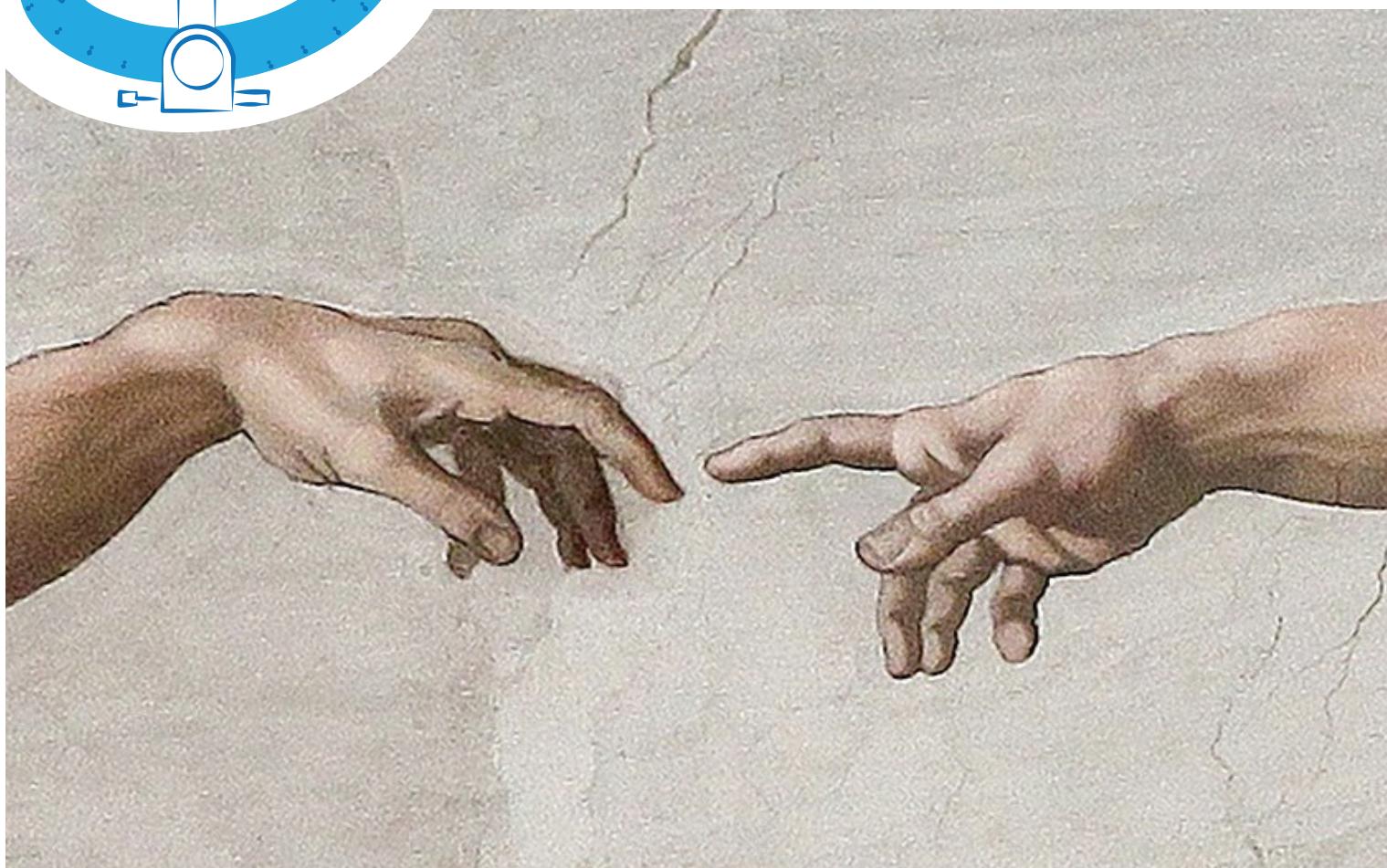


MAG
2023



Sestante 12

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



Costruire la salute per/con i migranti

Servizi sanitari e socio-sanitari in un welfare di comunità

Progetti di vita e programmi di cura ■ Generazioni rubate ■ La salute mentale degli individui con background migratorio ■ L'integrazione dei migranti: plurale, equa ed inclusiva ■ Salute mentale e popolazioni migranti ■ Clinica transculturale e percorso clinico multidisciplinare ■ Interventi in cambiamento per persone in movimento ■ Approcci di prossimità e servizi a bassa soglia ■ Centro Salute Mentale e utenza straniera ■ La Competenza Culturale degli infermieri in psichiatria ■ Aiutiamoli a casa nostra ■ Servizio AUSL di mediazione linguistico culturale ed interpretariato ■ Reggiane OFF, un intervento di inclusione cittadina ■ L'équipe marginalità a Rimini: ripensare i modelli di cura a partire "dal basso" ■ Sensibilizzare i migranti alla salute e al benessere ■ La relazione che cura in carcere ■ La Riduzione del Danno entra negli istituti penitenziari ■ L'alternativa nomade ■ Assistenza sanitaria, e non solo, a profughi ucraini ■ Ocean Viking a Ravenna ■ Separazioni e perdite nella consapevolezza della crescita

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato esecutivo

Teo Vignoli
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Rimini
Alessio Saponaro
*Regione Emilia-Romagna, Settore Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*
Paolo Ugolini
SISS, Società Italiana Sociologia della Salute

Comitato scientifico e di redazione

Luca Brambatti, *NPIA, AUSL Piacenza*
Stefano Costa, *NPIA, AUSL Bologna*
Dorella Costi, *Direzione Generale AUSL Reggio Emilia*
Giancarlo Gibertoni, *DSM-DP Modena*
Simona Guerzoni, *Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena*
Marco Menchetti, *Università degli Studi di Bologna*
Luana Oddi, *SerDP, AUSL Reggio Emilia*
Monica Pacetti, *CSM Forlì, AUSL della Romagna*
Maria Teresa Paladino, *Regione Emilia-Romagna*
Antonio Restori, *DSM DP, AUSL Parma*
Cristina Sorio, *DSM-DP, AUSL Ferrara*

Comitato consultivo

Massimo Rossetti, *Direttore DSM-DP Piacenza*
Pietro Pellegrini, *Direttore DAISM-DP Parma*
Gian Maria Galeazzi, *Direttore DSM-DP Reggio Emilia*
Fabrizio Starace, *Direttore DSM-DP Modena*
Fabio Lucchi, *Direttore DSM-DP Bologna*
Alba Natali, *Direttore DSM-DP Imola*
Paola Carozza, *Direttore DAISM-DP Ferrara*
Antonella Mastrocola, *F.F. Direttore DSM-DP Ravenna*
Michele Sanza, *Direttore DSM-DP Forlì-Cesena*
Andrea Tullini, *Direttore DSM-DP Rimini*

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi
tel. 051 5277072
claudia.nerozzi@regione.emilia-romagna.it
Paolo Ugolini
cell. 334 6205675
paolougolini.studiosociologia@gmail.com

Sito web SESTANTE

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante>

Foto di copertina:

Michelangelo Buonarroti, 1511 circa, affresco, Cappella Sistina, Città del Vaticano (particolare)

Grafica e impaginazione:

www.stilgrafcesena.com

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 12 è stato curato da:

Andrea Facchini (Regione Emilia-Romagna)
Antonella Mastrocola (F.F. DSM-DP RA)
Luana Oddi (SerDP RE)
Monica Pacetti (CSM FO)
Paolo Ugolini (Direttore SESTANTE)

Progetti di vita e programmi di cura

Paolo Ugolini, Antonella Mastrocola, Andrea Facchini,
Luana Oddi, Monica Pacetti

Difficile scrivere un EDITORIALE su un tema così complesso e con normative in continua evoluzione (ultimo il Decreto del Consiglio dei Ministri varato il 09/03/23 direttamente a Cutro) che, nel solco della ventennale Legge “Bossi-Fini”, tenta di snellire qualche singola procedura in materia di flussi per lavoro, gestione dei Centri per l'accoglienza, ma prevede anche una limitazione dei diritti di soggiorno regolare, attraverso l'eliminazione dell'istituto della “protezione speciale”, oltre che un inasprimento delle pene per gli scafisti, etc. Questioni giuridiche ed amministrative che definiscono la cornice entro cui le dinamiche migratorie si sviluppano e che, pur non essendo oggetto di analisi del presente numero, non possono essere trascurate agendo potenzialmente come fattori in grado di influenzare e determinare non solo l'assetto sociale, ma anche sanitario delle persone migranti. Oggi le dinamiche migratorie non sono questioni sporadiche e tanto meno eccezionali, sono una realtà della società della globalizzazione (non solo sul piano demografico, ma anche lavorativo, e non ultimo culturale) attuale e futura (crescente il numero di giovani e giovanissimi giunti come minori non accompagnati o nati da migranti) (Bertolino). Nonostante ciò, la salute mentale dei migranti rimane materia “poco dibattuta in Italia” e “scarse le ricerche in materia” (Tognetti).

Questo SESTANTE 12, “Costruire la salute per/con i migranti” mette in gioco la salute come concetto olistico in tutte le sue componenti, a partire da quella fisica, ma che non può non considerare la componente psichica e relazionale, oltre a quella spirituale, legata alle diverse etnie e religioni (i cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna, a fine 2021, erano quasi 600.000 pari al 12,8% della popolazione complessiva). Pellegrini nel dibattito culturale mette in evidenza il valore della salute come bene relazionale che lega tra loro tutte le persone, e in questa ottica tutta la comunità. La persona, con i suoi diritti/doveri naturali connessi al suo essere tale, il suo essere umano responsabile di sé e dell'altro, come dato ontologico. Questo quadro socio-epidemiologico e socio-culturale e i molteplici segnali di crescente radicamento e stabilizzazione hanno imposto una riflessione ed un aggiornamento delle politiche e degli interventi di inclusione e di integrazione da parte della Regione Emilia-Romagna con il suo recente Programma triennale 2022-2024 che richiama già nel suo titolo i valori di pluralità, equità ed inclusività (Facchini).

La Regione Emilia-Romagna con il modello di governance I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum and

Rif.
Paolo Ugolini, Sociologo della salute,
Direttore Responsabile SESTANTE
334 6205675
paoulougolini.studiosociologia@gmail.com

Refugees in Emergency) si pone l'obiettivo di migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Internazionale e Casi Speciali, assicurando una risposta ai bisogni di salute il più possibile omogenea e di sistema. Basandosi sull'esperienza maturata dal Progetto Europeo I.C.A.R.E. condotto dalla Project Manager Rosa Costantino e dai referenti scientifici delle Aziende Sanitarie, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato un modello strutturale che ha permesso di capitalizzare il lavoro svolto e garantirne la sostenibilità nel tempo:

1. Board regionale composto da un referente per ogni AUSL e dai referenti di settore della Regione Emilia-Romagna (Assistenza Territoriale, Salute Pubblica, Salute Mentale, Assistenza Ospedaliera, Servizi Sociali e integrazione) coordinato dal Settore Assistenza Territoriale. Le azioni principali del board sono:
 - Promuovere azioni trasversali in modo sinergico e integrato tra le varie realtà regionali che si occupano della salute dei migranti e con le Prefetture per l'avvio degli screening dovuti secondo le Linee Guida del Ministero della Salute, per l'avvio dell'iter per il riconoscimento dell'età per la gestione dei MSNA.
 - Promuovere azioni di supporto alla progettazione locale, condividendo criticità e soluzioni da intraprendere a livello regionale.
 - Definire un approccio di sistema sul tema migranti e vulnerabilità.
 - Definire le attività di formazione diretta ai referenti aziendali e alle équipes multidisciplinari.
 - Partecipare al tavolo tecnico nazionale per condividere best practice e criticità.
2. Tavolo tecnico su migranti e vulnerabilità in ogni AUSL, con azioni tese a:
 - Definire strategie e programmazione locale dei servizi territoriali: cure primarie, sanità pubblica, salute mentale, ospedale, area socio-sanitaria, area amministrativa (URP-Accoglienza) e servizi di mediazione culturale.
 - Adottare una presa in carico integrata e culturalmente competente.
 - Creare reti a livello locale (Prefetture, Enti gestori, Associazioni in convenzione con le AUSL).
3. Équipe multiprofessionale e multidisciplinare a livello di singola AUSL (Delibera G.R. n. 1304/2022) composta da medico referente di équipes, specialista in ginecologia, ostetrica, specialista in pediatria, infermiere/assistente sanitaria, mediatore culturale (ove possibile, assistente sociale, psicologo dell'età evolutiva, referente del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica).

SESTANTE 12 propone poi una intervista: Inglese, psichiatra, rispetto all'orientamento multiculturale dei servizi pubblici, con un'attenzione particolare ai servizi dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Come identità di SESTANTE, a seguire, la valutazione di impatto e/o di risultato di servizi o interventi realizzati in Emilia-Romagna:

- *Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:*
Clinica transculturale e percorso clinico multidisciplinare a PC.
- *Servizi per le Dipendenze Patologiche:*
Percorsi di prevenzione per i richiedenti protezione internazionale a Rimini, Approcci di prossimità e servizi a bassa soglia a Bologna.
- *Psichiatria adulti:*
Centri di Salute mentale e utenza straniera a Parma, La competenza culturale della figura dell'infermiere in psichiatria a Bologna, Buone pratiche per l'integrazione e la salute psicologica dei migranti a Modena.
- *Integrazione socio-sanitaria:*
Servizio di mediazione linguistico culturale ed interpretariato nell'AUSL della Romagna, Come superare le politiche degli sgomberi attraverso un lavoro socio-sanitario di prossimità, Équipe marginalità per ripensare i modelli di cura a partire dal basso tra sanitario, sociale e terzo settore a Rimini, Sensibilizzare i migranti a percorsi di educazione alla salute e al benessere a Bologna.
- *Carcere:*
Costruire percorsi integrati e promuovere la prosecuzione della cura dal carcere al territorio a Bologna, Riduzione del Danno nell'istituto penitenziario di Reggio Emilia.
Per concludere, intervista a Marzulli, medico, coordinatrice dello sbarco della Ocean Viking nel porto di Ravenna. E una Pagina Aperta di due associazioni di volontariato di Forlì (Salute e solidarietà) e Bologna (Sokos) che raccontano la loro assistenza sanitaria, e non solo, ai profughi ucraini.
Vorremmo concludere citando un passaggio del dibattito culturale di Pellegrini "La cura è nella libertà, nel consenso e nella responsabilità, parte dei diritti/doveri. Programma di cura e progetto di vita hanno bisogno di uno scenario di senso, di trovare riferimenti di speranza, e dignità". A tal riguardo la Lettera alla Redazione di Samir, ne è una testimonianza, vera, e, speriamo, con *outcome* positivo.
Buona lettura.

Bibliografia

Caritas-Migrantes, XXXI Rapporto Immigrazione, 2022.
Regione Emilia-Romagna, *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna*, Ed. 2022.

Generazioni rubate

Colonialità, sofferenza e soggettivazione nei figli della migrazione

Roberto Bertolino, Simone Spensieri

ABSTRACT

Pensare la sofferenza dentro l'esperienza migratoria impone di considerare non solamente le variabili più prettamente cliniche, ma anche di posizionarsi all'interno di una cornice storica e politica. Sofferenza individuale e sofferenza sociale sono in questo caso più che mai inestricabili e richiedono modelli interpretativi e paradigmi di cura che sappiano intrecciare differenti orizzonti tra il soggettivo e il collettivo. A partire dall'incontro coi figli della migrazione ecuadoregna dentro lo spazio messo a disposizione da un servizio per le tossicodipendenze, l'esperienza de l'Escuelita verrà considerata come esempio di un intervento di cura e risoggettivazione di giovani migranti.

*Loro ci descrivono [...]
Loro hanno il potere della descrizione
e noi soccombiamo di fronte
alle pitture che loro costruiscono*
S. Rushdie

1. Tra sofferenza individuale e sofferenza sociale

Pensare la sofferenza dentro l'esperienza migratoria impone di articolare una riflessione non solamente attorno alle variabili propriamente cliniche, ma anche posizionarsi all'interno di una cornice storica e politica, che determina le condizioni di possibilità in cui prendono corpo anche l'esperienza migratoria e le sue rappresentazioni, al fine di illuminare la dinamica ed il complesso intreccio che lega sofferenza individuale e sofferenza sociale nelle biografie dei nostri pazienti.

È indispensabile, infatti, interrogare le forme di sofferenza e disagio in stretto rapporto con la possibilità di espressione e di protagonismo che i "figli della migrazione" sperimentano. È stata Selma Benhabib (2005) a chiedersi "chi ha il potere per parlare? E a nome di chi parla e perché? Chi ha il potere di articolare un'identità in pubblico per un gruppo di persone e perché?". La questione dell'*autorialità narrativa* e rappresentazionale non può essere pensata come distinta

Rif.
Roberto Bertolino, *psicoterapeuta*,
Associazione Frantz Fanon
robertolino75@yahoo.it
345 8409981

e indipendente dalla posizione sociale e giuridica, ma anche dal peculiare orizzonte conflittuale che determina la collocazione di questi ragazzi in seno alla nostra società.

Considerare il sintomo anche come critica politica (Devereux, 2007) consente di resistere alle derive che nelle società contemporanee tendono a medicalizzare o penalizzare (Waquant, 2000) il conflitto sociale, per restituirlo al sociale stesso. Fare questa semplice operazione consente per molti versi di collocarsi se non al di fuori, almeno a lato del processo con cui oggi gli Stati producono soggetti legittimi e soggetti illegittimi o, per usare la terminologia di Judith Butler (2017), soggetti *dispensabili ed indispensabili*, processo nel quale i dispositivi sociali e sanitari rivestono sempre più un ruolo centrale.

Sayad (2002) in un noto articolo sui figli della migrazione, riprendendo l'affermazione di uno dei suoi interlocutori, ha usato la nozione di *figli illegittimi*, per sottolineare proprio i rischi di alienazione che la condizione di *migrazione involontaria* porta con sé. Nell'articolo citato Zahoua, una delle figlie del padre intervistato, definisce sé stessa ed i suoi fratelli come "prodotti della Francia" a sottolineare come nei percorsi evolutivi ed esistenziali di questi ragazzi il doppio registro di autorità (famigliare e statale) sia immediatamente evidente, contraddittorio e problematico. La presenza di questi ragazzi produce un brusco crollo nell'immaginario di transitorietà che definisce quanto meno la biopolitica del corpo che lavora e, sebbene non pienamente riconosciuti, questi minori finiscono per divenire *doppiamente presenti* (Queirolo Palmas, 2006) in contrasto con lo statuto di doppia assenza dei genitori.

