAS), agli operatori di consorzi e cooperative che operano sul territorio e agli operatori dei servizi con cui siamo maggiormente in rete.

Questo lavoro di formazione è stato pensato sia in un’ottica legata alla disseminazione di conoscenze e competenze specifiche sia un’ottica di prevenzione del burn-out e del trauma vicario ai quali gli operatori in costante contatto con persone gravemente traumatizzate sono inevitabilmente esposti.

RETE MILANESE VULNERABILI PER RICHIEDENTI E TITOLARI PROTEZIONE

INTERNAZIONALE

Milano

A partire dal 2013 a Milano si è avvertita la necessità di potenziare il lavoro di rete e la sinergia tra tutti i soggetti, istituzionali e del privato sociale, che erano coinvolti nell'assistenza ai migranti più vulnerabili. Con una delibera di Giunta Comunale è stato quindi approvato un Protocollo d'intesa per la formalizzazione di una rete specificamente dedicata a questo tema, con l'obiettivo di costruire un sistema integrato di azioni e servizi socio sanitari assistenziali in favore rifugiati e richiedenti asilo presenti sul territorio milanese.

Il protocollo, di validità biennale, è stato avviato formalmente il 29 novembre 2013. E' stato rinnovato con validità triennale nel dal novembre 2016, con un ampliamento dei partner istituzionali coinvolti. Attualmente si sta predisponendo un ulteriore rinnovo.

Fanno parte della Rete Milanese Vulnerabili il Comune di Milano, l'Ospedale Niguarda Ca' Granda, la Fondazione Casa della Carità "Angelo Abriani" Onlus (ente gestore di un progetto SIPROIMI per casi vulnerabili), il Consorzio Farsi Prossimo, l'Associazione Sviluppo e Promozione, la Cooperativa Terrenuove, l'Università degli Studi di Milano.

La Rete è articolata in:

- **Tavolo vulnerabili**, con la finalità di stimolare la corresponsabilità interistituzionale, valutare le attività di rete e promuovere la co-progettazione tra gli enti partecipanti e la partecipazione congiunta a bandi.
- **Cabina operativa SPRAR DM**, per la gestione di 8 posti di accoglienza dedicati a migranti forzati in condizioni di vulnerabilità (inserimento, presa in carico multiprofessionale e dimissione).
- **Tavolo operativo casi complessi**, con la finalità di raccordare i vari livelli operativi delle prese in carico (centro polifunzionali, centri Sprar, CAS, servizio di etnopsichiatria, inserimenti lavorativi e formazione).
- **Area ricerca e formazione**, per promuovere iniziative di carattere scientifico con esperti internazionali e collaborazioni con Università italiane e straniere .

Questo modello di rete è valutato positivamente dai diversi enti partecipanti perché coniuga un adeguato livello di formalizzazione con una snellezza operativa che rende le attività proposte

sostenibili per i partecipanti. L'obiettivo a lungo termine è sviluppare una cultura di servizio inter-istituzionale tra i partner della Rete per arrivare a una definizione comune della categoria di vulnerabilità e migliorare l'accesso ai servizi e l'adeguatezza della presa in carico. Ci si propone in occasione del prossimo rinnovo di allargare la platea dei partner (includendo ATS, ASST e Prefettura). La Rete si propone infine, anche grazie alla collaborazione con gli enti di ricerca e le Università coinvolte, di definire strumenti condivisi per la diagnosi precoce di vulnerabilità e di promuovere il monitoraggio diffuso di indici di integrazione e quindi il follow up degli esiti degli interventi di accoglienza e dell'effettivo accesso e fruizione della rete dei servizi specialistici

Per approfondire

A. Armocida, M. Marzagalia, M. Andreani, F. Magli, C. Cattaneo, *Rifugiati nella rete: dall'accoglienza alla cura*, Franco Angeli 2020.

GRUPPI DI PAROLA

Mantova

Negli ultimi quattro anni Sol.Co. Mantova ha organizzato “gruppi di parola” che coinvolgono operatori dei CAS e migranti accolti. La considerazione da cui è nata questa esperienza è che un fattore protettivo rispetto a malattie fisiche e mentali è la partecipazione delle persone a reti sociali ampie e varie, basate sulla solidarietà e sulla reciprocità. Il gruppo offre un'opportunità di conoscenza e comprensione reciproca tra i partecipanti, ma anche di trasformazione: nel gruppo ognuno si assume, necessariamente, la responsabilità della cura di sé e dell'altro, anzi della cura di sé attraverso l'altro, praticando intenzionalmente il legame e le relazioni, la reciprocità. Come scriveva Tobie Nathan,⁵² nella cura di pazienti migranti il lavoro di gruppo è particolarmente indicato: il paziente può essere conosciuto solo attraverso “il dispiegamento di un arsenale conoscitivo multidisciplinare e la mobilitazione di una pluralità di soggetti di diversa ascendenza culturale” e il gruppo permette un discorso sul paziente che non lo fissa in una rappresentazione univoca di tipo diagnostico, ma consente uno “svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni”.

