INTERVENTI DI RETE NEGLI ESORDI PSICOPATOLOGICI DELLA POPOLAZIONE CON STORIA MIGRATORIA ED EMERSIONE DELLA VULNERABILITA'

UNA PROPOSTA DEL GRUPPO DI PARMA

BOLOGNA, 25 NOVEMBRE 2025

FASE RESIDENZIALE, POST-ACUZIE

Bisogni

- Prolungare una fase di osservazione psicopatologica
- Definizione più accurata della diagnosi
- Raccolta anamnestica e della memoria (strumento della memoria autografa)
- Attivare una rete di supporto sociale
- Attivare strumenti per incontrare la persona e la sua storia in «sicurezza e competenza culturale»

DA DOVE VENIAMO?

Corso di formazione per professionisti della salute mentale in Etnopsichiatria. Competenze culturali nell'incontro con stranieri e migranti.

Centro Studi Sagara e DAISM-DP di Parma

Definizione di un gruppo di lavoro che si è formato negli anni

Individuazione, anno per anno, delle piste di approfondimento da proporre

Incontri da remoto, incontri in presenza, supervisioni

Formazione «aperta»: professionisti della salute mentale, terzo settore e accoglienza, volontari, medici e psicologi in formazione, servizi sociali

Francesco Toris, «Il nuovo Mondo»,
Museo dell'Antropologia di Torino

GRUPPO MIGRAZIONE DAISM-DP

- Elenco delle persone, cresciuto negli anni
- Figure professionali rappresentate
- Servizi rappresentati

- Uditori: personale di CIAC, Terzo settore-accoglienza, volontari

- In dialogo con Gruppo Migrazione aziendale istituito su mandato della RER per applicare le Linee guida sui controlli alla frontiera e sulle vittime di violenza e tortura

Sistema nazionale per le linee guida
I controlli alla frontiera
La frontiera dei controlli
Controlli sanitari all'arrivo
e percorsi di tutela per i migranti
ospiti nei centri di accoglienza
Lg
LINEA GUIDA
SALUTE MIGRANTI
1
INMP
NIHMP
S.I.M.M.

LINEE GUIDA RELATIVE AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA E RIABILITAZIONE, NONCHÉ PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI DEI RIFUGIATI E DELLE PERSONE CHE HANNO SUBITO TORTURE, STUPRI O ALTRE FORME GRAVI DI VIOLENZA PSICOLOGICA, FISICA O SESSUALE
Adottate con DM 3 aprile 2017 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24-4-2017

‘*ESSERE*’ PSICHIATRI NELL’INCONTRO CON LE MIGRAZIONI

- Militante-impegnato
- La voce dei diretti interessati
- Il tema dei conflitti
- Le sofferenze urbane
- La mediazione
- Saper credere

LA MARGINALITÀ: COME LE ISTITUZIONI INCONTRANO LE VITE OFFESE

- «*I portatori di assenza d'opera*»
- Il «naufragio» e i «naufraghi»
- Le storie dei 'senza'
- La marginalità può diventare l'oggetto trasformativo per la clinica

CONSULTAZIONE E MEDIAZIONE

"L'abilità con cui il terapeuta negozia, insieme al paziente, un significato condiviso dipende non soltanto dalla qualità dell'alleanza clinica, ma anche da come la spiegazione culturale *della malattia si adatta alla persona, ai familiari o al suo entourage"*

Tranulis, Corin, Kirmayer, 2008

"Esiste una specificità nella relazione di cura in quanto medico e paziente vi occupano posizioni profondamente diseguali. Rimanendo neutri, il rischio è quello di produrre ad libitum *questa disuguaglianza. Per far emergere* veramente *la parola del paziente, dobbiamo assumere il fatto che l'atto della mediazione è un atto impegnato"*

Bouznah, Lewertowski. 2014

PROPOSTA:
SERVIZIO DI CONSULTAZIONE CULTURALE AZIENDALE

Argomento del Master in Salute collettiva Università di Parma aa 2025-26:

«Il dispositivo della Consultazione culturale e della Mediazione Etnoclinica come pratica plurale all'interno di servizi che aspirano ad essere culturalmente competenti»

Obiettivi:

1. Favorire la crescita di una maggiore sensibilità alle problematiche culturali nei servizi di cura (sia nella definizione diagnostica che nella proposta trattamentale)
2. Offrire supporto alla definizione di diagnosi e trattamenti alle èquipe di lavoro fornendo uno spazio di dialogo su campi semantici culturalmente significativi (malattia, salute, follia…)
3. Per i casi complessi fornire una consultazione culturale alle èquipe di lavoro e applicazione del dispositivo di MEC
4. Ampliare nelle èquipe di lavoro la consapevolezza di appartenere ad un sistema culturale di spiegazione della sofferenza, ma che non è l'unico