2. Permiso del Sonar

Può essere utile per articolare questo discorso, partire da un'esperienza specifica, realizzata in Liguria, in cui i temi della sofferenza e del recupero di una possibilità di parola e azione sono risultati centrali.

Permiso de sonar è il titolo del lungometraggio che il collettivo *Escuelita* ha realizzato in un arco di tempo lungo 6 anni. Il titolo evoca la coincidenza tra il tema del sogno e quello della ricerca della *presenza*¹. Il permesso di soggiorno, da cui il titolo, è il permesso che per loro annuncia *l'esserci nel mondo*². Nato al Ser.T., come gruppo terapeutico di parola con ragazzi che usavano sostanze stupefacenti, *l'Escuelita* si è trasformata nel corso degli anni anche in un collettivo³ che attraverso la realizzazione e la promozione del lungometraggio, ha assunto una precisa linea d'azione a matrice politica. Il grande esodo del popolo ecuadoriano a fine anni novanta è stato determinato dalle politiche economiche⁴ connesse alle logiche imperialiste statunitensi che avevano imposto il cambio della moneta locale, il *sucre*, col dollaro americano. La popolazione si era impoverita bruscamente e

le conseguenze sociali erano state devastanti: alla crisi politica era succeduta quella sociale, al blocco si era reagito col movimento dei corpi; corpi che hanno attraversato i confini nazionali in un esodo che ha impattato significativamente su alcuni territori in Italia.

Il corpo emerge come protagonista conteso in questa vicenda, annunciata da un improvviso regime di precarietà⁵ che sembrava averlo impantanato entro i confini di uno Stato, le cui decisioni avrebbero corroso il futuro di intere generazioni.

Le donne intrapresero per prime il percorso migratorio, trovando lavoro per lo più nel settore terziario, come badanti sette giorni su sette ventiquattro ore giorno. I figli rimasero in patria con i nonni e con i padri, figure sempre più evanescenti. Dopo qualche anno il decreto badanti permise alle madri che lavoravano in Italia, di portare i figli oltre Oceano, attraverso il ricongiungimento familiare. La "chiamata" in Italia è ricordata dai ragazzi come un momento critico, evento soglia, in cui si sono sentiti ingannati dalle

Note

- 1 Facciamo riferimento alla nozione demartiniana di *presenza*: mantenersi come presenza individuale nella società e nella storia, significa agire come potenza di decisione e di scelta secondo valori, operando e rioperando sempre.
- 2 *L'Esserci nel mondo*, non è l'essere nel mondo, ma il doverci essere in un mondo domestico, come uomo storico, rispondendo alla questione "che ci faccio io qui in questa situazione particolare, e cosa devo dire, come devo operare, cosa sono chiamati a fare in questo momento?" (Marcello Massenzio, seminario Il doppio sguardo dell'antropologo, Napoli 19 Ottobre 2022, You tube).
- 3 Lo stimolo è arrivato dall'allora Console dell'Ecuador a Genova, che avendo visto il lungometraggio al Festival del cinema Ecuadoriano (Genova 14-16 Dicembre 2012) aveva voluto incontrare i ragazzi al SerT dell'ASL4. Durante quell'incontro aveva discusso con loro delle politiche sociali che li vedeva coinvolti.
- 4 "Nelle trattative per l'indipendenza, era prima di tutto questione di interessi economici... Non fu più questione di opere civilizzatrici, evangeliche o culturali. Era il tempo delle cose serie e non delle sciocchezze... L'accettazione della sovranità nazionale e il rifiuto assoluto di un'indipendenza reale, questa è la reazione tipica delle nazioni colonialiste verso le vecchie colonie. Il neocolonialismo è impregnato di idee che ne fanno la forza, preparandone al contempo la decadenza". (F. Fanon: Scritti politici. Per la rivoluzione africana. Vol. 1. Derive e approdi, Roma, 2006, pg 125-126).
- 5 Judith Butler mette in relazione precarietà e vulnerabilità: la precarietà è la precondizione politica della vulnerabilità: «la nozione di precarietà designa quella condizione politicamente indotta per cui determinate persone soffrono più di altre per la perdita delle reti economiche e sociali di sostegno, diventando differenzialmente esposte all'offesa, alla violenza e alla morte [...] La precarietà, inoltre, caratterizza la condizione politicamente indotta di vulnerabilità ed esposizione massimizzata di persone soggette all'arbitraria violenza di stato, alla violenza domestica o di strada, così come ad altre forme di violenza perpetrate dallo Stato, ma rispetto alle quali gli strumenti legali statali non sono in grado di offrire sufficiente protezione o riparazione» (Butler, 2015).

loro madri che promettevano un futuro importante e una vita nella ricchezza. Un'illusione che non si è mai realizzata e che purtroppo è stata rimpiazzata da un vuoto familiare che poi avrebbe provocato innumerevoli problemi. Le madri, impegnate in orari di lavoro totalizzanti, non riuscivano ad occuparsi dei figli; i ragazzi completamente spaesati iniziarono a vivere la strada tra compagni, in gruppi non per forza aderenti all'iconografia della banda, ma che spesso avevano la funzione di famiglie vicarie.

“Eravamo come bambini lasciati dalla mamma a una festa in cui non conoscevano nessuno, senza che nessuno ci invitasse a giocare” racconta H. La vita stava perdendo il suo slancio, le prospettive per il futuro si riducevano, i genitori che vivevano dimensioni di subalternità non fungevano da riferimenti identitari ed il presente diventava sempre più orizzonte di un tempo circolare. Spesso le pratiche di regolarizzazione erano state compilate in modo errato ed i figli che diventarono maggiorenni in quel passaggio, si ritrovarono illegali, corpi illegittimi sul territorio nazionale.

Se provassimo a inquadrare questa vicenda attraverso le categorie che descrivono i migranti di oggi, non ne troveremmo nessuna adatta a loro: non sarebbero MSNA, poiché la madre è in questo Paese, non sarebbero Richiedenti protezione internazionale, poiché quelle devastanti politiche economiche non sono registrate come violenze politiche. Definirli migranti economici non renderebbe dignità a nessuna delle dimensioni citate. I ragazzi, prima della dollarizzazione, vivevano in famiglie di classe media, avevano ambizioni universitarie e si proiettavano in lavori qualificati.

In quel periodo la presenza di questi ragazzi in alcune nostre città è stata associata esclusivamente al fenomeno delle *pandillas*, delle bande criminali, della violenza e della devianza. “Era soffocante, non sapevamo cosa fare, a scuola eravamo mal visti dagli italiani, facevamo gruppo tra noi, stavamo in zone della città dove non potevano vederci”.

3. La strada come luogo identitario

Frantz Fanon (2000) è stato magistrale nel mettere in luce come la colonizzazione sia stata violenza feroce e pervasiva, ma anche seduzione ed abbia generato e sollecitato nuovi modelli del sé e nuovi desideri; desideri che ancora oggi segnano gli immaginari dell'altro in un senso e nell'altro e che fondano le possibilità del riconoscimento stesso e dell'incontro. Se è vero che il regime coloniale ha generato una condizione di impossibilità a respirare (Fanon, op. cit.), allora può essere utile qui riprendere la riflessione di Achille Mbembe quando parla della fine della colonia⁶ come di un *processo di ossigenazione* necessario a ridare movimento al corpo bloccato dei colonizzati.

La festa a cui i ragazzi di cui stiamo parlando erano stati portati dalle mamme, non era per loro; la città che vivevano era ancora la città divisa in due, descritta da Fanon ne *I dannati della terra*. Nel processo migratorio di questi ragazzi, non di rado, la vita di strada aveva assunto un valore ed una portata centrali, favorendo la contiguità con l'uso di sostanze e con una miseria così appiccicosa da solidificare l'aria respirabile. In quel contesto prendevano corpo pratiche di resistenza, tentativi di asserzione, *pratiche minute*, immediatamente categorizzate come devianti ed eversive che proprio nell'identità di strada trovavano uno spazio privilegiato. Philippe Bourgois, rispetto alla cultura di strada nella New York degli anni novanta, sottolineava come “le identità oppostive forgiate dalla cultura di strada rappresentano tanto un rigetto orgoglioso della marginalità sociale, quanto una negazione difensiva – e in alcuni casi terrorizzata – della propria vulnerabilità” (op. cit.). Nel contesto di cui stiamo parlando il senso di soffocamento riguardava l'immobilità.

I corpi di quei ragazzi, presi in plurimi “campi”⁷ (Bourdieu, 2012) di forze e poteri, sono parte di una Storia che li precede e in cui le loro vicende personali si inscrivono. Sono corpi che parlano di invisibilità, impossibilità a realizzare i propri sogni, mancanza di figure genitoriali che possano aiutarli ad orientarsi, smarrimento, solitudine, persecuzione da parte delle forze dell'ordine, sguardi diffidenti, dipendenza dai poteri che ne istituiscono lo statuto giuridico.

Per loro come per altri vivere in un regime di *colonialità* è diventato pervasivo, ma li ha al tempo stesso portati a mettere in discussione quel processo di riduzione delle soggettività entro categorie buone per la *governance* di una popolazione che è comunque immaginata dalle Istituzioni come subalterna.

4. Tossicomania e pratiche del sé

L'uso di sostanze stupefacenti, non la Tossicodipendenza, di quei ragazzi potrebbe allora essere esplorato come pratica del Sé, inteso come ricorrente esercizio ed esperienza di scrittura della propria soggettività (Foucault, op. cit.): rintracciare le matrici delle vicende autobiografiche intrecciate a dinamiche della Storia che le attraversa è la

Note

6 Sul tema della decolonizzazione e della lotta per l'indipendenza citiamo Frantz Fanon (2006) in Lettera alla gioventù africana: “È necessario che i popoli oppressi raggiungano i popoli già sovrani perché diventi valida l'edificazione di un umanesimo che abbia dimensioni universali”.

7 Nell'accezione di Bourdieu, il *campo*: “è un sistema orientato di forze che agiscono per la definizione dei confini del campo e per la strutturazione della gerarchia dei poteri al suo interno”.

prospettiva dell'Etnopsichiatria critica fondata sul dispositivo della mediazione culturale⁸, intesa come sostegno al processo di soggettivazione.

Il tema del riscatto della presenza che riscontriamo nella lettura di Ernesto de Martino richiama le logiche di presentificazione evocate da Bourguois (2005). Se la Dipendenza è la malattia di cui ci dobbiamo occupare, sono anche le tante logiche di dipendenza dai poteri istituzionali con cui devono fare i conti i migranti, che dobbiamo considerare. Se i Richiedenti asilo politico, i MSNA, vengono ridefiniti *beneficiari* nel sistema dell'Accoglienza, sono le logiche di assoggettamento che generano e vogliono istituire una dipendenza che dobbiamo innanzi tutto mettere in crisi. Se i processi di inserimento sociale sono orientati solo alla subalternità, è l'immaginario forgiato dallo Stato sovrano che dobbiamo interrogare. Se l'Istituzione⁹ è innervata solo da quell'immaginario, allora la sua componente funzionale va messa in discussione in modo radicale. Se il corpo di ognuno vive al centro di precisi campi di potere che ne limitano la respirazione, diventa più chiaro interpretare le pratiche di ossigenazione di questi soggetti, ancorché paradossali.

I racconti dei ragazzi dell'*Escuelita* quando usano sostanze sono sempre legati a sensazioni riguardanti il corpo: corpi che diventano più leggeri, agili, imprevedibili, al servizio del piacere, dell'erranza e del lavoro. Potremmo però citare Taussig (2005) per sottolineare che tuttavia "il motore mente. La divina promessa di ebrezza della velocità si rivela nella realtà in una tortura: il corpo sembra disintegrarsi in una poltiglia sobbalzante, e la pioggia punge gli occhi come aghi bollenti così che sei costretto a guardare in basso per tutto il tempo...sì il motore mente. Lungi dal separarti dalle sgradevolezze...ti fa entrare a testa bassa nella frenante resistenza della *natura*. A parte questo la vita è lenta" (corsivo nostro).

Note

8 Cfr. R. Beneduce, *Etnopsichiatria critica: come disciplina caratterizzata da una strategia critica e autoriflessiva, rivolta ad indagare le matrici sociali e politiche della diagnosi e della cura (quale che sia il contesto culturale), l'ideologia dei dispositivi terapeutici e delle categorie psichiatriche occidentali, nonché il loro grado di applicabilità in altre società*. "La mediazione culturale è una strategia volta a disegnare mediazioni efficaci fra scelte e mutamenti anche contraddittori, perché si producono in soggetti resi fragili dalla precarietà e dalla vulnerabilità del loro statuto giuridico".

9 Cfr. C. Castoriadis, op. cit.

10 "Un soggetto autonomo è un soggetto che si sa fondato a concludere: questo è vero, ma anche: questo è davvero il mio desiderio" (Castoriadis, op. cit.).

Co-autori

Simone Spensieri, *Medico-psichiatra, psicoterapeuta Associazione Frantz Fanon*

5. Tra colonialità e resistenza

Le resistenze che i soggetti di cui stiamo parlando incontrano non sono però di ordine naturale, ma sono l'esito delle strutture di potere perpetuate anche dopo il colonialismo. La nozione di *colonialità* le mette bene in luce nell'asserire quanto il legame tra colonialismo e capitalismo incida anche nella produzione sociale e nell'attribuzione di un preciso posto nel mondo di questi dannati contemporanei. Quando parliamo della cura di giovani, ovviamente, la questione del futuro assume una rilevanza particolare. Spesso è necessario disarticolare il soggetto dal sentirsi preso in un destino catastrofico, sostenendolo nella speranza di rimettersi in gioco in una prospettiva di maggiore *autonomia*¹⁰, intesa come la consapevolezza di sentirsi *origine di sé e fondato a concludere* (Castoriadis, 2017).

La figura in cui i ragazzi si erano riconosciuti era quella della mosca presa nelle reti dei poteri che abbiamo descritto, il nostro compito era supportare la loro trasformazione in ragni che tessono la loro propria rete per muoversi.

In un momento di *impasse*, in cui l'unica narrativa espressa li vedeva vittime designate e spesso anche annunciate delle previsioni dei veggenti che avevano consultato prima della partenza per l'Italia, abbiamo avviato un laboratorio di sociologia visuale che ha poi portato alla realizzazione del lungometraggio. L'obiettivo era quello di riattivarli sul piano dell'immaginario.

Abbiamo ripercorso collettivamente l'*evento* migratorio, lasciando che le storie individuali trovassero nodi condivisibili con quelle degli altri, nella prospettiva di una autorialità che si potesse rieditare sulla scorta di un desiderio che, seppur ridotto ai minimi termini, non potrà mai essere rubato del tutto.

Bibliografia

Beneduce R, 2007, *Etnopsichiatria*, Carocci, Roma.
 Benhabib S, 2005, *La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianza e diversità nell'era globale*, Il Mulino, Bologna.
 Bourdieu P, 2012, *Capitale simbolico e classi sociali*, «Polis», No. 3.
 Bourguois P, 2005, *Cercando rispetto. Drug economy e cultura di strada*, Derive Approdi, Roma.
 Butler G, 2017, *L'alleanza dei corpi*, Nottetempo, Roma.
 Castoriadis C, 2017, *L'enigma del soggetto*, Dedalo, Roma.
 Devereux G, 2007, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
 Fanon F, 2000, *I dannati della terra*, Edizioni di Comunità, Torino.
 Fanon F, 2006, *Scritti politici. Per la rivoluzione africana*. Vol.1. Derive e approdi, Roma.
 Foucault M, 2016, *Le parole e le cose*, Bur, Milano.
 Queirolo Palmas L, Torre A, 2005, *Il fantasma delle bande. Genova e i latinos*. Frilli, Genova.
 Sayad A, 2002, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.
 Taussig M, 2005, *Cocaina*, Mondadori, Milano.
 Wacquant L, 2000, *Parola d'ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello stato penale nella società neoliberale*, Feltrinelli, Milano.

La salute mentale degli individui con background migratorio

Mara Tognetti Bordogna

ABSTRACT

La salute mentale dei migranti è una questione poco dibattuta in Italia, scarse le ricerche in materia. Proprio a partire dalla prima ricerca condotta nel nostro Paese il saggio mette in evidenza come la discriminazione nei confronti dei migranti ed in particolare delle assistenti familiari, incrementi il disagio psichico.

7

Premessa

Il tema della realtà migratoria in Italia è una questione dalle molteplici dimensioni e frutto di numerose retoriche che non aiutano a comprendere che le dinamiche migratorie non sono questioni sporadiche e tanto meno eccezionali, ma una realtà della società della globalizzazione, e cosa più importante una risorsa essenziale per l'Italia, ma non solo, sia sul piano demografico che lavorativo e, non ultimo, culturale.

In Italia siamo in presenza, all'inizio del 2022, di 3.193.669 individui residenti con background migratorio, complessivamente sono 3.561.540 gli individui non comunitari non residenti, secondo i dati forniti dal Dossier statistico Immigrazione del 2022. Dopo 9 regolarizzazioni nel corso di provvedimenti legislativi relativi all'immigrazione relativamente agli ultimi quaranta anni di flussi verso l'Italia, le dinamiche migratorie iniziano molto prima già negli anni 70, ma è solo all'inizio degli anni 90 del secolo scorso che l'Italia emana un provvedimento legislativo specifico. Complessivamente si stimano circa 500/600 mila irregolari annualmente. A questi bisogna aggiungere circa 1.500.000 individui che hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Una realtà in cui prevalgono le donne anche se di poco (52%), demograficamente giovane, la fascia di età più consistente è quella compresa fra 30-44 anni di età, 2 stranieri non UE su 5 in Italia hanno meno di 30 anni e quasi 7 su 10 meno di 45. Gli ultra 65 sono poco più di 214.000.

Una popolazione dunque giovane e radicata sul nostro territorio in cui sono presenti III e IV generazioni. Individui che arrivano prevalentemente per motivi di famiglia (516.666 nel 2021), seguono i motivi per lavoro (419.340 nel 2021) e

Rif.
Mara Tognetti Bordogna,
Professore Ordinario di Sociologia Generale,
Università Statale di Milano
360 874204
mara.tognetti@unimi.it

180.794 per protezione/asilo (dato sempre al 2021) per studio (46.763 dato al 2021).