I Gruppi di Parola organizzati da Sol.Co. Mantova hanno una cadenza trisettimanale. La facilitazione viene effettuata da professionisti psicologi della cooperativa ed operanti nei CAS. La partecipazione è del tutto libera e spontanea, aperta a uomini e donne, e si basa su alcuni presupposti, condivisi dai partecipanti:

1. nel gruppo tutti i partecipanti sono “esperti”, ci si pone su un livello di parità: chi conduce mette a disposizione le proprie competenze di psicologia, ma tutti mettono a disposizione le proprie competenze (linguistiche, culturali, emotive, di esperienza diretta...);
2. la salute si costruisce insieme, in gruppo;
3. il dispositivo “gruppo di parola” è aperto a metodi e modalità diverse, su proposta dei partecipanti. Ad esempio, se qualcuno ritiene necessario pregare, o proporre altre strategie, si è disposti a farlo. Integrarsi significa essere disponibili a accettare senza remore o giudizi i modi di tutti.

I benefici riscontrati in questi anni, in base alla testimonianza di migranti, operatori (anche con background migratorio), mediatori e medici, sono stati notevoli. Gli incontri favoriscono l'espressione dei bisogni, delle sofferenze emotive, in taluni casi persino primi racconti di traumi

⁵² T. Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri 1996.

subiti, in un clima di totale confidenzialità da parte dei presenti. Ma allo stesso tempo la condivisione dei bisogni è fortemente legata alla ricerca condivisa di soluzioni immediate (ad esempio attraverso l'orientamento ai servizi socio-assistenziali e alle risorse della rete sociale) e di cambiamento più a lungo termine (gli elementi che emergono sono elaborati per concorrere alla formazione degli operatori).

Per approfondire

L. Bianchera, G. Cavicchioli, A. R. Lovisatti (a cura di), *Transizioni e sconfinamenti: cambiamenti culturali nell'avventura delle migrazioni*, Sol.Co. Mantova 2018⁵³.

⁵³ I Quaderni della formazione sono disponibili e scaricabili dal sito internet di Sol.Co. Mantova all'indirizzo www.solcomantova.it

FORMAZIONE DEI MEDIATORI LINGUISTICO-CULTURALI

Palermo

Il Centro Penc, che ha sede presso il Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Comune di Palermo, svolge da anni un lavoro sistematico sulla formazione dei mediatori, , nella convinzione che investire professionalmente su tali figure sia un passaggio irrinunciabile per assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute dei migranti forzati che si rivolgono al servizio di etnopsicologia offerto dal Centro.

Per l'équipe di mediatori sono previsti dei momenti di incontro precedenti a ciascuna delle sedute a cui partecipano, in cui viene condiviso con loro il piano terapeutico e, quando possibile, idealmente il piano per la specifica seduta. Al termine, il mediatore si trattiene con il terapeuta per un confronto ulteriore. Oltre a questi approfondimenti individuali, sono previsti incontri di équipe hanno una cadenza settimanale. Ad una parte formativa (sulle tecniche del colloquio, ad esempio), segue una parte terminologica in cui si spiegano i termini più comuni utilizzati e, tramite un confronto ulteriore che avviene tra i mediatori stessi, si cerca di tradurre al meglio i concetti e le espressioni che ricorrono più spesso nei colloqui terapeutici. Questi approfondimenti terminologici sono anche utili a introdurre concetti tipici delle culture di origine dei pazienti, facendo sì che anche le competenze dei terapeuti ne risultino rafforzate.

Gli incontri, tanto quelli individuali che quelli di gruppo, hanno anche la finalità di prevenire il trauma vicario. Infatti i mediatori che lavorano in prima linea nel campo della salute mentale, soprattutto a contatto con pazienti che soffrono a causa di gravi traumi, sono spesso esposti agli stessi rischi emozionali e psicopatologici che corrono i terapeuti, con la differenza sostanziale che i primi mancano di un adeguato training per riconoscere i pericoli dell'interazione clinica, e dunque ancora più difficilmente dei terapeuti adottano contromisure per salvaguardare la propria integrità psichica.