COMPETENZA E SICUREZZA CULTURALE

- Competenza culturale il riuscire ad assumere nell'incontro clinico il punto di vista del paziente, che può essere influenzato dalla sua affiliazione originaria (identità culturale, spiegazione culturale della malattia, ambiente psicosociale di riferimento, elementi culturali della relazione medico-paziente)
- Sicurezza culturale il saper affrontare gli squilibri di potere nelle istituzioni sanitarie per garantire una base etica all'assistenza sanitaria, quale banalmente la possibilità del paziente di esprimersi nella propria lingua d'origine

SAPERE E SAPER FARE

Interrogare e applicare nuovi strumenti all'interno dei servizi di cura pone sotto la lente di osservazione il '**sapere'**, vale a dire acquisire maggiore competenza culturale nelle pratiche della tutela della salute mentale; il '**saper fare**' da parte dei professionisti impegnati e capaci di trasmettere le conoscenze teoriche e pratiche ai colleghi dei servizi invianti; la '**coabitazione'** di strumenti differenti oltre che la capacità di '**lavorare insieme**' tra varie figure professionali (e non solo socio-sanitarie); il '**saper lavorare**' in luoghi dove promuovere una sicurezza culturale per i pazienti e le famiglie (dobbiamo essere consapevoli della disparità di potere tra operatori e utenti).

DOVE SI APPLICA?

In alcuni *setting* specifici all'interno dei servizi del DAISM-DP e dell'accoglienza per persone di recente arrivo sul nostro territorio (CSM, SERDP, SPDC, NPIA, servizi di bassa soglia, carcere…)

Si intendono privilegiare *setting* per i quali esiste una "urgenza" dal punto di vista della tutela dei diritti e dei bisogni di persone vulnerabili e fragilizzate (anche dai sistemi stessi dell'accoglienza)

Necessità di trovare strumenti che sappiano facilitare l'incontro, permettano un riequilibrio di potere tra le parti coinvolte, sappiano dare voce a tutti e soprattutto a chi di solito viene silenziato dai dispositivi conoscitivi egemonici e europei.

Inoltre permette agli operatori di vedere al proprio dispositivo culturale e non di proiettarlo esclusivamente sull'altro, soprattutto se straniero.

SI INTENDE **SPERIMENTARE** IL DISPOSITIVO NEI SEGUENTI SETTING:

- Servizi di Salute mentale adulti
- tavolo MSNA-interfaccia con NPIA e servizi sociali
- Servizi per le Dipendenze Patologiche
- setting sociali di accoglienza
- CISS, il coordinamento interaziendale tra ASL e Ciac che individua soggetti vulnerabili con storia migratoria e favorisce percorsi psicosociali e legali per il riconoscimento della condizione di rifugiato e richiedente protezione sul territorio di Parma.

E IN OSPEDALE?

- *I servizi ospedalieri sono terreno d'incontro (talvolta di SCONTRO) in cui le persone condividono momenti critici con una disponibilità reciproca creata dall'urgenza della situazione e dall'obiettivo comune di offrire una risposta di cura. L'adeguatezza e l'efficacia di tale risposta dipende dalla competenza con cui sappiamo riconoscere l'individualità dell'altro che, a sua volta, è parte di varie comunità culturali.*
- *La "consultazione culturale" può fornire un importante contributo alla quotidiana pratica clinica in tutti i reparti ospedalieri (non solo in quelli psichiatrici) supportando il personale sanitario nella gestione di pazienti appartenenti a popolazioni eterogenee. Ha inoltre una valenza etica, garantendo preminenza e attendibilità alle storie dei pazienti.*

IL MEC

- *Può essere utile in seconda battuta, dopo un evento critico o dopo vari interventi clinici che non raggiungono i risultati attesi dall'équipe sanitaria. E' possibile sottolineare infatti che, se da un lato quando sussistono differenze linguistico-culturali sia evidente la maggior difficoltà nella gestione di problematiche sanitarie, soprattutto nell'ambito dell'emergenza/urgenza, dall'altro lato questo dovrebbe essere un buon punto di partenza per riconsiderare le dimensioni positive della cultura, in cui affondano le radici dell'identità e del valore e in cui vi sono le risorse per l'adattamento, la resilienza e la diversità creativa.*