La focalizzazione della retorica politica e dei mass media sugli sbarchi contribuisce a creare una realtà migratoria non corrispondente allo stato effettivo di questa risorsa contribuendo a disconoscere le potenzialità di questa popolazione e il suo stato effettivo. Sempre sulla base dei dati del Dossier Statistico immigrazione 2, durante i primi sei mesi del 2022 sono sbarcati in Italia 45.664 immigrati.

In questo contributo ci occuperemo fra le molte questioni relative alla popolazione con background migratorio della questione salute.

Tema assai importante, sia per i soggetti migranti, sia per i così detti autoctoni e più nello specifico della salute mentale di questi individui e di come i pregiudizi e il razzismo nei loro confronti contribuiscano ad incrementare tali patologie. Dopo aver evidenziato l'importanza del bene salute per tutti gli individui, discuteremo di come sia necessario avere un approccio intersezionale per un'analisi chiara della salute dei migranti; descriveremo poi, fra i primi in Italia (Quaglia, Terraneo, Tognetti 2020), e sulla base di dati ISTAT come il pregiudizio sia fattore determinante per la salute mentale; infine, sempre in relazione alla salute mentale dei soggetti migranti, analizzeremo gli effetti del COVID 19 su questo particolare ambito della salute dei soggetti con *background* migratorio e più nello specifico delle assistenti familiari.

1. La salute dei migranti come bene essenziale

Lo stato di salute degli individui è strettamente correlato al loro diritto di cittadinanza, alla sua esigibilità. Un individuo non in salute non può essere un cittadino a pieno titolo in quanto, tale condizione, non gli permette di esigere e di esercitare tutti i diritti a partire da quello lavorativo. La salute in altri termini è un bene essenziale per qualsiasi individuo, lo diventa ancora di più in riferimento agli immigrati poiché non godere di buona salute non solo non consente loro di perseguire i diritti di spettanza ma tale stato mette in discussione il progetto migratorio. Pertanto chi ha un *background* migratorio farà di tutto per essere e restare in buona salute. Guardare alla salute dei migranti non significa dunque sottolineare semplicemente la possibile pressione da parte di tale popolazione sui sistemi sanitari, sulla loro capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute di questi nuovi cittadini, ma comprendere che questa popolazione prevalentemente in buona salute al suo arrivo è sottoposta a maggiori rischi per la propria salute proprio a causa dell'arrivo e della permanenza nel contesto migratorio. I fattori di rischio per questa popolazione (Tognetti Bordogna 2004; 2015) sono maggiori rispetto alla popolazione autoctona e in crescita in relazione all'aumento della loro permanenza nel contesto migratorio. Sono le

condizioni di vita e di lavoro dei migranti a minare nel tempo la loro salute e i dati epidemiologici smentiscono la convinzione diffusa ma profana che essi sono portatori di malattie come la tubercolosi ormai scomparsa nel nostro Paese. Come la letteratura ha ampiamente evidenziato i migranti mostrano un vantaggio di salute iniziale rispetto ai nativi (Mackenbach *et al.*, 2005), ma è nel tempo che il loro svantaggio di salute aumenta a causa delle condizioni abitative, il basso reddito, le occupazioni precarie e insalubri (Saraceno, Sartor e Sciortino, 2013). A questo dato vanno aggiunte le maggiori difficoltà di accesso al sistema dei servizi per la salute ed in particolare all'assistenza sanitaria e maggiori discriminazioni (Tognetti Bordogna, 2013; Terraneo, 2016). Rispetto alla popolazione generale, i soggetti migranti presentano un rischio maggiore di essere esposti a disuguaglianze di salute.

Il tema salute dei soggetti migranti non è solo importante per gli effetti diretti su questa popolazione ma diviene rilevante anche per questioni indirette come la loro capacità o meno di svolgere il proprio ruolo nel nuovo contesto e come potenziali soggetti non curati quali veicoli di malattie per tutta la popolazione. Inoltre una presa in carico tardiva oltre avere effetti negativi sul decorso della malattia comporta dei costi sanitari maggiori. Il diritto alla salute, la cittadinanza sanitaria dei migranti se resi esigibili hanno vantaggi sia per i soggetti con background migratorio sia per gli autoctoni.

Come abbiamo già sottolineato molti sono i fattori alla base dei rischi di salute dei migranti a partire dalle condizioni socio economiche ma sono i fattori di accesso che nonostante anche pratiche virtuose del nostro Paese costituiscono ancora un nodo problematico e in alcuni ambiti territoriali un diritto spesso negato rendendo precario e fragile il loro benessere psicofisico. Restano ancora dei nodi irrisolti proprio a partire dalla non generalizzata assistenza sanitaria a causa di una diffusa discrezionalità nell'applicazione della normativa e ad una non sempre chiara conoscenza dei percorsi assistenziali; la difficoltà di accedere in modo equo ai servizi; l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria e la capacità delle diverse strutture a prendere in carico persone che provengono da modelli di salute e di malattia e da sistemi di welfare specifici e non sempre allineati con quello italiano. Il maggior grado di infortunistica lavorativa a carico di questi lavoratori e lavoratrici, la limitata competenza linguistica degli operatori e la difficoltà comunicativa fra gli attori della relazione terapeutica e la difficoltà a comunicare il proprio malessere in un nuovo contesto sono questioni ancora troppo rilevanti. Non ultimo la lontananza dei propri familiari che sappiamo avere un ruolo centrale anche nell'esigibilità del diritto alla salute sia come sostegno morale che per disbrigare le molte

procedure burocratiche sottese al nostro sistema salute. Tutti aspetti che seppur sottovalutati nella pratica hanno trovato uno spazio nella letteratura dedicata senza però riuscire ancora ad intaccare o a modificare il sistema. Scarsa o nulla attenzione invece si ha, almeno in Italia, rispetto al peso negativo che ha sulla salute il pregiudizio etnico e il razzismo, come noi fra i primi in Italia abbiamo messo in evidenza (Quaglia, Terraneo, Tognetti 2020). Dato ampiamente noto nella letteratura anglosassone e non solo. Infatti anche recentemente la prestigiosa rivista Lancet vi ha dedicato un numero monografico (Lancet 2022).

2. Pregiudizio etnico, salute, intersezionalità

Proprio il numero di The Lancet citato sottolinea che nonostante le esperienze considerate nella pubblicazione siano diversi i casi studio, essi hanno punti in comune da cui emerge come la discriminazione influenzi la salute e il benessere degli individui e come fattori storici quali il colonialismo plasmino le esperienze contemporanee di “razza” e razzismo. Ed ancora come il razzismo porti alla separazione e alla gerarchizzazione dell’identità e dei privilegi. Così come il razzismo e la discriminazione siano istituzionalizzati a livello sistemico e siano incorporati in leggi, regolamenti, pratiche e sistemi sanitari. Infine come la discriminazione, la minorizzazione e l’esclusione siano processi razzializzati influenzati da fattori visibili e conoscenze tacite e come il razzismo sia una forma di violenza strutturale. Parole forti e chiare ma sostenute da una revisione della letteratura quelle usate in Lancet che ci portano a sostenere come siano necessari studi approfonditi sul tema anche nel nostro contesto.

Particolarmente interessante il numero della rivista citato perché adotta anche una prospettiva decisamente importante per comprendere fenomeni complessi come quelli della salute, quella della intersezionalità. La prospettiva intersezionale è particolarmente utile poiché ci aiuta ad esaminare le esperienze umane quali esito della confluenza di molteplici sistemi interconnessi (The Lancet 2022, 2125-36). Riportiamo quanto sottolinea il testo in riferimento all’intersezionalità perché ci aiuta a comprendere la complessità della questione salute e cosa ancora più importante i diversi fattori di rischio a partire proprio dal razzismo.

L’intersezionalità rifiuta la nozione di disuguaglianze come risultato di singoli fattori distinti e si concentra invece sulle relazioni tra processi sovrapposti che creano disuguaglianze. Infatti proprio nel numero della rivista citata i diversi autori utilizzano un approccio intersezionale per evidenziare le intersezioni di razzismo, xenofobia e discriminazione con altri sistemi di oppressione, come ciò influisce sulla salute e cosa si può fare al riguardo. L’intersezionalità è stata

utilizzata come strumento per comprendere e rispondere alle disuguaglianze di salute come risultato delle interazioni tra stratificatori sociali (ad es. età, classe, abilità, genere, geografia, indigenità, stato migratorio, razza, religione, sesso e stato socioeconomico) che si verificano all’interno di contesti più ampi di sistemi (ad esempio, leggi, media, politiche, istituzioni religiose e governi) e strutture di potere (ad esempio, abilismo, età, colonialismo, imperialismo, patriarcato, razzismo e xenofobia). Un’analisi intersezionale rifiuta la nozione di disuguaglianze come il risultato di singoli fattori distinti e si concentra invece sulle relazioni tra processi che si costituiscono reciprocamente che creano disuguaglianze, approccio molto importante proprio per studiare la salute degli individui. L’intersezionalità ci permette anche di esaminare il contrario, cioè le strutture sociali che operano per produrre vantaggi e privilegi sistemici. Poiché l’intersezionalità ci consente di esaminare più processi contemporaneamente, valorizza la diversità e rispetta i molteplici modi di conoscere e produrre conoscenza, ed è quindi allineata con la pratica sanitaria globale transnazionale femminista e de coloniale (Lancet 2022, 2125-36). Una prospettiva dunque particolarmente utile per quanto andremo a discutere sul tema salute.

3. Salute mentale e pregiudizio

In questo paragrafo, come anticipato, ci concentreremo sulla salute mentale dei soggetti migranti e come il pregiudizio costituisca fattore di rischio rilevante anche nel contesto italiano. A partire dal nostro precedente lavoro (Quaglia, Terraneo, Tognetti, 2020) illustreremo come la percezione di essere discriminati in quanto cittadini stranieri aumenta la probabilità di avere uno stato di salute peggiore. Dato che a differenza di quanto succede in altri contesti viene spesso sottostimato in Italia (Di Napoli et al., 2017) quando si guarda alla salute mentale. Fra i molti determinanti che sono alla base delle disuguaglianze di salute a carico dei migranti particolare attenzione a nostro avviso deve essere riservata proprio alla discriminazione¹. Il tema della salute mentale è questione assai delicata poiché il migrante è stato considerato per il solo fatto che partiva abbandonando il proprio Paese, la famiglia, “pazzo” (Frighi, 1990). Pochi ancora i dati di cui disponiamo e poco accurati (Terraneo e Tognetti, 2018); gli stessi operatori e i servizi sono ancora scarsamente

Note

- 1 I dati e le osservazioni contenute in questo paragrafo fanno riferimento all’articolo di V. Quaglia, M. Terraneo, M. Tognetti, *Discriminazione percepita e salute mentale dei migranti*, in “Mondi Migranti”, n. 3, 2020, pp. 35-54, a cui rimandiamo gli eventuali lettori per un approfondimento anche di tipo metodologico.

preparati, se si escludono rare eccezioni, per una corretta presa in carico di questi individui (Bracci e Cardamone, 2005). Nonostante ciò dal nostro punto di vista è rilevante studiare la salute mentale dei soggetti con background migratorio al fine di comprendere aspetti nodali delle dinamiche migratorie, ma cosa più importante per delineare indicazioni e metodologie utili per la presa in carico e il trattamento di questa popolazione. Come alcuni psichiatri innovatori hanno da tempo anticipato (Beneduce, 2013) la migrazione non è sempre un'esperienza traumatica e non sempre un'eventuale esperienza traumatica sfocia in un disagio psichico, e aggiungiamo noi, non raramente tale evento attiva la resilienza dei migranti, diviene occasione per riposizionarsi e per intraprendere percorsi virtuosi e nuovi, meno ancorati al contesto di nascita, più liberi e innovativi anche sulla spinta degli stimoli del nuovo contesto meno ancorato a legami precedenti forti (a partire da quelli familiari).

Attraverso lo studio e l'osservazione di coloro che presentano un disagio psichico possiamo misurare il grado di accoglienza della società di arrivo, il tipo di accesso ai servizi e come essi interagiscono e si riposizionano nel contesto migratorio in seguito all'insorgenza di tale patologia; se e che tipo di pratiche terapeutiche transnazionali attivano, come si modifica la relazione affettiva transnazionale; quanto il pregiudizio etnico pesa su individui che sono accettati solo in quanto lavoratori. Dal nostro punto di vista studiare la salute mentale dei soggetti migranti costituisce un osservatorio privilegiato per comprendere a pieno la società della globalizzazione, per orientare un miglioramento dei servizi e della qualità della vita dei migranti e per avere una misura del processo di inclusione dei medesimi.

I dati a cui facciamo riferimento sia in questo articolo, sia in quello ampiamente citato in questo paragrafo (Quaglia, Terraneo, Tognetti, 2020) provengono dall'indagine Istat "Condizione e Integrazione sociale dei cittadini stranieri", con periodo di riferimento 2011-2012, la prima e unica ricerca italiana ad occuparsi di questo argomento a livello nazionale (Istat, 2014).

Sulla base della nostra ricerca (Quaglia, Terraneo, Tognetti, 2020) emerge come i fattori socio culturali ed economici pesino in misura significativa sulla possibilità di essere stati vittime di discriminazione. Coloro che dispongono di maggiori risorse economiche e occupazionali mostrano livelli di discriminazione percepita minore rispetto a coloro che occupano le posizioni più basse della gerarchia sociale. Emergono poi differenze significative in base al genere, all'età e alla durata di permanenza in Italia, infatti i maschi nelle classi centrali di età e presenti da più tempo nel nostro Paese risultano essere maggiormente penalizzati. Guardando alla salute mentale emerge chiaramente l'impatto dei fattori

sociali e demografici nel differenziare la salute degli individui. Infatti nazionalità, stato civile, istruzione, condizione occupazionale mostrano una forte associazione con la probabilità di manifestare problemi di salute mentale. L'associazione bivariata tra discriminazione percepita e salute mentale mostra una differenza di circa 13 punti percentuali a sfavore delle persone discriminate (34,4% contro 21,6%). Sempre sulla base della ricerca citata emerge chiaramente che la percezione di essere discriminati raddoppia la probabilità di soffrire di disagio psichico. Più nello specifico sembrano essere fattori associati a una più elevata probabilità di godere di peggiore salute mentale l'essere donna, avere titoli di studio bassi, età più elevate, avere occupazioni instabili o essere alla ricerca di un'occupazione. La nostra analisi mette dunque in evidenza che per gli individui con background migratorio la percezione di essere discriminati in quanto cittadini stranieri aumenta la probabilità di riportare uno stato di salute mentale peggiore. Questi risultati sono in linea con altri studi che hanno mostrato una diretta associazione fra discriminazione e disagio psichico, fra discriminazione e peggior stato di salute in generale e di salute mentale in particolare (Di Napoli *et al.*, 2017; Schunck *et al.*, 2015; Borrell *et al.*, 2015). Appare dunque importante che anche nel nostro Paese si apra una sistematica riflessione sul ruolo del razzismo, del pregiudizio e dei comportamenti discriminatori nella produzione di disuguaglianze di salute a carico dei soggetti con background migratorio, con un approccio intersezionale proprio per i molti fattori che entrano in gioco in questo campo. Possiamo poi evidenziare che un contesto sociale scarsamente inclusivo e discriminante come quello italiano contribuisce ad erodere il capitale di salute mentale dei migranti ed alimenti l'effetto del "migrante esausto", in quanto a causa delle energie spese nell'esperienza migratoria egli non ha più le risorse per inserirsi a pieno titolo nella società e a partecipare in modo attivo alla vita sociale della comunità (Tognetti Bordogna e Rossi, 2016). Lo studio della discriminazione sulla salute dei migranti e le sue conseguenze oltre che a dimostrare l'impatto negativo che essa determina sullo status di salute di chi la subisce, evidenzia come le disparità di trattamento e gli svantaggi che derivano da comportamenti discriminatori sono ingiusti indipendentemente dal loro impatto sulla salute. Inoltre prestare attenzione all'associazione tra discriminazione e salute mentale dei soggetti migranti permette altresì di individuare possibili pattern che spieghino le attuali disuguaglianze di salute nei confronti di questi individui.

4. Salute mentale e COVID-19

Anche secondo Lancet (2022), sulla base di una revisione sistematica della letteratura, è emerso che il razzismo era

associato ad una peggior condizione di salute mentale e a una peggior salute fisica. Tale situazione è peggiorata durante la pandemia da COVID 19, in cui i gruppi etnici minoritari sono stati più gravemente colpiti dalla malattia e dalle conseguenze delle risposte. Ad esempio, nella seconda ondata della pandemia nel Regno Unito (dal 12 settembre 2020 in poi), le donne del Bangladesh erano 4,11 (rapporto di rischio aggiustato per età, IC 95% da 3,62 a 4,66) volte più esposte al rischio di morire, mentre gli uomini del Bangladesh hanno 4,96 (da 4,49 a 5,48) volte più probabilità di morire di COVID-19 rispetto alla popolazione britannica bianca. Tassi di mortalità più elevati sono stati osservati anche tra i gruppi etnici neri africani, neri caraibici, pakistani e indiani. La disuguaglianza globale nell'accesso ai vaccini lungo linee razziali ha evidenziato il razzismo persistente nelle dinamiche di potere globale, radicato in eredità di colonialismo e sfruttamento. Un quadro che abbiamo riscontrato anche nel nostro Paese in riferimento ad un gruppo di migranti particolarmente importante stante la situazione del nostro welfare e la situazione demografica: le assistenti familiari tradizionalmente denominate badanti. In questo paragrafo analizzeremo proprio come le badanti hanno fronteggiato il COVID-19 e i rischi di salute mentale a cui sono state esposte.