Oltre alla formazione organizzata internamente, il Centro Penc propone ai mediatori a partecipazione a eventi di formazione organizzati da altri enti, ad esempio nell'ambito di progetti finanziati. Per rendere sostenibile la partecipazione dei mediatori alle attività formative è necessario non soltanto pagare le spese, ma anche retribuire le ore di formazione, incluse quelle delle riunioni settimanali di équipe. I mediatori infatti in genere lavorano con contratti temporanei e il loro lavoro è poco retribuito: se la formazione non viene retribuita molti di loro non potrebbero permettersi di proseguire il percorso.

Per approfondire

Affronti M., Monti M. C. (a cura di), *Quale sguardo sui migranti forzati? L'esperienza dell'ambulatorio del Policlinico di Palermo*, ed. Pendragon 2015.

CENTRO SALUTE MENTALE IMMIGRATI E VULNERABILI PASSI

Frosinone

Il Centro Salute Mentale immigrati e vulnerabili PASSI nasce all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Patologie da Dipendenza della ASL di Frosinone, come risposta all'esigenza di costruire un percorso di diagnosi, cura e riabilitazione per i richiedenti asilo, i minori stranieri non accompagnati e di seconda generazione, gli stranieri in condizioni di marginalità e/o difficoltà economica e sociale, rispetto al disagio mentale e alle dipendenze con e senza sostanze. Il Centro è frutto della collaborazione delle Cooperative aderenti alla Rete "La Casa Comune" (Cooperativa Ethica, Cooperativa Diaconia, Cooperativa La Speranza, Cooperativa Anthea, Cooperativa Eureka, Cooperativa Social Eureka e Cooperativa Crisalide), attive sul territorio della provincia di Frosinone. Il Centro nasce dal bisogno di promuovere la salute mentale in queste fasce di popolazione, sottoposte ad un notevole stress sia per le conseguenze fisiche e mentali per il viaggio dal loro paese di origine fino a noi, sia anche per i tempi incerti, le difficoltà di inserimento sociale e lavorativo, la condizione di povertà, il rischio molto alto di marginalità. Il centro è aperto alla collaborazione con le comunità migranti, come ad esempio la comunità locale nigeriana.

In considerazione della ridotte possibilità in termini di personale e strutture della ASL e delle risorse sempre più limitate degli enti gestori dei servizi di accoglienza, il Centro PASSI vuole essere una risposta di rete attraverso un tentativo di cogestione del disagio mentale. Le Cooperative, attraverso una prima presa in carico a cura delle figure professionali interne (psicologi, assistenti sociali ed educatori), attraverso il Centro PASSI segnalano la necessità di un trattamento psichiatrico, psicologico e sociale da parte della ASL. La diagnosi e il trattamento diviene uno strumento per la collaborazione fattiva e per l'individuazione di un percorso riabilitativo che coinvolge il personale delle Cooperative e gli utenti stessi. Tutto questo può essere garantito da una continuità di relazioni scientifiche e professionali tra Cooperative e Centro. Il Centro diviene un luogo effettivo di cogestione dell'utenza, con possibilità di individuazione di processi di cura condivisi, gruppi terapeutici, iniziative di animazione sociale territoriale.

Oltre alla diagnosi e cura disturbi psichici e di dipendenza da sostanze e alle certificazioni di disturbi post traumatici, il Centro PASSI funge da referente per il trattamento ambulatoriale di specifici disturbi in collegamento con CSM e SERD territoriali. Assicura inoltre la supervisione di gruppo con gli operatori delle Cooperative che gestiscono i centri di accoglienza e riunioni

periodiche con i responsabili delle strutture per promuovere percorsi formativi specifici sul disagio psichico destinati agli operatori nonché eventi e manifestazioni culturali condivise.

Una funzione importante del Centro è quella dell'animazione sociale, finalizzata alla costruzione di percorsi di integrazione sociale per italiani e stranieri. La rete La Casa Comune, al cui interno si muove il Centro PASSI, contribuisce e sostiene il percorso, soprattutto per lo studio e l'esplorazione di processi di empowerment di comunità e di interventi di valorizzazione delle potenzialità del vicinato, del quartiere, delle piccole città.



ISTITUTO PSICOANALITICO
PER LE RICERCHE SOCIALI

PASSEGGIATA DI RIPETTA, 11 - ROMA
TEL. 06.32652401 - IPRS@IPRS.IT
WWW.IPRS.IT

PROJECT SPONSORED BY OPEN SOCIETY FOUNDATIONS
WWW.OPENSOCIETYFOUNDATIONS.ORG
WITHIN THE MENTAL HEALTH PROGRAM