IL MEC

- *Nel mondo plurale della globalizzazione, si moltiplicano gli incontri-scontri tra persone che rappresentano culture, universi, gruppi e popoli diversi. La questione della comunicazione interculturale e della decifrazione di territori sempre più complessi per numero e diversità delle offerte e delle risorse, nonché per aree di crisi e di conflitto, diviene così centrale, in particolare per gli operatori implicati nei campi della salute, dell'educazione, della giustizia, dell'assistenza e aiuto verso i settori più svantaggiati e marginali della società*

- *Si tratta di perfezionare le proprie capacità di negoziatori e mediatori tra diversità; e, poi, di apprendere come ottimizzare e mettere in sinergia i ricorsi alle varie risorse, formali e informali, attive sul territorio dove si è chiamati a operare.*
- *Si tratta dunque di acquisire una competenza particolare, quella di chi, a partire dalla propria specifica formazione professionale, è in grado di lavorare in situazioni multidisciplinari e multiculturali, ponendosi negli spazi tra luoghi, lingue e culture, facilitando la comunicazione e il dialogo, collaborando per la soluzione di attriti e conflitti.*

La mediazione etnoclinica non è una competenza dunque per soli terapeuti, ma per tutti coloro che si trovano o si troveranno a operare per il benessere sociale, per la giustizia, per la soluzione dei conflitti.

CRITICITA' ALLE QUALI TENTARE DI RISPONDERE

- ***Ridotta familiarità degli operatori sanitari nell'identificare l'appropriatezza e la necessità di una CC***
- ***Necessità di una gestione tempestiva in caso di gravità clinica dei pazienti***
- ***Indisponibilità di un ambiente adatto***
- ***Indisponibilità dei mediatori linguistico-culturali***

BISOGNI

- ***difficoltà dei clinici nel comprendere modelli esplicativi diversi rispetto al concetto di salute e malattia***
- ***rifiuto del paziente a trattamenti/procedure necessari o mancata aderenza al trattamento pianificato***
- ***rifiuto del paziente nel modificare il proprio stile di vita, anche in caso di gravi patologie***
- ***chiarimento diagnostico***

COMPOSIZIONE

- Il gruppo di lavoro è composto da figure sanitarie differenti, secondo un approccio multiprofessionale integrato e adeguatamente formate.
- Fanno parte del gruppo: medici psichiatri, medici in formazione, psicologi, TRP (tecnico della riabilitazione), infermieri, assistenti sociali (afferente al DAISM-DP), educatori.
- L'èquipe ha attivato collaborazioni con **altre professionalità, abbiamo inserito una antropologa.**
- Vengono considerati parte dell'èquipe i **mediatori** culturali che operano a chiamata per l'azienda USL (afferenti alla cooperativa La Dimora di Abramo).

Esperienza del CISS

NASCITA DEL COORDINAMENTO

- Nasce sulla base dei dati della ricerca prodotta nell'ambito dal Progetto FER "*Lontani dalla Violenza: progetto di realizzazione e condivisione di servizi territoriali per la presa in carico integrata di vittime di tortura*" **2009**
- Il coordinamento interdisciplinare socio-sanitario Ciac-Spazio Salute Immigrati Ausl Parma "per l'individuazione dei percorsi di emersione, certificazione e riabilitazione delle vittime di tortura" nasce il 1 settembre **2009** ;

PRESUPPOSTI CONDIVISI SULLA VULNERABILITA'

- L'emersione può avvenire in qualsiasi fase del percorso migratorio
- Può avvenire in qualsiasi punto della rete (sociale, sanitaria, giuridica)
- Le prese in carico necessitano di strumenti azioni di diversi servizi (accoglienza, mediazione lc, tutela ecc)
- La vulnerabilità come condizione che non solamente «intrasoggettiva», ma alla relazione tra soggetto e contesto. Attrezzando il contesto è possibile che la vulnerabilità evolva positivamente
- Serve un pensiero capace di organizzare diversi servizi e competenze, in rete

COMPOSIZIONE DEL COORDINAMENTO

Resp medico SSI

Resp infermieristico SSI

Resp Igiene Pubblica

Resp psicologo

Resp psichiatra

Os. Spazio Salute donna

Op. Sociale Ciac Onlus

Op Legale Ciac Onlus

Servizio Anti Tratta

Comuni Capi Distretto

Quando necessario: enti del terzo settore/operatori dei servizi sociali e sanitari del territorio

- Il CISS – è un coordinamento multidisciplinare composto da operatori della sanità, del sociale e del terzo settore, che si riunisce a cadenze fisse per programmare gli interventi, sincronizzando le azioni delle diverse professionalità attive su un singolo caso (2011)
- Non è un servizio "dedicato", ma un **modello organizzativo** a cerchi concentrici, che affianca i diversi servizi territoriali nelle prese in carico complesse;