Come abbiamo più volte sottolineato (Quaglia, Tognetti, 2021) il capitale salute dei migranti viene eroso a causa delle condizioni di vita e di lavoro precarie, alla discriminazione, all'isolamento, alla rottura delle relazioni familiari e in generale alla carenza di capitale sociale. Per queste lavoratrici (la maggioranza sono donne pur in presenza di uomini che svolgono questo mestiere) è costante il confronto con difficoltà legate al proprio status di migrante così come quello di fare frequentemente esperienza di discriminazione proprio a causa della appartenenza ad un dato gruppo geoculturale con la conseguenza di un elevato rischio di vivere peggiori condizioni di salute mentale (Quaglia, Terraneo, Tognetti, 2021; Krieger, 2000; Di Napoli et al., 2017). A questo bisogna aggiungere che le peculiarità connesse al lavoro di cura in cui sono impegnate le assistenti familiari le rendono maggiormente vulnerabili a quello che in letteratura è stato definito come *caregiver's burden* (Etters et al., 2008), ovvero l'impatto del lavoro di assistenza sul benessere psicofisico e sulla qualità della vita delle collaboratrici familiari. Rischio presente nella quotidianità del lavoro ma che è aumentato nel corso della pandemia da COVID-19 in quanto esse sono state esposte ad una maggiore vulnerabilità come vedremo nel corso del paragrafo. Inoltre la letteratura evidenzia come la posizione sociale occupata da un individuo all'interno della società abbia un impatto significativo sugli esiti di salute in generale e in relazione al COVID-19 in particolare, sia per una maggiore o minore probabilità di venire a

contatto con fonti di contagio, di contrarre la malattia in forma più o meno severa, il suo decorso, nonché le ripercussioni sociali ed economiche della pandemia stessa (Terraneo, 2020). Ricordiamo che nonostante la centralità del lavoro delle badanti per la popolazione anziana, questo tipo di lavoratrice non ha ricevuto la medesima attenzione e le forme di protezione di altre categorie lavorative considerate "essenziali"². Pertanto non è azzardato ipotizzare che tale situazione si è riverberata negativamente non solo sulle donne migranti che lavorano in questo settore, ma anche sulle loro famiglie e sui loro figli rimasti al Paese di origine. Situazione che si aggiunge al dato strutturale del nostro Paese in cui i migranti incontrano un maggior numero di ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari (Tognetti Bordogna, 2013, 2009). Ostacoli che sono aumentati per tutti nel corso della pandemia con un conseguente calo complessivo pari al 37% delle prestazioni sanitarie (Moynihan et al., 2020), ma che possiamo immaginare con un maggior aggravio per coloro che come le assistenti familiari migranti, si trova in una posizione di maggiore vulnerabilità.

5. Salute mentale e lavoro di cura

Come anticipato sopra, anche la letteratura (Redini et al. 2020; Etters et al., 2008) ha evidenziato come il lavoro di assistente domestica sia usurante sia sul piano fisico, ma in particolare rispetto alla salute mentale. Situazione esacerbata dalla pandemia. Gli studi e le ricerche mostrano come il carico assistenziale connesso a questo tipo di attività sia un'importante fonte di stress psicologico. In una ricerca condotta nel Veneto è emerso che, prima della migrazione, solo il 2% delle partecipanti allo studio avesse riportato di soffrire di depressione, mentre dopo la migrazione il dato è salito al 13% (Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020). Sempre dal medesimo lavoro è emerso altresì che il 22,73% delle partecipanti fosse a rischio di soffrire di ansia o depressione, in particolare le lavoratrici domestiche.

Studi condotti precedentemente evidenziano come lo stress legato al lavoro peggiori all'aumentare della durata nel tempo della relazione di cura, all'impegno settimanale dedicato all'attività di assistenza, e alla severità delle condizioni dell'assistito (Lee et al., 2012). Tale situazione di disagio aumenta, in particolare ansia e depressione (Loi et

Note

2 Inizialmente, infatti, le assistenti familiari non solo non erano coperte dagli ammortizzatori sociali, ma nel comma 2 dell'articolo 22 del decreto "cura Italia" emanato dal governo per far fronte alle conseguenze economiche dell'epidemia a marzo del 2020 sono stati esplicitamente "esclusi i datori di lavoro domestico", di fatto sancendo l'esclusione di questa categoria professionale dai supporti governativi. Per il DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020 si veda: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>.

al., 2015), in relazione al carico emotivo implicato in tale attività e alle difficili condizioni di lavoro a cui sono sottoposte queste lavoratrici, come la co-residenza, l'isolamento, l'informalità e l'ambiguità della relazione lavorativa. Se a questi fattori aggiungiamo l'impatto della discriminazione etnica sulla salute mentale delle persone migranti in generale (Quaglia, Terraneo, Tognetti, 2020) e in particolare nel contesto lavorativo (di Napoli et al., 2017), il quadro di criticità psichico aumenta. E sono proprio le assistenti domestiche che vivono e subiscono atteggiamenti razzisti e umilianti da parte dei datori di lavoro e da parte degli assistiti, ad avere rilevanti conseguenze sul loro benessere psichico, come abbiamo già evidenziato in recenti lavori (Quaglia, Tognetti 2021) anche a causa del COVID 19. Se la pandemia da COVID-19 e le relative misure restrittive (distanziamento fisico, restrizione degli spostamenti, e conseguenti *lockdown*) hanno avuto conseguenze negative sulla salute della popolazione in generale (vissuti di frustrazione, solitudine, preoccupazione rispetto al futuro) incrementando i fattori di rischio per la salute mentale (Giallonardo et al., 2020), tali conseguenze hanno avuto un maggior carico proprio per le assistenti familiari. Esse si sono trovate a gestire non solo la propria salute ma anche quella dell'assistito senza dimenticare le preoccupazioni per la salute della loro famiglia rimasta al paese di origine, senza avere specifiche competenze. Sulla base dell'indagine condotta dalla Fondazione ISMU (Menonna, Papavero, 2021) nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona relativamente a come la popolazione immigrata ha vissuto la "prima ondata" della pandemia sono emerse le forti preoccupazioni dei rispondenti circa il loro rischio di ammalarsi gravemente e di quello dei loro familiari, ma sono emerse anche preoccupazioni di sofferenze economiche, di perdere il lavoro. Tutti fattori che hanno un impatto sullo stress e sulla salute mentale di questa popolazione non irrilevante, ma la cui consistenza reale non è ancora stato possibile misurare in Italia in assenza di ricerche specifiche. Recenti ricerche internazionali condotte durante la pandemia (Attal et al., 2020) hanno mostrato invece come, tra gli assistenti familiari migranti, siano soprattutto le donne ad avere una maggiore probabilità di fare esperienza di ansia e depressione. Situazione di tensione che si è ulteriormente incrementata proprio a causa delle restrizioni negli spostamenti e nei contatti fra pari che sono essenziali per fronteggiare il carico emotivo che tale lavoro implica. Se a questo aggiungiamo l'ulteriore fonte di stress derivante dalla sospensione di attività di supporto all'assistenza come i centri diurni, risultano chiari i maggiori rischi a carico di queste persone. A questi fattori "fisiologici" vanno aggiunti quelli strettamente legati alla gestione della pandemia e alle informazioni su come gestirla, alla gestione dei dispositivi di

protezione che erano a carico del datore di lavoro che non sempre è competente in materia di prevenzione sanitaria. Ricordiamo che a differenza di altri settori lavorativi relativi ai servizi alla persona in cui da subito è stato introdotto per i lavoratori l'obbligo dei dispositivi DPI, nel caso delle assistenti familiari tale obbligo è stato introdotto dopo alcuni mesi dall'inizio della pandemia, e a fine aprile del 2020 non era ancora chiaro se i DPI dovessero essere a carico del datore di lavoro o dei lavoratori (DOMINA, 2020). A tutto ciò si aggiungono le barriere linguistiche che incrementano l'incertezza per le lavoratrici migranti, poiché le informazioni su come gestire la prevenzione del contagio sono difficilmente accessibili (Attal et al., 2020). Ricordiamo che per far fronte a queste necessità solo diversi mesi dopo l'inizio della pandemia, l'Istituto superiore di sanità (ISS)³ ha realizzato un opuscolo in diverse lingue per fornire informazioni alle assistenti familiari. Lo stress e la tensione emotiva legati alla diffusione del COVID 19 è poi particolarmente rilevante per queste lavoratrici poiché alle scarse informazioni sul tema a cui accedere, si somma lo stress e la tensione derivante dall'essere maggiormente esposte alla pandemia in quanto sono chiamate a gestire persone fragili più a rischio di contagio, gestione che comporta una costante vicinanza con l'assistito e quindi l'impossibilità di adottare la misura protettiva del distanziamento fisico. Se a questo aggiungiamo il fatto che ci riferiamo a lavoratrici il cui stato di salute pregresso non è sempre buono in quanto per lo stile di vita precedente si rileva non infrequentemente a loro carico la presenza di patologie quali ipertensione, malattie cardiovascolari, obesità e malattie metaboliche, tutte patologie che costituiscono fattore di rischio per lo sviluppo di forme severe e anche letali associate al COVID-19⁴. A tal proposito ricordiamo che non abbiamo dati certi sul numero di assistenti familiari che hanno contratto la malattia da COVID-19 o che siano decedute a causa della pandemia. In non pochi casi le assistenti familiari sono rientrate nel loro paese d'origine perché preoccupate di ammalarsi, ricordiamo che si stima che circa 1500000 albanesi siano rientrati al Paese di origine a causa del virus. Oppure esse hanno perso il lavoro in quanto il loro assistito è deceduto proprio a causa del COVID 19 o sono state licenziate in quanto le famiglie erano preoccupate che esse potessero essere fonte di contagio. Per queste lavoratrici oltre all'impossibilità di utilizzare fin da subito i dispositivi di sicurezza per la protezione individuale (mascherine, disinfettanti, guanti monouso, ecc.) per il particolare tipo di

Note

³ Fonte: <https://www.iss.it/covid-19-opuscoli>.

⁴ Ibidem.

lavoro si è poi aggiunto il ritardo rispetto ad altre categorie lavorative, con cui l'INAIL ha riconosciuto anche per loro la malattia da Coronavirus come malattia professionale, nel caso in cui il COVID-19 sia stato contratto durante l'attività lavorativa. Anche per quanto riguarda la vaccinazione e il suo accesso vi sono state condizioni di stress e di disagio nonché vere e proprie forme di disuguaglianza rispetto agli operatori sanitari e socio sanitari che sono stati considerati fin da subito una categoria prioritaria in quanto maggiormente esposta al rischio di contagio, mentre per queste lavoratrici tutto è stato messo nelle mani dei familiari dell'assistito. Solo poi nell'ultimo piano vaccinale si è estesa la possibilità di accedere alla vaccinazione prioritaria anche per chi assiste familiari conviventi, per i *caregiver* e per color che assistevano persone con una disabilità grave certificata. Tutte misure valide per le lavoratrici assunte con un regolare contratto di lavoro, mentre è ben noto che in questo settore vi è una forte presenza di lavoratrice sprovviste di un regolare contratto di lavoro e quindi ancora più esposte al rischio di contagio e /o al licenziamento. Ci troviamo così di fronte a lavoratrici sottoposte a una doppia forma di discriminazione: la prima in quanto immigrate, la seconda in quanto lavoratrici irregolari e/o senza contratto di lavoro. Emerge dunque un quadro di salute di queste lavoratrici ricco di tensioni e di stress nonché di forme di discriminazione con i relativi effetti negativi sia sulla salute fisica che su quella psichica.

Conclusioni

Il quadro di salute, ed in particolare quella psichica, che emerge da quanto discusso nei precedenti paragrafi è riconducibile sia a fattori individuali ma in particolare a fattori di contesto e alle diverse forme di discriminazione, nonché alle molte forme di concausa in particolare per le assistenti familiari riconducibili sia a condizioni lavorative, sia al tipo di esperienza migratoria che si esperisce sia a causa di dover gestire la salute e le relative preoccupazioni dell'assistito ma anche quelle relative ai familiari rimasti al paese di origine. In altri termini possiamo evidenziare con altri (Lancet 2022) che la salute è determinata e sostenuta sia da fattori interni che da fattori esterni al sistema di cura, al sistema sanitario. Inoltre è determinata e configurata da determinanti sociali e strutturali interconnessi che a loro volta plasmano culture istituzionali, comportamenti individuali e collettivi. Ma cosa ancora più rilevante per i rischi di salute mentale essa è segnata e determinata da comportamenti e situazioni, scelte, atti discriminanti. Discriminazioni ancora più rilevanti per chi svolge il lavoro di cura in forma non contrattualizzata. Appare dunque chiaro quanto sia importante continuare a fare ricerca sui temi della salute mentale dei migranti per

comprenderne i diversi determinanti e delineare poi azioni di prevenzione, seguendo un approccio intersezionale. La letteratura e le nostre ricerche hanno ampiamente mostrato come in relazione alla durata migratoria e alle condizioni migratorie, comprese le discriminazioni si passi nel caso dei migranti dal così detto *effetto migrante sano* dell'arrivo all'*effetto migrante esausto* della permanenza in migrazione. È dunque urgente e necessaria la promozione di azioni di contrasto alla discriminazione e di protezione contro gli atti discriminatori nei confronti degli individui con *background* migratorio al fine di diminuire le disuguaglianze di salute e di favorire l'inclusione della popolazione migrante in Italia.

Bibliografia

- Attal J.H, Lurie I., Neumark Y. (2020). *A rapid assessment of migrant careworkers' psychosocial status during Israel's COVID-19 lockdown. Israel, Journal of Health Policy Research* volume 9, 61.
- Beneduce R., (2013), *Frontiere dell'identità e della memoria*, F. Angeli, Milano.
- Bracci F. and Cardamone G. (2005). *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*. Milano: F. Angeli.
- Borrell C., Palència L., Bartoll X., Ikram U. and Malmusi D. (2015). Perceived Discrimination and Health among Immigrants in Europe According to National Integration Policies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 9: 10687-10699; doi: 10.3390/ijerph120910687.
- Di Napoli A., Gatta R., Rossi A., Perez M., Costanzo G., Mirisola C. and Petrelli A. (2017). Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*, 41, 3-4: 33-40; doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P033.063.
- DOMINA (2020). *Secondo Rapporto Annuale Sul Lavoro Domestico. Analisi, Statistiche, Trend Nazionali e Locali*. <https://www.osservatorio-lavorodomestico.it/rapporto-annuale-lavoro-domestico-2020>
- Etters L., Goodall D., Harrison BE. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract.* 20: 423-8.
- Favaro G., Tognetti Bordogna M. (1991). *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*. Milano: Guerini.
- Frighi L. (1990). *Argomenti di igiene mentale*. Roma: Bulzoni.
- Giallonardo V., Sampogna G., Del Vecchio V. et al. (2020). The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Front Psychiatry*. 11: 533 doi: 10.3389/fpsyt.2020.00533.
- Istat (2014). *Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri*. Roma: Istat; <https://www.istat.it/it/archivio/10825> (ultimo accesso 8/02/2020).
- The Lancet 2022; 400: 2125-36.
- The Lancet, Appendix: Full Case Study Details Not just a question of identity: global intersectional insights on racism and health Shannon G, Morgan R, Zeinali Z, Brady L, Caman O, Couto MT, Devakumar D, Eder B, Mukherjee M, Peres MF, Ryngelblum M, Sabharwal NS, Schonfield A, Silwana P, Singh D, Van Ryneveld M, Vilakati S, Watego C, Whyte E, Muraya K, Lancet 2022; 400: 2125-36.
- Lee DR, McKeith I., Mosimann U., Ghosh-Nodiyal A, Thomas AJ. (2013). Examining carer stress in dementia: the role of subtype diagnosis and neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2:135-41.

- Loi S.M., Dow B., Moore K., et al. (2015). The adverse mental health of carers: Does the patient diagnosis play a role?, *Maturitas*, 82: 134-138.
- Mackenbach J.P., Bos V., Garssen M.J. and Kunst A.E. (2005). Mortality among non-western migrants in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk*, 17: 917-923; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15884404/>.
- Menonna, A., Papavero, G. (2021). *Gli aspetti della pandemia COVID-19 che preoccupano di più. La pandemia COVID-19 tra la popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona*. Milano, Fondazione ISMU.
- Moynihan R., Sanders S., Michaleff ZA et al. (2020). Pandemic impacts on healthcare utilization: a systematic review. MedRxiv Preprint, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.26.20219352>.
- Krieger N. (2000). Discrimination and Health. In: Berkman L.F., Kawachi I., Glymour M.M., a cura di, *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; doi: 10.1093/med/9780195377903.003.0003.
- Phelan JC, Link BG, (2015) *Is racism a fundamental cause of inequalities in health?* "Annu Rev Sociol."; 41, pp. 311-330.
- Quaglia V., Terraneo M., Tognetti M., (2020) *Discriminazione percepita e salute mentale dei migranti*, in "Mondi Migranti", n. 3, pp. 35-54.
- Quaglia, V., Terraneo, M., Tognetti, M. Perceived ethnic discrimination as a determinant of migrants' health in Italy. *International Migration*. 2021; 00:1-19.
- Quaglia V., Tognetti M., (2021) *L'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale e fisica delle assistenti familiari migranti in Italia*, in "Salute e Società", 3.
- Saraceno C., Sartor N. e Sciortino G., a cura di (2013). *Stranieri e diseguali. Le Disuguaglianze nei Diritti e nelle Condizioni di Vita degli Immigrati*. Bologna: il Mulino.
- Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schunck R., Reiss K. and Razum O. (2015). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*, 20, 5: 493-510. doi: 10.1080/13557858.2014.932756.
- Redini, V., Vianello, F.A., Zaccagnini, F. (2020). *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*. Milano: F. Angeli.
- Terraneo, M. (2020). Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica. *Sociologia Italiana* 16: 87-97 DOI: 10.1485/2281-2652-202016-6.
- Terraneo M. e Tognetti Bordogna M., (2018). È possibile studiare la relazione tra immigrazione e salute in Italia? Molte questioni, ancora pochi dati. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4: 789-813.
- Tognetti Bordogna M., a cura di (2004). *I colori del Welfare*. Milano: F. Angeli.
- Tognetti Bordogna, M. (2009). Lavoro di cura e sistema di welfare, in Catanzaro R., Colombo A., a cura di, *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- M. Tognetti, (2012) *Disuguaglianze di salute e dinamiche migratorie*, in "Sestante", n. 35, luglio, pp. 2-11,
- Tognetti Bordogna, M. (2012), *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*, Milano: F. Angeli.
- Tognetti Bordogna M. (2013), *Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati*, "Cambio", 5: 59-72.
- Tognetti Bordogna M. (2015). Health Inequalities: Access to Services by Immigrants in Italy. *Open Journal of Social Sciences*, 3: 8-15; doi: 10.4236/jss.2015.34002.
- Tognetti Bordogna, M., Rossi P., (2016) *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, F. Angeli, Milano

L'integrazione dei migranti: plurale, equa ed inclusiva

Programma 2022-2024 della Regione Emilia-Romagna

Andrea Facchini

ABSTRACT

La Regione Emilia-Romagna registra da molto tempo la percentuale più elevata in Italia di persone straniere, anche se nel corso dell'ultimo decennio la crescita è rallentata ed il territorio ha vissuto una ricomposizione dei flussi in ingresso condizionati dalle contingenze economiche, dai cambiamenti normativi, dagli eventi internazionali, nonché, da ultimo, dalla situazione generata dalla pandemia da Covid-19 e dal flusso di sfollati dall'Ucraina.