EVOLUZIONE nel tempo
2011 progetti sprar dedicati alla salute mentale
2013 Mare nostrum – Centri di accoglienza straordinaria
2015 Sovrapposizione canale Tratta - Asilo

GLI OBIETTIVI DEL COORDINAMENTO

1) Risposta multidisciplinare: sostenere persone vittime di tortura, violenza estrema, portatori di disagio mentale, attraverso una risposta multidisciplinare e integrata, di tipo clinico, assistenziale, relazionale e di integrazione sociale, mirata a favorire percorsi di autonomia personale e la sperimentazione di attività mirate al benessere;
2) Elaborazione di un progetto individualizzato: approccio *user – centered,* che tiene conto sia della multidimensionalità che della specificità del bisogno. Approccio capace di riattivare le risorse del beneficiario. Modello di salute bio – psico – sociale.
3) Promuovere il lavoro di rete: sperimentare modalità organizzative e prassi di lavoro di rete, finalizzate ad approcciare la complessità del quadro clinico, sociale e giuridico, dei soggetti vittime di traumi estremi, attraverso una azione sinergica da parte di differenti professionalità.
4) Promuovere la diffusione di nuove competenze: supportare gli operatori all'interno dei servizi territoriali, capaci di dare risposta alle specifiche esigenze di cui la popolazione rifugiata è portatrice.

LA MEMORIA AUTOGRAFA

- Si tratta di un manoscritto autografo prodotto dal richiedente asilo immediatamente dopo l'approdo in Italia o comunque entro i primi mesi dall'arrivo, in cui vengono narrate in prima persona, con l'aiuto di mediatori anch'essi spesso ex-richiedenti protezione, le **vicende biografiche premigratorie e migratorie**, alle quali vengono aggiunte le narrazioni delle **vicende post-migratorie** (un respingimento della domanda, ritardi nelle risposte, difficoltà socio-ambientali, mancanza di risorse, di rete e di contatti con i familiari) che rappresentano dei veri e propri **fattori di rischio** sulla tenuta della salute fisica e psichica.

CERTIFICAZIONE DELLA VULNERABILITA'

Uscire dall'invisibilità. Favorire alleanze tra istituzioni e territorio nei percorsi di migranti e richiedenti asilo

a cura del CIM (pubblicato su n. della Rivista NUOVA RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI, Rivista di Salute Mentale di Comunità Volume 31 - 4 Novembre 2025

Questo approfondimento nasce dal lavoro di un gruppo di operatrici del DAISM-DP di Parma cha ha deciso di firmarsi come CIM, Collettivo che Incontra le Marginalità, e da diversi anni propone seminari e articoli sui cosiddetti "emergenti" in salute mentale interrogando le istituzioni nelle quali lavoriamo. Tra questi il tema dell'accoglienza dei migranti sfida i nostri dispositivi del sapere e della conoscenza, obbligandoci a rinunciare ad una competenza tecnica in favore di strumenti di co-apprendimento e di emancipazione, sia delle persone che incontriamo, sia degli stessi operatori impegnati. Il CIM opera alleanza, come in questo caso, hanno contribuito Alice Corsaro e Silvia Vesco.

- Dall'esperienza del CISS abbiamo ricavato quella che abbiamo definito la **scheda emersione vulnerabilità, che** individua indicatori in ambito giuridico, sociale, psicologico e sanitario per l'emersione di situazioni di vulnerabilità
- Le attestazioni di vulnerabilità hanno il fine di effettuare l'ingresso in progetti SAI, evitare la procedura accelerata, ed evitare l'evoluzione verso quadri clinici più gravi.
- In un contesto di frammentazione dei servizi sociosanitari, di restrizione dell'accesso agli stessi da parte delle persone migranti e di smantellamento del sistema di accoglienza, questa esperienza testimonia la possibilità, anche e soprattutto in fase emergenziale, di poter creare un intervento tempestivo efficace e sostenibile a tutela della salute e dei diritti delle persone migranti.
- Da questa esperienza dal basso è nato un Protocollo nel gennaio 2024: *"Protocollo di intesa per 'modalità' organizzative della presa in carico sanitaria degli stranieri accolto presso il Centro Accoglienza Straordinaria provvisorio - CASP- gestito dalla protezione civile"*.

FORTUNE.
COME FAR EMERGERE IL DESIDERIO

- Di suo solo una diagnosi e una terapia
- Il fascino dell'eleganza, dignità e pazienza
- Uno stato di inibizione psicomotoria
- Una capacità di grandi e pazienti attese
- **L'emersione del progetto nascosto**
- Quali servizi a fianco dei tanti “senza”

ISSA, TORNARE A POTER PARLARE