Eppure sono molteplici i segnali di crescente radicamento e stabilizzazione, che impongono una riflessione ed un aggiornamento delle politiche e degli interventi di inclusione ed integrazione.

L'approvazione del recente Programma Triennale regionale "2022-2024 Emilia-Romagna plurale, equa, inclusiva" esprime il punto di riflessione e programmazione più avanzato dell'Ente Regionale, individuando le principali sfide, le questioni trasversali e prefigurando un approccio definitivamente intersettoriale volto a qualificare un impianto pubblico universalistico di politiche ed interventi. In questo senso vanno a definirsi anche le priorità e gli interventi regionali in ambito di salute mentale e dipendenze patologiche.

15

Premessa

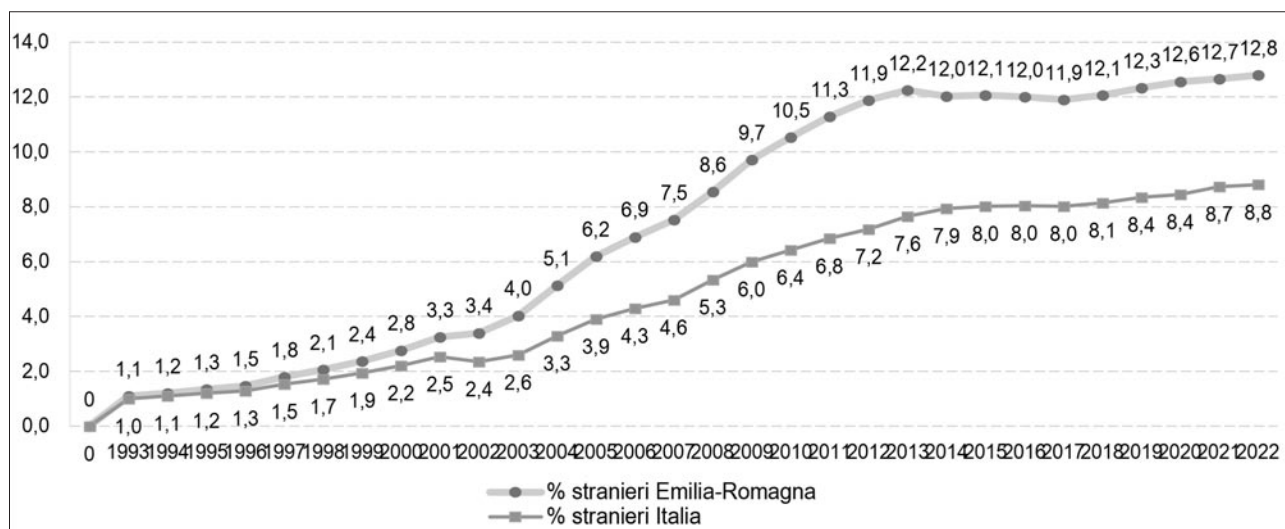
In Emilia-Romagna, l'anno 2022 è stato particolarmente importante per chi, a vario titolo ed in vari ambiti, è impegnato alla definizione e realizzazione di interventi per facilitare l'inclusione dei cittadini di paesi terzi.

È stato infatti l'anno nel quale si è proceduto alla valutazione della efficacia della LR 5/2004 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati", mediante uno strumento valutativo, denominato Clausola valutativa (art. 20) che ha evidenziato punti di forza e criticità del sistema regionale¹ e parallelamente è stato l'anno nel quale

Rif.
Andrea Facchini, *sociologo*,
Settore politiche sociali d'inclusione e pari opportunità
Regione Emilia-Romagna
051 5277490
331 7509138
andrea.facchini@regione.emilia-romagna.it

Note

- 1 Vedi il report completo al link: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/-documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2022/relazione-alla-clausola-valutativa-in-riferimento-alla-l-r-n-5-2004-norme-per-l-integrazione-sociale-dei-cittadini-stranieri-immigrati-art-20>.



Graf. 1 – Incidenza residenti stranieri su popolazione totale. Regione Emilia-Romagna e Italia. Anni dall'1.1.1993 all'1.1.2022

Fonte: elaborazione Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio – RER su dati Servizio innovazione digitale, dei dati e della tecnologia – Regione Emilia-Romagna e Istat

16

L'Assemblea Legislativa ha approvato il nuovo Programma triennale 2022-2024 per l'integrazione denominato "Emilia-Romagna: plurale, equa, inclusiva"².

Il nuovo Programma triennale ha preso forma e ha inteso "ribaltare la dicotomia "emergenza/integrazione" affermando che proprio il consolidamento, avvenuto nel corso degli anni, di politiche ordinarie di integrazione ed inclusione nei contesti locali abbia rappresentato e rappresenti tuttora il fattore decisivo per affrontare e rispondere in maniera efficace a fenomeni di flussi di arrivo non prevedibili ma altresì costanti nel corso del tempo.

1. Lineamenti e tendenze del fenomeno migratorio

Per uno sguardo nazionale, si può certamente fare riferimento al recente Rapporto Immigrazione di Caritas e Migrantes³ che evidenzia lenti segnali di ripresa e opportunità dopo il momento pandemico acuto. Fra i segnali incoraggianti troviamo, ad esempio, la ripresa della crescita della popolazione straniera residente in Italia: i dati al 1° gennaio 2022 parlano di 5.193.669 cittadini stranieri regolarmente residenti, cifra che segna una ripresa dallo scorso anno ed inoltre sono aumentati anche i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno (al 1° gennaio 2022 sono 3.921.125, mentre nel 2021 erano attestati sui 3,3 milioni), così come i nuovi permessi di soggiorno rilasciati nell'anno: nel corso del 2021 sono stati 275 mila, +159% rispetto al 2020 (105.700). Anche i provvedimenti di cittadinanza hanno segnato una certa crescita: sono stati 118 mila nel 2020, ovvero un +4% dall'anno precedente. In generale la popolazione straniera ha una struttura più giovane di quella italiana: ragazze e ragazzi con meno di 18 anni rappresentano circa il 20% della popolazione e per ogni anziano (65 anni o

più) ci sono più di 3 giovanissimi di età compresa fra gli 0 e i 14 anni. I ragazzi nati in Italia da genitori stranieri sono oltre 1 milione e di questi il 22,7% ha acquisito la cittadinanza italiana; se ad essi aggiungiamo i nati all'estero, la compagine dei minori stranieri (fra nati in Italia, nati all'estero e naturalizzati) supera quota 1.300.000 e arriva a rappresentare il 13,0% del totale della popolazione residente in Italia con meno di 18 anni.

Tendenze analoghe si registrano in emilia-romagna, pur con alcune specificità del nostro territorio regionale.

I cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna al 31.12.2021 sono 569.460, pari al 12,8% della popolazione complessiva di cui i cittadini di paesi terzi sono quasi 439mila pari al 9,8% dei residenti in regione e sono aumentati di circa 3.700 unità nel corso del 2021.

Note

2 Vedi il Programma integrale al link: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/-2022/emilia-romagna-plurale-equa-inclusiva-programma-2022-2024-per-l2019integrazione-sociale-dei-cittadini-stranieri-art-3-comma-2-della-l-r-5-2004>.

3 Vedi: <https://www.migrantes.it/xxi-rapporto-immigrazione-2022-costruire-il-futuro-con-i-migranti/>

	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2020	2022
Tot. popolazione	4.457.115	4.454.393	4.457.318	4.461.612	4.471.485	4.459.866	4.474.292	4.458.006
Tot. stranieri	538.236	534.614	531.028	538.677	551.222	564.580	562.387	569.460
Tot. Italiani	3.918.879	3.919.779	3.926.290	3.922.935	3.920.263	3.895.286	3.911.905	3.888.546
Valori % stranieri su tot. popolazione	12,1	12,0	11,9	12,1	12,3	12,7	12,6	12,8

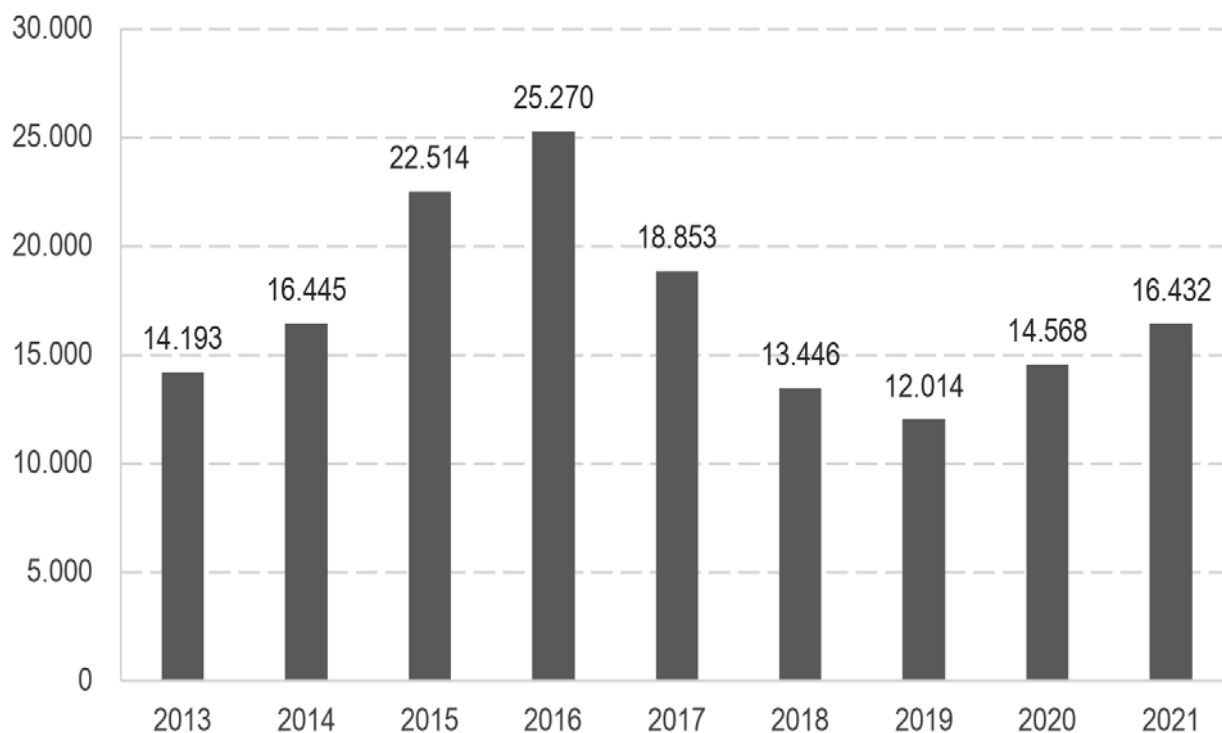
Tab. 1 – Popolazione totale, stranieri, italiani residenti e incidenza % su totale popolazione in Emilia-Romagna. Anni dall'1.1.2015 all'1.1.2022

Fonte: elaborazione Osservatorio sul fenomeno migratorio – RER su dati Servizio innovazione digitale, dei dati e della tecnologia – Regione Emilia-Romagna

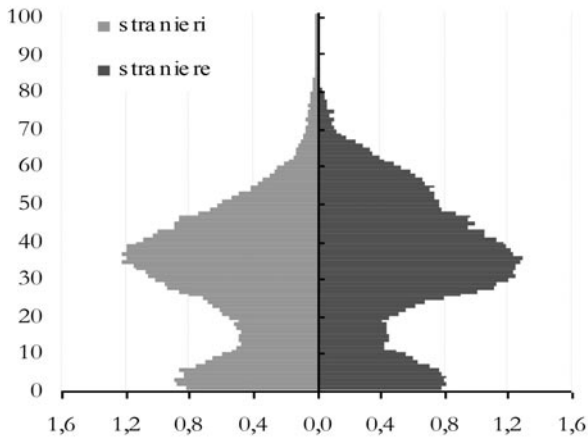
Il dato relativo all'incidenza conferma l'Emilia-Romagna al primo posto in Italia nel rapporto stranieri residenti sul totale della popolazione. In termini di macro-tendenza, dopo due decenni di incremento costante, l'ultimo decennio mostra tassi di crescita decrescenti per il numero di stranieri residenti in regione e questo per un doppio ordine di motivi. Da un lato perché l'entità e composizione dei flussi in ingresso sono stati modificati sia dalle contingenze economiche negative e dei loro trascinalenti (crisi del 2008-2009 e del 2012-2013), che dai cambiamenti normativi (esempio i c.d. Decreti sicurezza), dagli eventi internazionali, nonché, da ultimo, dalla situazione generata dalla pandemia da Covid-19 (vedremo invece nelle statistiche dei prossimi anni quale

impatto incrementale avrà la impreveduta presenza degli sfollati ucraini). Dall'altro si registra un costante radicamento e stabilizzazione della popolazione straniera che determina:

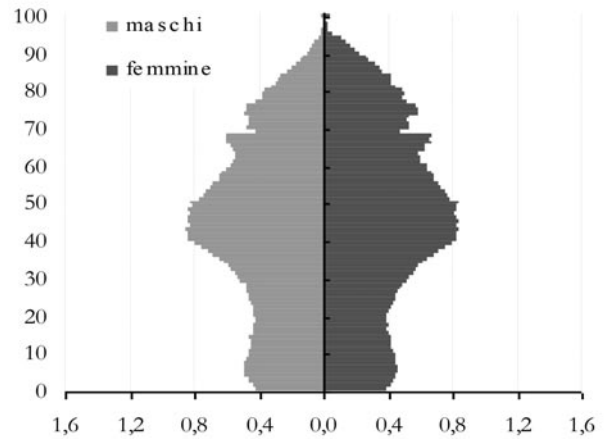
- sempre maggiori acquisizioni della cittadinanza italiana non solo per naturalizzazione (dopo almeno 10 anni di residenza), ma anche per trasmissione a figli minorenni e per beneficio di legge ai neomaggiorenni nati e cresciuti in Italia;
- una sempre maggiore acquisizione dei modelli di vita italiani anche in relazione alla fecondità;
- un ancor lieve, ma graduale, invecchiamento della popolazione straniera che comporta un ancor limitato aumento dei tassi di mortalità.



Graf. 2 – Stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana in Emilia-Romagna. Anni 2013-2021
Il dato 2021 è provvisorio. Fonte: Istat

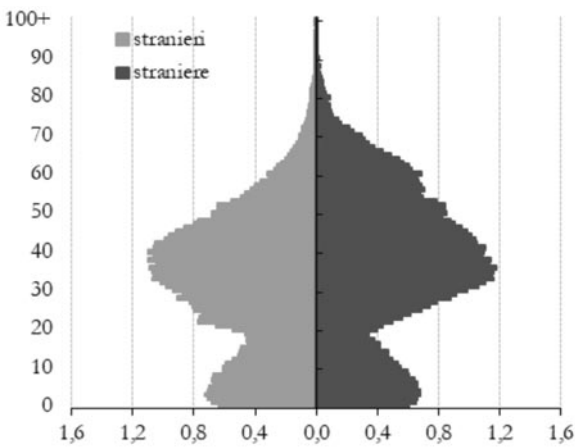


% 0-14	19,9
% 15-39	45,1
% 40-64	31,9
% 65 anni e più	3,1
Indice di dipendenza totale	29,9
Indice di struttura	70,6
Indice di vecchiaia	15,6
% donne in età feconda	61,6
Età media	32,8

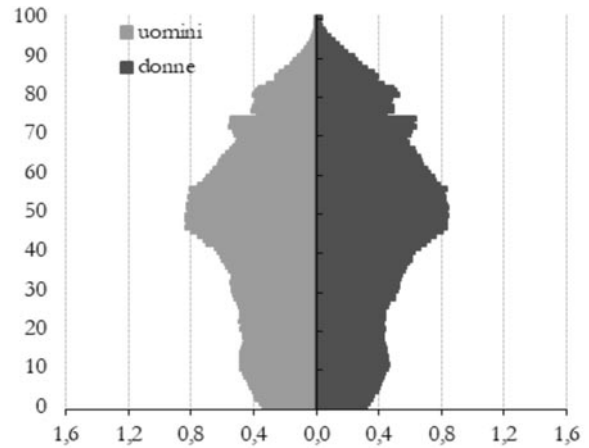


% 0-14	13,5
% 15-39	26,2
% 40-64	36,8
% 65 anni e più	23,4
Indice di dipendenza totale	58,5
Indice di struttura	140,4
Indice di vecchiaia	173,4
% donne in età feconda	41,3
Età media	45,6

Graf 3. Piramidi delle età ed indicatori demografici per la popolazione straniera (a sinistra) e complessiva (a destra) all'1.1.2015



% 0-14	18,5
% 15-39	40,0
% 40-64	35,8
% 65 anni e più	5,6
Indice di dipendenza totale	31,9
Indice di struttura	89,5
Indice di vecchiaia	30,3
% donne in età feconda	55,7
Età media	35,3



% 0-14	12,7
% 15-39	25,3
% 40-64	37,9
% 65 anni e più	24,2
Indice di dipendenza totale	58,4
Indice di struttura	149,9
Indice di vecchiaia	190,0
% donne in età feconda	38,8
Età media	46,5

Graf. 4. Piramidi delle età ed indicatori demografici per la popolazione straniera (a sinistra) e complessiva (a destra) all'1.1.2021 in Emilia-Romagna. Fonte: Ufficio di statistica Regione Emilia-Romagna

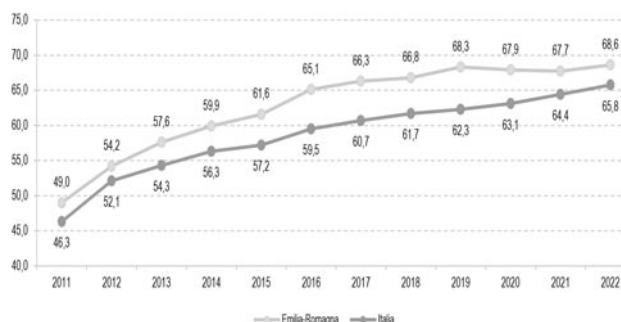
In un contesto regionale in cui i minori stranieri residenti al 1° gennaio 2022 sono quasi 119 mila (pari al 17,4% del totale dei minori, un dato sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio), sono nati in Italia poco più di 92 mila (quasi il 79%) di quanti ora hanno meno di 18 anni e la quasi totalità (circa 41mila, pari al 93,6%) di quanti hanno meno di 6 anni. In regione risiedono cittadini di 175 differenti paesi. Il 38,8% degli stranieri residenti in regione appartiene alle prime 3 comunità più numerose: rumena (98.000), marocchina (62000) e albanese (59000). Poi seguono ucraini (5,9%), cinesi (5,3%) e moldavi (4,7%), pakistani (4,4%), tunisini (3,5%), indiani (3,4%) e nigeriani (3,0%).

Per l'insieme degli stranieri residenti in regione si conferma al 31.12.2021 la prevalenza femminile (52,7% del totale degli stranieri residenti).

Paese di cittad.	M	F	MF	% F su MF	%
Romania	41.211	58.695	99.906	58,8	17,5
Marocco	31.765	30.349	62.114	48,9	10,9
Albania	30.269	28.612	58.881	48,6	10,3
Ucraina	7.039	26.584	33.623	79,1	5,9
Cina	15.059	15.214	30.273	50,3	5,3
Moldavia	8.719	17.838	26.557	67,2	4,7
Pakistan	16.335	8.499	24.834	34,2	4,4
Tunisia	11.603	8.163	19.766	41,3	3,5
India	10.544	8.707	19.251	45,2	3,4
Nigeria	9.369	7.745	17.114	45,3	3,0
Filippine	6.589	7.929	14.518	54,6	2,5
Senegal	8.598	3.309	11.907	27,8	2,1
Ghana	6.966	4.498	11.464	39,2	2,0
Bangladesh	7.348	4.038	11.386	35,5	2,0
Polonia	2.256	7.948	10.204	77,9	1,8
Sri Lanka	3.837	3.189	7.026	45,4	1,2
Egitto	4.378	2.467	6.845	36,0	1,2
Macedonia del Nord	3.383	3.379	6.762	50,0	1,2
Bulgaria	2.373	3.196	5.569	57,4	1,0
Federazione Russa	792	3.717	4.509	82,4	0,8
Altri paesi	40.886	46.065	86.951	53,0	15,3
Totale	269.319	300.141	569.460	52,7	100,0

Tab. 2 – Principali paesi di cittadinanza degli stranieri residenti persesso in Emilia-Romagna all'1.1.2022
Fonte: elaborazione Osservatorio sul fenomeno migratorio – RER su dati Servizio innovazione digitale, dei dati e della tecnologia – Regione Emilia-Romagna

Le persone fornite di permesso in regione sono 402.374 all'1.1.2022. È significativo che la maggior parte dei permessi (il 68,6%) sia di lungo periodo e dunque indicatore di una ampia stabilità e che i soggiornanti a scadenza (31,4%)



Graf. 5 – Percentuale soggiornanti di lungo periodo su cittadini extra Ue regolarmente soggiornanti in Emilia-Romagna e in Italia
Dati dall'1.1.2011 all'1.1.2022

Fonte: elaborazione Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio – RER su dati Istat e Ministero dell'Interno

richiedano il permesso principalmente per motivi di famiglia (49%) e motivi di lavoro (32%). Ciò conferma l'intenzione dei migranti a insediarsi stabilmente nella regione. Poi abbiamo permessi per asilo e umanitari (12%) e studio (3%).

	Motivo del permesso					Totale
	Lavoro	Famiglia	Studio	Prot. int. (*)	Altro	
Emilia-Romagna	41.231	62.327	4.209	15.234	3.299	126.300
%	32,6	49,3	3,3	12,1	2,6	100,0
Var. 2022-21	9.931-10.891	1.150	1.896	505	2.591	
Var.% 22-21	31,7	-14,9	37,6	14,2	18,1	2,1

Tab. 3 – Cittadini extra Ue regolarmente soggiornanti per motivo della presenza in Emilia-Romagna all'1.1.2022 (a)
(a) Sono esclusi coloro che hanno un permesso di lungo periodo o una carta di soggiorno
(b) Sono compresi i minori registrati sul permesso di un adulto anche se rilasciato per motivi di lavoro
(*) Comprende i richiedenti asilo, i permessi di asilo e altre forme di protezione che l'Italia riconosce ai paesi terzi
Fonte: elaborazione Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio – RER su dati Istat e Ministero dell'Interno

La ricchezza complessiva prodotta dagli occupati stranieri in Emilia-Romagna è stimata⁴ nell'ordine del 11,5% del totale del valore aggiunto regionale (corrispondente a oltre 16 miliardi di euro); una delle incidenze più elevate a livello nazionale, dove in media il valore aggiunto è pari al 9%. Nel 2020 e 2021, si registra una crescita dell'incidenza degli stranieri sul totale degli occupati in regione dal 12,8% al 13%, confermando un valore ben al di sopra della media

Note

4 Elaborazione Fondazione Leone Moressa su dati ISTAT, in "Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione", Ed. 2022 pag. 49.

nazionale (10%). Il dato però, rispetto alla composizione, non è "neutro". Diminuiscono infatti in modo significativo le donne straniere occupate (da 122.867 a 115.952), che rappresentano circa il 44% degli stranieri occupati in regione. Complessivamente il tasso di occupazione⁵ degli stranieri è inferiore a quello degli italiani di oltre sette punti percentuali (62,1% rispetto 69,6%) ma se per gli uomini tale tasso è superiore di 3 punti, (78% rispetto 75% degli italiani), è guardando alla componente femminile che osserviamo un tasso di occupazione di sedici punti in meno: il 48% rispetto 64% delle occupate italiane. Nonostante la forte partecipazione attiva al mercato del lavoro gli stranieri registrano un tasso di disoccupazione⁶ quasi tre volte superiore a quello degli italiani, 11,9% rispetto il 4,4%, ed il tasso di disoccupazione femminile è sensibilmente più alto di quello maschile, (17,8% rispetto 6,8% delle italiane.)

20

2. Sfide ed obiettivi del nuovo programma triennale

In primo luogo va sottolineato che il Programma Triennale ha preso forma attraverso un lungo e articolato processo di ascolto partecipativo e dialogico, supportato dall'Area Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR); percorso che è durato poco più di un anno (da

Cittadinanza	Occupati	%
Stranieri	258.000	13,0
Italiani	1.721.000	87,0
Totale	1.979.000	100,0

Tab. 4 – Situazione occupazionale popolazione residente per cittadinanza nel 2021. Regione Emilia-Romagna (*)
(*) Le percentuali e le somme sono calcolate sui valori non arrotondati

Fonte: elaborazione della Regione Emilia-Romagna (Servizio innovazione digitale, dei dati e della tecnologia) su dati Istat

	M	F	Totale
<i>Emilia-Romagna</i>			
Stranieri	78,1	48,6	62,1
Italiani	74,9	64,0	69,6
Totale	75,3	61,6	68,5
<i>Italia</i>			
Stranieri	71,7	45,4	57,8
Italiani	66,6	49,9	58,3
Totale	67,1	49,4	58,3

Tab. 5 Tasso di occupazione in Emilia – Romagna e in Italia per sesso e cittadinanza. anno 2021

Fonte: elaborazioni della Regione Emilia-Romagna (Settore Innovazione digitale, dei dati, della tecnologia e polo archivistico) su dati Istat

	M	F	Totale
<i>Emilia-Romagna</i>			
Stranieri	6,8	17,8	11,9
Italiani	3,6	5,5	4,4
Totale	4,0	7,2	5,5
<i>Italia</i>			
Stranieri	12,1	17,3	14,4
Italiani	8,3	9,8	9,0
Totale	8,7	10,6	9,5

Tab 6 – Tasso di disoccupazione in Emilia – Romagna e in Italia per sesso e cittadinanza. anno 2021

Fonte: elaborazioni della Regione Emilia-Romagna (Settore Innovazione digitale, dei dati, della tecnologia e polo archivistico) su dati Istat

maggio 2021 a giugno 2022) articolandosi in numerosi incontri e coinvolgendo oltre 500 persone⁷. Il mandato istituzionale è stato sostanzialmente quello di rimettere al centro della discussione i temi della integrazione, e quindi recuperare degli spazi di riflessione di più ampio respiro sui percorsi di inclusione e di ambito interculturale.

In questo senso il Programma persegue l'obiettivo strategico di una inclusione per tutte le persone, e dunque, vuole lavorare con l'insieme della comunità e dei suoi cittadini per promuovere il consolidamento e la qualificazione delle politiche pubbliche universalistiche così da tenere in considerazione le sfide ed i bisogni dell'intera cittadinanza. È un programma che sceglie di adottare un approccio intersezionale ed interculturale, per il quale è indispensabile leggere il fenomeno migratorio non solo alla luce della provenienza geografico-culturale ma come processo complesso di interdipendenza di diverse dimensioni identitarie: genere, età, abilità, reddito, culture di origine, ecc. È un programma davvero trasversale e intersettoriale, che propone 5 aree trasversali e 17 schede tematiche su singoli temi. Le schede consentono un'analisi di contesto specifica, precisano le questioni più urgenti da affrontare, suggeriscono tipologie di azione, individuano i target dei beneficiari, evidenziano quali sinergie ed alleanze vanno cercate e/o consolidate.

Note

- Il tasso di occupazione è il rapporto tra gli occupati e la corrispondente popolazione.
- Il tasso di disoccupazione è il rapporto tra le persone in cerca di impiego tra i 15 ed i 74 anni e le corrispondenti forze di lavoro, risultato della somma degli occupati e dei disoccupati.
- Per un approfondimento sul percorso vedi la nota metodologica allegata al suindicato Programma Triennale 2022-2024.

È un programma che pur affermando il principio della personalizzazione degli interventi, evidenzia come i cittadini di Paesi Terzi siano spesso caratterizzati da almeno quattro dimensioni problematiche ricorrenti: una specifica e complessa normativa nazionale che influenza le strategie di integrazione e radicamento territoriale: un diffuso fabbisogno di apprendimento linguistico e di primo orientamento ai servizi, una condizione di maggiore povertà relazionale specie per le persone neo-arrivate ed una persistente dimensione transculturale del proprio progetto di vita.

Rispetto alla sua organizzazione interna sostanzialmente il Programma si compone di una premessa strategica che afferma la pluralità come valore, l'equità come indirizzo strategico per ridurre le disuguaglianze e l'inclusione di ciascuna persona come la traiettoria verso cui tendere affinché nessuno si possa sentire o percepire estraneo. Sono poi dichiarate due grandi sfide per ogni politica regionale e locale:

- l'integrazione socio-economica delle donne;
- il sostegno alla partecipazione responsabile delle nuove generazioni.

Il Programma individua poi delle «questioni» trasversali ai singoli temi, ovvero tematiche che emergono con costanza nel dibattito e nella progettazione di interventi settoriali e che pertanto vanno sempre prese in considerazione.

Il Programma ne individua 5:

1. Comunità e prossimità; ovvero promuovere un lavoro di comunità e di prossimità attraverso cui favorire la partecipazione pubblica e politica e il coinvolgimento nelle diverse fasi di disegno, realizzazione, valutazione di iniziative e servizi legati al fenomeno migratorio.
2. Equità tra i generi e le generazioni, partendo dall'idea che sia indispensabile lavorare per l'autonomia e l'emancipazione di donne e nuove generazioni, soggetti chiave per favorire inclusione e intercultura.
3. Promuovere l'autonomia e la capacitazione, attraverso un approccio intersettoriale che prevede di lavorare contemporaneamente sia sulle competenze di cittadini/e (linguistiche, tecnico-professionali, digitali etc.), sia sulle competenze di operatori e operatrici, tra cui la capacità di lavorare in équipe per poter gestire in maniera multidisciplinare e inter-professionale le tematiche migratorie.
4. Mobilità e flussi "emergenziali": che necessitano di nuove connessioni interistituzionali che rendano possibile, per esempio, la condivisione di banche-dati capaci di seguire la mobilità delle persone, e parallelamente occorre riconoscere che a partire dal 2011 si è assistito a significativi flussi non programmati di persone in arrivo nella regione, flussi rappresentati a livello comunicativo

come "emergenziali", ma che in realtà, pur con caratteristiche differenti, costituiscono una costante del fenomeno migratorio nell'ultimo decennio e dunque la risposta riposa nella capacità di valorizzare ed imparare dalle esperienze ed aggiornare le politiche ordinarie di inclusione nei contesti locali al fine di saper anticipare e/o gestire situazioni non programmate.

5. Semplificazione e accesso digitali a servizi e prestazioni, perché la spinta verso l'innovazione, la digitalizzazione e la semplificazione delle prestazioni della Pubblica Amministrazione rappresenta un'importante occasione di facilitazione di accesso ai servizi e alle prestazioni che riguardano i cittadini stranieri e pertanto vanno promossi e sostenuti in ciascun ambito e settore di riferimento.

Il Programma trova poi un'applicazione operativa attraverso la definizione di 17 priorità e schede settoriali. Le schede rappresentano un'indicazione di obiettivi e priorità di intervento quale contributo alle specificità dei singoli temi, e pertanto vanno prese a riferimento nell'ambito delle programmazioni ordinarie di settore.

3. Scheda Salute mentale e dipendenze patologiche

Vale la pena in questa sede evidenziare alcuni contenuti rimandando ad una sua lettura integrale per approfondimenti.

Nella prima parte di analisi di contesto, si afferma come sia *"...un fatto che lo "status di migrante" rappresenti un fattore di rischio per la salute mentale e il benessere psicologico, tanto più si tratti di immigrati di "prima generazione" o richiedenti protezione internazionale. Tra i fattori di rischio, i più importanti sono la mancata realizzazione del progetto migratorio, lo stress transculturale, la perdita di stato sociale, la discriminazione e le separazioni. Prendendo in esame i Centri di salute mentale (CSM) della Regione Emilia-Romagna si è registrato un progressivo aumento della popolazione straniera, in quanto si è passati da 5,8% di utenti stranieri sul totale utenza del 2010 (pari a 4.322 pazienti) all'8,4% del 2020.*

Laddove vengono definite le priorità di intervento si evidenzia che *"...In primo luogo, va potenziato l'aspetto della continuità nel percorso di cura, spesso interrotto da fattori socio economici quali la mancanza di una dimora abituale, la permanenza in contesti di marginalità che favoriscono possibili ricadute soprattutto nell'ambito dell'abuso di sostanze, l'assenza di legami familiari e le difficoltà relazionali legate alle differenze linguistiche e culturali...".* Conseguentemente, laddove sono indicati gli interventi da realizzare il Programma afferma che *"La diffusione capillare di interventi di prossimità, di promozione della salute e di*

prevenzione nei vari contesti di vita rappresenta la prima strategia per l'intercettazione precoce ed eventuale accesso appropriato ai servizi specialistici. Con il nuovo Piano per la Prevenzione verrà rafforzata l'operatività delle Unità di Strada attive sul territorio regionale.... Nella pratica clinica..l'attenzione è quindi volta a progettare strumenti innovativi di integrazione socio-sanitaria, che mettano al centro dell'attenzione la persona, con tutti i bisogni e le esigenze di cui questa è portatrice. Tra gli strumenti più efficaci è stato individuato il Budget di Salute, che permette di attuare un percorso di cura integrando le esigenze sanitarie con quelle sociali, lavorative, abitative e relazionali dell'individuo affetto da disturbi mentali o problemi di dipendenza patologica, rafforzandone l'inserimento all'interno del tessuto sociale”.

22 Osservazioni conclusive

Come si può comprendere, l'ambizione di questo Programma è quello di tenere insieme la qualificazione delle politiche pubbliche universalistiche con le esigenze specifiche espresse dai nuovi cittadini migranti in una logica davvero trasversale ed intersettoriale.

Obiettivo che necessita dello sforzo e dell'apporto di tanti soggetti pubblici e del privato sociale e che sono sicuro troverà interpreti virtuosi anche nell'ambito delle politiche per la salute mentale ed il benessere psicologico.

Nei prossimi mesi sarà avviato il percorso di costante monitoraggio del Programma ed in particolare delle 17 schede tematiche, un'azione che richiederà la definizione per ciascuna scheda di alcuni indicatori di riferimento, la puntuale definizione degli atti attuativi settore per settore e la definizione delle risorse messe in campo nella consapevolezza che le programmazioni regionali non prevedono risorse a doc per il target dei cittadini di paesi terzi, bensì prediligono un impianto universalistico all'interno del quale assicurare pieno accesso ed equità di trattamento.

Sarà pertanto un processo valutativo che alla fine del triennio consentirà la elaborazione della nuova clausola valutativa in ordine alla efficacia della LR 5/2004.

Bibliografia

- Colucci M., *Storia dell'immigrazione straniera in Italia*, Carocci, 2017.
- Aladin El-Mafaalani, *Il paradosso dell'integrazione, Perché la società aperta genera conflitti*. Luiss, 2019.
- Coccia B e Di Sciuillo L., *L'integrazione dimenticata*, Idos, 2020.
- Fondazione Leone Moressa, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, Ed. 2022.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione Generale dell'immigrazione e delle Politiche di Integrazione, *Programmazione integrata pluriennale in tema di lavoro, integrazione e inclusione*”, 2021.
- Comunicazione della Commissione europea, *Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027*, SWD (2020) 290 finale.
- Regione Emilia-Romagna, *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna*. Ed. 2022.

Salute mentale e popolazioni migranti

Orientamento multiculturale dei servizi pubblici

A cura di
Monica Pacetti, Paolo Ugolini

Intervista a **Salvatore Inglese**

Psichiatra, psicoterapeuta. Esperto in Psichiatria culturale, Etnopsichiatria, Antropologia medica. Fin dal 1981 ha svolto la propria attività professionale nei Dipartimenti Salute Mentale della Regione Calabria applicandosi alla psicopatologia delle migrazioni nazionali e internazionali.

Ha lavorato all'implementazione di nuove metodologie assistenziali interculturali all'interno di Università, Agenzie sanitarie pubbliche e del terzo settore, svolgendo anche attività didattica, di ricerca, consulenza e formazione.

Autore, coautore, curatore di saggi e volumi sui rapporti tra disturbi mentali e culture.

Insegna Etnopsicoanalisi ed Etnopsichiatria presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia (orientamento etnopsicoterapeutico) "Sagara" - Pisa.

inglese54@gmail.com

23

1. In quanto professionisti di sanità pubblica interessati alla tutela della salute mentale, come possiamo aiutare il migrante a mantenere una stabile strutturazione della propria identità che ne garantisca l'adattamento personale a contesti socioculturali diversi da quelli d'origine?

La crisi d'identità rappresenta un evento costante dell'esperienza migratoria ed essa può assumere forme psicopatologiche, talvolta gravi, e tendenti a sovrapporsi. Tale deriva si complica nelle situazioni in cui ai migranti non viene garantita l'acquisizione di diritti giuridici o l'equità nell'accesso alle risorse sociali e sanitarie nella società di adozione. Il trasferimento migratorio espone gli stranieri a un disorientamento soggettivo all'interno del nuovo ambiente di vita di cui non conoscono lingua, costumi, ordinamenti sociali, modalità relazionali. Il migrante non riesce a utilizzare le proprie mappe cognitive e affettive per muoversi correttamente nel nuovo ambiente di vita. Lo smarrimento psicologico e culturale si propaga anche nelle famiglie (soggette a separazioni dolorose) o nei gruppi di

Rif.
Monica Pacetti, medico psichiatra,
Comitato di Redazione Sestante
347 4103341
monica.pacetti@auslromagna.it

riferimento (destrutturati o dispersi) degli immigrati. Il contesto di adozione deve prevenire questi processi negativi attraverso strategie di socializzazione precoce (scolarizzazione, formazione al lavoro) e impegnandosi a riconoscere le matrici storico-sociali che strutturano la personalità dello straniero. I curanti, inoltre, sono obbligati a misurarsi con le espressioni e le concezioni culturali del soggetto allogeno intorno alla propria sofferenza (*idioms of distress*).

2. Come possiamo aiutare gli operatori della salute mentale e delle dipendenze patologiche a raggiungere una corretta interpretazione dell'altro e favorire un rispettoso percorso di cura?

La realizzazione di questa intenzione andrebbe programmata dato che la psicopatologia clinica si confronta con le varianti antropologiche del disagio. Un passo indietro: il movimento di riforma psichiatrica degli anni Settanta si è nutrito di nuove concezioni, sociali e psicologiche, sul disordine mentale. Questa operazione è stata compiuta oltrepassando il confine naturalistico della biomedicina. L'azione terapeutica è diventata più ricca grazie allo sviluppo della psicologia clinica, delle psicoterapie e dell'assistenza sociale, incaricate di assistere la persona in quanto portatrice di bisogni materiali e ideali. Ciò ha favorito lo sviluppo multidisciplinare e multiprofessionale delle unità d'intervento sociosanitario (lavoro in "équipe") che si sono proiettate sugli ambienti quotidiani di vita ("territorio"), anticipando in questi luoghi "aperti" i tempi dell'azione socioclinica. In un contesto operativo, inedito e originale, sostenuto da un quadro normativo avanzato (Legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale), la ragione clinica ha incontrato non più solo gli individui in difficoltà, ma le famiglie e i gruppi sociali di appartenenza, individuando fattori patogeni specifici. La scoperta dei radicali sociopsicologici della sofferenza mentale (emarginazione, stigma), ha favorito il rinnovamento dell'organizzazione e delle politiche sanitarie, allineandole sulla preminenza dell'interesse collettivo e del bene comune. Ciò ha permesso di prestare cure a misura della persona, emendando l'autoritarismo del secolo precedente, con i suoi dispositivi di segregazione e violenza ("manicomi"). In quella fase, la critica sociale si è affermata come auto-critica culturale e istituzionale nei confronti di una società in via di modernizzazione accelerata, ma ancora capace di fabbricare catene di rinforzo psicopatogeno. Si è così sviluppata una riforma generale del mondo socio-istituzionale, realizzata per mezzo degli strumenti disciplinari elaborati dalla cultura occidentale. Questa

riflessione dev'essere riproposta e calibrata sulle necessità del presente allo scopo di scongiurare tentazioni di restaurazione.

Rispetto ai fenomeni sociali e clinici correlati alle migrazioni internazionali, dobbiamo promuovere l'inclusione di metodologie disciplinari e programmi operativi che consentano ai servizi sociosanitari di avvicinarsi all'alterità culturale incarnata dagli stranieri. Nelle agenzie di servizio, pubbliche o del privato sociale, andrebbe aperto uno spazio d'azione per l'antropologia applicata, la storia sociale globale (coloniale e post-coloniale), la traduzione linguistica. Storia, antropologia e linguistica sono le leve che permettono un esercizio del sapere clinico sintonizzato con le caratteristiche socioculturali dei pazienti provenienti da mondi geoculturali diversi. Una clinica culturalmente sensibile (animata da competenza, umiltà e sicurezza culturali; Kirmayer e Coll., 2020), deve inquadrare nel proprio organigramma interpreti linguistici e mediatori culturali in grado di facilitare la comprensione dei processi psicopatologici secondo i repertori idiomatichi e le pratiche sociali dei pazienti. Ciò permetterebbe di avvicinare tra loro gli utenti stranieri e i professionisti della cura clinico-sociale in quanto soggettività plasmate da valori culturali eterogenei (Coppo, 2003).

Per realizzare questa intenzione occorrono finanziamenti finalizzati alla formazione di clinici e mediatori linguistico-culturali – risorse essenziali per un programma orientato alla salute mentale multiculturale. Servono anche investimenti da destinare allo studio degli effetti emergenti lungo l'intero percorso migratorio (dai luoghi di provenienza a quelli di arrivo; Inglese, Cardamone, 2010, 2017, 2022). Appare oltremodo necessaria la creazione di unità specializzate nell'assistenza degli stranieri (migranti, profughi e rifugiati). La loro attività permette di implementare più rapidamente nuove capacità operative fondate su solide evidenze scientifiche (équipe etnocliniche; servizi di Consultazione culturale; Kirmayer e Coll., 2020; Nathan, 1996).

3. Come superare le disuguaglianze e ridurre i ritardi nella tutela della salute mentale secondo la prospettiva del benessere generale delle popolazioni assistite...?

Per attenuare gli effetti delle disuguaglianze bisogna riorganizzare i servizi nella direzione che rispetti le differenze sociali, altresì rimuovendo le barriere linguistico-culturali strutturate intorno al dominio di un gruppo su quello subalterno (es., sfruttamento, assoggettamento, discriminazione) o quelle alimentate dal "malinteso"

culturale sprigionato in assenza di sforzi orientati a comprendere la storia, la condizione attuale e il punto di vista dell'altro. I servizi pubblici devono pertanto essere motivati, (ri)formati e incentivati ad assumere un atteggiamento proattivo con cui proiettarsi sullo scenario sociale, proponendosi di intercettare i bisogni inespressi o incompresi di popolazioni particolari, comunque impegnate a inserirsi in un contesto ignoto e non sempre generoso. Le disuguaglianze producono sempre uno scarto tra bisogno emergente e sua decifrazione, determinando un ritardo operativo che, a sua volta, predispone lo sviluppo di condizioni e fenomeni critici (uso inappropriato o inefficace dei servizi).

4. L'analisi dei decessi nel primo anno della pandemia mostra un netto svantaggio a carico della popolazione di nazionalità straniera residente in Italia. La politica può fare molto nel ridurre le disuguaglianze, ma i professionisti sanitari come possono ottimizzare le loro pratiche ospedaliere e territoriali?

La letteratura internazionale documenta che i comportamenti delle popolazioni investite dal COV2 sono stati condizionati dalle caratteristiche culturali, dai sistemi politico-istituzionali e dalle organizzazioni di salute pubblica delle società colpite dalla pandemia. Le concezioni locali (a livello di piccole comunità ma anche di popolazioni gigantesche – si pensi a Cina e India) hanno influenzato le risposte organizzate o spontanee con cui i gruppi umani hanno fronteggiato il trauma individuale e collettivo inflitto dalla scoperta di un "nuovo" virus a rapida diffusione. Quelle concezioni hanno selezionato gli strumenti con cui gli umani si sono protetti da un ospite biologico inatteso (dispositivi di protezione individuale; vaccinazione di massa). L'orientamento ideologico degli Stati e delle comunità ha rimodulato la vita sociale a misura dell'eccezionalità dell'evento mondiale (sospensione o intensificazione delle ritualità collettive; es., riti carismatici di salvezza; oscillazione tra ritiro sociale e ostentazione di un'indifferenza negazionista e autolesiva).

Le popolazioni migranti hanno trasferito nelle società di accoglienza una serie di concezioni che hanno determinato la loro adesione alle campagne profilattiche o, al contrario, l'esitazione e il rifiuto degli strumenti creati dalla scienza. Studi accurati evidenziano che gli immigrati hanno sofferto a causa delle deprecabili condizioni di vita all'interno dei campi profughi o delle aggregazioni informali favorite dalla indisponibilità di abitazioni civili in cui erogare l'assistenza necessaria. L'emergenza pandemica ha irrobustito la

sensazione e il convincimento degli stranieri socialmente vulnerabili di essere discriminati ed emarginati dagli Stati ospitanti. La collocazione precaria di tali gruppi sociali non ha agevolato l'offerta di cure e dell'educazione sanitaria né il rispetto delle disposizioni più oculate e protettive. Il rallentamento del ciclo economico ha inoltre determinato un impoverimento della vita materiale di questi gruppi a cui è stato negato un reddito necessario alla sopravvivenza. Il quadro è stato ulteriormente compromesso dall'insorgenza incontenibile di ansia e depressione, generate dai colpi di un presente critico pronto a trasformarsi in un futuro incognito.

L'analisi dei comportamenti istituzionali nei confronti degli immigrati permette un confronto con quanto accade a carico delle popolazioni autoctone o residenti: il ritardo negli interventi di prossimità sugli stranieri corrisponde a quello accumulato dal sistema sanitario rispetto alle popolazioni residenti. Spesso il fenomeno inizia a carico dei gruppi residenti vulnerabili o compromessi (persone con disabilità mentale o dipendenti da sostanze). I servizi psichiatrici, ad esempio, hanno ridotto la propria attività per un periodo prolungato e a rischio di diventare permanente anche perché la vistosa riduzione numerica del personale impedisce di ripristinare i precedenti livelli di efficienza. È inoltre sensibilmente aumentata la domanda di assistenza psicologica e psichiatrica in ogni ordine e grado della società (es., incremento di condotte autolesive e anticonservative nella popolazione infante-giovanile). A fronte di tale situazione diventa improrogabile disegnare una nuova architettura dei servizi e lanciare una fase di sperimentazione allargata prima di procedere a una rideterminazione dell'intero sistema di sanità pubblica. Questo impone la mobilitazione dell'intelligenza collettiva esistente all'interno dei dipartimenti e dei distretti sociosanitari.

5. Nei servizi sanitari e socio-sanitari aumenta il numero dei primi contatti e della presa in carico di pazienti stranieri. Le AUSL della Regione ER hanno appaltato il servizio di Mediazione culturale ricorrendo a un bando europeo e con costi significativi. Questa è la strada giusta? Quale formazione e aggiornamento andrebbero offerti ai mediatori culturali?

Credo che le scelte progettuali e realizzative delle istituzioni pubbliche debbano sempre scaturire da studi di fattibilità, grazie ai quali individuare l'efficienza, l'efficacia e la sostenibilità delle innovazioni organizzative. L'impiego degli interpreti linguistici e dei mediatori culturali serve a evitare

gli equivoci comunicativi che scaturiscono dall'interazione tra un clinico e un paziente appartenenti a mondi culturali differenti. La rimozione della barriera linguistica e la correzione delle distorsioni provocate dai filtri culturali richiedono l'intervento di attori capaci di esercitare una funzione di comunicazione, decodificazione e interpretazione del dialogo clinico. A causa della loro specifica costituzione storica, antropologica e psicologica gli operatori non possiedono, in proprio, gli strumenti adeguati a comprendere i pazienti stranieri. Il rapporto interculturale rischia di strutturarsi intorno a un divario strutturale: il professionista – formato, delegato e autorizzato all'attività di cura – appartiene organicamente alla società di accoglienza mentre il paziente resta sospeso tra il mondo di provenienza e quello di arrivo. La fragilità dei diritti di quest'ultimo amplifica la labilità della sua consistenza esistenziale in un mondo che oscilla tra il concedergli ospitalità e avversarlo con la sua ostilità. Il sentimento di estraneità permea la fibra del migrante e il rischio del diniego della protezione incombe sulla persona forzata alla fuga. Spesso non si comprende abbastanza quanto e come questa instabilità corroda la tenuta psicologica dello straniero, impegnato a lungo in un corpo a corpo per la sopravvivenza. Il clinico viene spesso vissuto dallo straniero come un sorvegliante dei confini di uno Stato incumbente, severo e selettivo. Tale concezione viene rafforzata quando l'immigrato incomincia a scivolare lungo il piano inclinato di distorsioni interpretative che erodono la sua fiducia nel personale curante.

6. Come possiamo formare e aggiornare i professionisti delle Unità Operative del DSM-DP senza prevedere una chiamata del mediatore culturale?

I servizi non possono fare economia di una figura capace di svolgere il compito delicato e strategico della mediazione linguistico-culturale. Nei paesi a maggiore consistenza e vocazione multiculturale esistono esperienze che confermano la centralità dei mediatori etnoclinici. Il successo di queste iniziative dipende dalla capacità progettuale e formativa con cui si procede all'inserimento di tali figure nei servizi sanitari. Ogni modello operativo, necessariamente istituzionale, diventa efficiente, efficace e sostenibile quando l'attività assistenziale viene potenziata dalla comprensione linguistica, comportamentale ed emotiva della sofferenza degli utenti stranieri. In condizioni di stress o trauma psicosociale (massimale e prolungato), le persone hanno bisogno di esprimersi nella propria lingua, strumento culturale primario che consente loro di riferire in modo

articolato e compiuto le esperienze patite. Grazie alla lingua i migranti partecipano in prima persona alla cura (consenso informato culturalmente competente), riuscendo a superare la condizione di inferiorità comunicativa in cui vengono precipitati dal trapianto geoculturale. Tale svantaggio relazionale non viene ridotto, ad esempio, dal tempo già trascorso nel paese ospitante. La sofferenza fisica e mentale provoca un decadimento delle abilità sociali conquistate in terra straniera dopo il superamento di lacerazioni e amputazioni psicologiche e culturali da sradicamento sociale.

Attenzione particolare va pure indirizzata alle dinamiche transgenerazionali e i rapporti intergenerazionali: spesso cresce una spinta disadattiva a carico dei discendenti, che sperimentano un sentimento di discontinuità storico-biografica rispetto alle loro ascendenze familiari. I figli e i nipoti dei migranti soffrono l'assenza di un passato esistenziale da valorizzare e possono smarrirsi nell'inazione (evasione scolastica, marginalità professionale, discriminazione sociale). All'opposto: s'impegnano nel lavoro "eroico" di fondare la propria esistenza attraverso la ricerca o l'invenzione di novità culturali irrealistiche ed estreme, cercando sempre di sfuggire alla sensazione soggettiva di un vuoto interno altrimenti incolmabile. La migrazione consiste, infatti, nella perdita dello spazio e del tempo vissuti in precedenza e ormai dietro le spalle.

I mediatori linguistico-culturali andrebbero cooptati non solo in virtù di competenze linguistiche e comunicative. Essi devono acquisire conoscenze puntuali sui principi e le tecniche di cura praticate nel nostro sistema sanitario. Necessitano anche di assimilare a fondo le terapeutiche tradizionali applicate al disturbo mentale nelle loro comunità. I migranti tendono ad abitare, psicologicamente, i luoghi d'origine insieme a quelli di residenza. Questa doppia dislocazione diventa decisiva quando interviene un disturbo comportamentale importante. I mediatori linguistico-culturali sono nella migliore posizione per leggere le modalità, manifeste o dissimulate, con le quali i pazienti instaurano rapporti di cura sia con il proprio mondo sia con quello in cui si sono dislocati. Il rilievo empirico di questa duplice appartenenza sociale e clinica (dimostrata dalla "migrazione" parallela di "rimedi" confezionati lontano) consiglia di promuovere l'immersione temporanea dei mediatori nei mondi di provenienza in modo che la loro relazione affettiva, sociale e cognitiva con quegli stessi mondi sia costantemente rinnovata. Anche grazie a questo semplice accorgimento esperienziale, essi diventano utili al processo clinico che, a sua volta, deve mantenersi in presa

diretta con i fenomeni socioclinici emergenti nei mondi posti oltre frontiera. Tali realtà socioculturali, peraltro, vanno incontro a trasformazioni incessanti e profonde. I professionisti della cura si avvantaggerebbero dell'allacciamento di collaborazioni con i colleghi operanti nelle società di partenza dei migranti. Insieme a questi ultimi potrebbero avviare programmi di assistenza congiunta, utilizzando gli strumenti della cooperazione sanitaria internazionale. Bisogna appellarsi alla lungimiranza delle nostre istituzioni per sviluppare progetti finalizzati alle nuove opportunità di interazione professionale. In molti paesi occidentali avanzano iniziative di collaborazione e ricerca-azione riferiti alla cosiddetta Salute mentale globale. La pandemia in corso ha stimolato una concezione estesa e sistemica degli interventi sanitari da proiettare sui paesi in ritardo di sviluppo o stritolati da grandi crisi sociosanitarie. Tali proiezioni assistenziali dovrebbero affrontare l'incremento delle popolazioni straniere che si decidono all'esodo per ragioni ecologiche e sociocliniche. Un effetto positivo e progressivo della crisi pandemica è rappresentato dall'accelerazione e dalla diffusione delle innovazioni tecnocomunicative (piattaforme virtuali) che favoriscono la circolazione dei saperi clinici per mezzo di investimenti nella formazione professionale anche a "grande" distanza.

7. Come possiamo noi clinici tenere in cura farmacologica un paziente che crede in mezzi terapeutici di tipo magico-ritualistico?

L'esperienza quotidiana e gli studi comparativi dimostrano che i pazienti ricorrono sempre a tecniche terapeutiche eterogenee, anche a quelle elaborate in contesti remoti. Gli utenti inseguono l'obiettivo primario della guarigione piuttosto che la coerenza e la compatibilità tra i mezzi che ne promettono il conseguimento. Se si riescono a creare le condizioni per analizzare le storie cliniche, si constata che ogni paziente straniero frequenta, simultaneamente o in successione, contesti clinici reciprocamente estranei. Gli utenti ricorrono ai rimedi disponibili nei mondi d'origine e, al contempo, cercano di usufruire dei trattamenti erogati nelle società ospitanti. L'esempio richiamato nella vostra domanda costituisce l'eventualità più ricorrente. In tali circostanze, il clinico deve acquisire una buona conoscenza delle modalità, delle ragioni e delle condizioni reali di esercizio delle cure tradizionali. Queste ultime costituiscono le risorse assistenziali meglio sperimentate dai pazienti stranieri e in esse depongono le loro aspettative di guarigione. Il trapianto geoculturale allenta e rende più difficile il ricorso a tali strumenti. La distanza interposta tra

il migrante e il mondo d'origine crea ostacoli rilevanti o insormontabili all'operatività e all'efficacia dei trattamenti "tradizionali". I migranti si rivolgono ai nostri servizi, spesso in urgenza, quando versano in congiunture critiche complicate dal fallimento o dall'efficacia parziale di quei trattamenti. Oppure, essi ricorrono alle cure della biomedicina e della psichiatria psicofarmacologica o psicodinamica in via temporanea, nell'attesa di attingere alle cure di cui conoscono i benefici. Tra l'Africa e l'Europa viaggiano varie tipologie di guaritori tradizionali, alcuni dei quali reputati in possesso di notevole "forza" terapeutica. Tra i migranti africani, del resto, prevale la concezione che lo psichiatra possa offrire un aiuto parziale (farmacologico), ma che solo il "loro" guaritore possiede le chiavi nascoste per risolvere il problema retrostante alla sofferenza mentale. Non bisogna quindi esercitare censure preliminari sui pazienti che nutrono tali convinzioni. Con l'ausilio dei mediatori linguistico-culturali bisogna ripercorrere gli itinerari terapeutici attraversati dal paziente o quelli verso i quali intende avviarsi. Si tratta di esplorare le ragioni che muovono questi utenti verso le sorgenti delle loro medicine. È consigliabile insistere nell'attitudine votata all'ascolto, accompagnando la proposta del nostro intervento con spiegazioni ripetute e articolate che diventino comprensibili anche secondo la prospettiva culturale di pazienti siffatti. È necessario sapere, inoltre, che le concezioni dei sofferenti sono condivise e rafforzate dalle loro famiglie e gruppi di riferimento. Ciò richiede al professionista un lavoro di mediazione clinica passando attraverso l'interazione linguistica, sociale e culturale favorita da una figura intermediaria correttamente addestrata. Questo tipo di intervento assume i caratteri di una pedagogia sociale che favorisce la condivisione con gli utenti dei saperi costruiti nelle nostre società. È una pedagogia che scorre anche in direzione opposta poiché permette agli operatori clinici di apprendere le modalità di funzionamento delle cure tradizionali. Queste ultime, ad esempio, consistono in procedimenti socioterapici o in interventi spirituali e materiali (ritualità pubbliche o riservate) applicati all'interno e a favore delle costellazioni familiari oltre che della comunità di appartenenza del paziente. L'atteggiamento dialogico è il migliore antidoto per evitare la recalcitranza o la diffidenza nei confronti di pratiche mediche e psichiatriche di cui il sofferente ricorda l'asservimento a logiche di sopraffazione coloniale. L'accostamento rispettoso permette di individuare quelle pratiche tradizionali che potrebbero sprigionare effetti dannosi a carico del paziente. Si registra oggi un

sovertimento delle terapeutiche tradizionali, oltremodo contaminate da improvvisazioni e distorsioni a causa della trasformazione caotica delle società d'origine. Allo stato, in effetti, cura "tradizionale" non coincide sempre con trattamento beneficiale o benevolente. Un sistema clinico ispirato all'Antropologia medica e all'Etnopsichiatria, potenziato da un dispositivo di mediazione etnoclinica, conquista l'assetto migliore ed esercita l'azione più appropriata per scongiurare gli effetti negativi di pratiche azzardate e rischiose che avanzano nei mondi lontani.

Bibliografia

- P. Coppo, 2003, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- G. Devereux, 2007, *Saggi di etnopsichiatria generale* (nuova ed. it. a cura di S. Inglese), Armando, Roma.
- S. Inglese, G. Cardamone, 2022, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, 2010; *Déjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Idem, 2017; *Déjà vu 3. Complementi di etnopsichiatria*, Idem.
- L.J. Kirmayer, J. Guzder, C. Rousseau, 2022, *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale* (ed. it. a cura di S. Inglese, M. Gualtieri), Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano.
- T. Nathan, 1996, *Principi di etnopsicoanalisi* (Introduzione e traduzione di S. Inglese), Bollati Boringhieri, Torino.

Clinica transculturale e percorso clinico multidisciplinare

Stato dell'arte nella NPIA di Piacenza e nei servizi afferenti al PDTA 7

Donatella De Buglio, Alessia Ravarelli, Rebecca Rossi,
Alberto Cortesi, Elisabetta Molinari

ABSTRACT

L'articolo descrive come, a fronte dell'incremento dei casi di minori migranti e delle loro famiglie afferenti al NPIA dell'Ausl di Piacenza, a partire dal 2009, si sia reso necessario riordinare l'offerta sanitaria attraverso l'acquisizione di nuove basi concettuali ed operative.

Si è sperimentata l'applicazione del dispositivo di Clinica Transculturale nell'attività dei servizi di primo livello che si occupano di minori (NPIA, UOPB, UO Minori), consentendo una rivisitazione delle modalità di assessment/presa in carico.

Viene descritto come nel tempo tale impianto si è radicato nei 3 servizi e con esso le tipologie e il numero di interventi: un'applicazione flessibile dei principi della Clinica Transculturale ad un Servizio Pubblico.

Nel 2019 è nato il PDTA 7 Clinica Transculturale, Un percorso clinico di assistenza multidisciplinare con un doppio focus: monitorare l'attività clinica e formativa del primo livello e implementare un servizio specialistico di clinica transculturale gruppale di secondo livello che garantisce sia Consulenza Transculturale ai colleghi, sia Consultazione Transculturale terapeutica gruppale ai minori migranti e alle loro famiglie.

29

Introduzione

Negli ultimi dieci anni circa l'accesso ai servizi della popolazione migrante è cresciuto esponenzialmente. Questo incremento ha posto sollecitazioni non solo di natura quantitativa ma anche e soprattutto qualitativa: basti pensare alla maggiore vulnerabilità legata alla frequente assenza del supporto delle famiglie allargate, i travagliati ricongiungimenti famigliari, le differenze di lingua, costumi e usanze. Gli studi epidemiologici (M.R. Moro, 2001, T. Baubet, M.R. Moro, 2010) hanno mostrato che i figli delle famiglie migranti presentano una vulnerabilità specifica legata alla complessità della doppia appartenenza culturale che si manifesta in tre passaggi evolutivi:

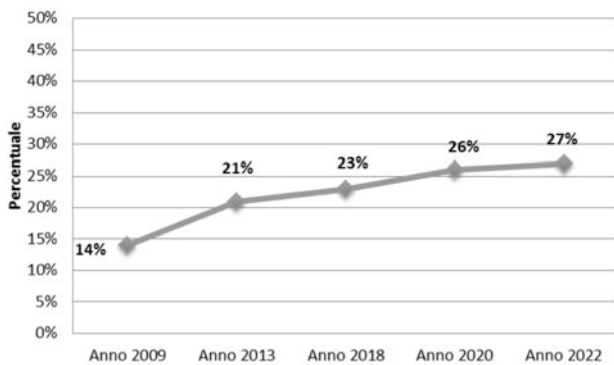
Rif.
Donatella De Buglio, *Psicologa,*
Responsabile PDTA 7 Clinica Transculturale AUSL Piacenza
0523 317953
donatelladebuglio@hotmail.it

- il primo anno di vita;
- l'inserimento del bambino nella scuola primaria;
- la transizione all'età adolescenziale.

Questi passaggi espongono a maggior rischio i minori migranti mettendo alla prova tutte le loro potenzialità nel difficile e complesso compito neuropsicologico e psicoaffettivo di trasferire significati da un sistema di codici ad un altro.

Dal 2009, in risposta al costante aumento dei migranti in carico alla NPIA (Tab. 1), si è sentita forte, nel territorio di Piacenza, la spinta a rinnovare l'offerta sanitaria tramite la ricerca di buone pratiche nella presa in carico di bambini e adolescenti migranti e delle loro famiglie, contribuendo a sviluppare la nascita di una mentalità dell'accoglienza dell'alterità e del "metissage" a molti livelli in un'ottica di prevenzione del disagio.

Migranti in carico UONPIA



Tab. 1 - Minori in carico NPIA Piacenza. Arco temporale 2009-2022
Fonte: Elea

1. Descrizione del Progetto

Di fronte alla multiculturalità, alle differenze di usi e costumi, all'ampliamento del ventaglio sintomatologico, al fine di ridurre i bias diagnostici e terapeutici si sono messe in atto azioni volte a migliorare la competenza clinica degli operatori attraverso l'acquisizione di nuove basi concettuali ed operative.

Ci siamo ispirati al modello etnopsichiatrico francese (G.Devereux, 1984, T. Nathan 1988, M. R. Moro, 1994, 2001, 2005) e all'adattamento italiano effettuato dalla Cooperativa Crinali di Milano (M.L. Cattaneo; S. Dal Verme 2005, 2009, 2020) che, insieme a M.R. Moro, è il nostro principale partnership formativo.

Tali contributi sono stati declinati sulla base del contesto, delle risorse, della tipologia di utenza co-costruendo gli interventi con gli altri servizi del territorio che si occupano di minori. Si è creato un percorso provinciale ed interservizi in cui hanno collaborato, oltre alla NPIA di Piacenza, UO Assistenza Psicologica di Base, UO Minori e l'Associazione

Sentieri nel Mondo, un servizio di Mediazione Culturale. Questa esperienza si può considerare come un tentativo di applicazione flessibile dei principi della Clinica Transculturale al Servizio Pubblico.

Il primo e decisivo passo verso un nuovo modello di intervento è stato il reclutamento e la formazione di Mediatori Linguistico Culturali (MLC) di differenti lingue e nazionalità.

La presenza del MLC nei vari setting di presa in carico costituisce uno degli aspetti portanti del Dispositivo Transculturale in quanto permette di presentificare l'alterità e di favorire la relazione e la comunicazione tra operatori e pazienti migranti nel rispetto e nella valorizzazione delle differenze culturali. Il dispositivo Transculturale prevede, oltre alla presenza costante del mediatore nella presa in carico, che gli operatori affinino le capacità di decentramento e di analisi del proprio controtransfert culturale.

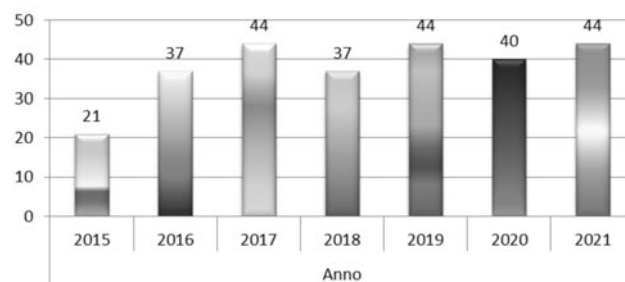
Nel tempo l'impianto, che aveva carattere di sperimentazione, si è radicato nei tre servizi e con esso le tipologie e il numero di interventi.

Dal 2009 ad oggi abbiamo formato 100 MLC e 125 operatori dei servizi territoriali che si occupano di minori. Nella formazione del 2022 si è aperta la possibilità di partecipare anche a colleghi del DSM-SerDP.

Dal 2013 si è sperimentato il dispositivo di clinica transculturale nell'attività dei servizi di primo livello (Tab. 2) che ha consentito una rivisitazione delle modalità di assessment/presa in carico caratterizzati da:

- Colloqui congiunti con la MLC.
- Grande importanza all'alleanza con i genitori.
- Accoglienza, colloqui, ricostruzione della storia migratoria e anamnestica tenendo conto che la storia della famiglia comincia altrove
- Utilizzo del modello teorico di assessment collaborativo/terapeutico (C.Fisher 1994, S. Finn 2009).

**Clinica Transculturale Piacenza:
Totale Minori trattati con Mediazione Linguistico Culturale**



Tab. 2 - Totale di Minori trattati con Mediazione Linguistico Culturale
Fonte: Sentieri nel mondo

Nel 2019 è nato il PDTA 7 Clinica Transculturale, un percorso clinico di assistenza multidisciplinare con un doppio focus: monitorare l'attività clinica e formativa del primo livello e implementare un servizio specialistico di clinica transculturale gruppale di secondo livello.

Il Gruppo Tecnico/Terapeutico Transculturale (GTT) di secondo livello è un'équipe multidisciplinare ed interservizio composta da Psicologi NPIA e UOAPB, Neuropsichiatra NPIA, Logopediste NPIA, Assistente Sociale Comune di Piacenza, Mediatriche Linguistico Culturali. Il GTT svolge la propria attività presso NPIA di Piacenza un giorno a settimana.

In questi anni le attività svolte in ambito transculturale sono state:

- 5 Corsi di Formazione agli operatori di tre servizi (NPIA, UOAPB, UO Tutela minori) e alle mediatrici linguistiche culturali per implementare percorsi di accoglienza/-valutazione/diagnosi/intervento di bambini e adolescenti migranti e delle loro famiglie maggiormente adeguati attraverso l'applicazione del dispositivo transculturale. Questo avviene, nell'attività clinica di base (primo livello).
- Percorsi di Supervisione continua all'attività di base, per i casi seguiti con il Dispositivo Transculturale (ad oggi 250 ore totali) e Supervisione all'attività clinica di II Livello (60 ore).
- 5 convegni, aperti a tutti gli operatori dei tre servizi, su tematiche transculturali.
- Maggiore integrazione tra i diversi soggetti della rete interistituzionale che si occupano di minori.
- Attività di secondo livello di Consultazione Terapeutica Transculturale Gruppale, rivolto ai minori e alle famiglie.
- Consulenza ai colleghi per situazioni di criticità psicopatologica/stallo/difficoltà nell'alleanza con le famiglie.
- Metodi collaborativi di *assessment* e strumenti testistici nuovi e/o culture free (ELAL d'Avicenne¹, Test per la valutazione della lingua madre in bambini da 3,5 anni a 6,5 anni; Leiter; Scale di acculturazione).

2. Attività clinica del PDTA 7

Inizialmente l'obiettivo del PDTA 7 è stato quello di rivisitare le modalità di assessment dei pazienti migranti e delle loro famiglie attraverso l'analisi dei Bias di Costrutto, di Metodo, di Item (P. Bevilacqua, 2009 in M.L. Cattaneo, S. Dal Verme 2009, 2020) e l'adozione di misure correttive come formazione specifica degli operatori, utilizzo della MLC nel setting, costruzione dell'alleanza diagnostica, attenzione allo stile di acculturazione, utilizzo di test psicologici a basso impatto culturale, *culture reduced*. Il fine è quello di evitare il più possibile errori di valutazione e di intervento clinico aumentando l'accuratezza diagnostica e terapeutica.

In quest'ottica abbiamo superato l'idea di assessment classico anche adottando i contributi di S. Finn relativi all'Assessment Terapeutico Collaborativo (S. Finn, 2009) in cui l'intervento coincide con il coinvolgimento del cliente e la co-costruzione di quanto emerso nella valutazione, in particolare nell'utilizzo dei test.

Ne è derivata un'attività clinica del PDTA 7 che, integrando l'intuizione di Finn con gli apporti dell'Etnopsichiatria francese e l'adattamento Italiano di Crinali, prevede attualmente consulenze agli operatori e consultazioni terapeutiche transculturali gruppali rivolta ai minori migranti e alle loro famiglie.

L'attività clinica del PDTA 7 ha avuto inizio nel settembre 2019 e ha purtroppo subito un rallentamento a causa delle restrizioni legate alla pandemia penalizzanti gli interventi di gruppo.

Sono state effettuate 11 consulenze ai colleghi e 5 consultazioni terapeutiche.

3. Consulenza agli operatori

La consulenza agli operatori viene richiesta dalle équipe del primo livello quando:

- gli operatori ipotizzano che la componente transculturale possa essere un fattore strutturante del disturbo e l'intervento usual non sia in grado di portare dei cambiamenti;
- si sono create situazioni di stallo operativo per cui è auspicabile uno sguardo terzo esercitato a focalizzarsi sulle tematiche di clinica transculturale;
- vi è una difficoltà di decentramento che cristallizza la situazione.

Note

1 ELAL D'Avicenne (Evaluation Langagière pour Allophones et Primo arrivants, M.Moro, Marie Rose Moro, Dalila Rezzoug, Malika Bennabi-Bensekhar, Amalini Simon, Hawa Camara, Fatima Touhami, Laura Rakotomalala, Coralie Sanson, Stephane Di Meo, Muriel Bossuroy, Genevieve Serre-Pradère, Marcelin Yapo, Adeline Sarot, Bruno Falissard & Thierry Baubet Versione Italiana a cura di: Marta Fumagalli & Alessandra Mapelli).

Il test è costituito da 2 moduli: test somministrato ai bambini dalla mediatrice linguistico culturale, appositamente formata, in presenza degli operatori per la valutazione delle competenze linguistiche in comprensione e produzione in lingua madre ed intervista ai genitori che esplora la storia familiare e linguistica del bambino, l'investimento nelle filiazioni culturali al paese d'origine, le affiliazioni nel paese d'accoglienza e la trasmissione della lingua materna.

L'introduzione di questo test nel Servizio nasce dalla constatazione che il mantenimento della lingua madre è un percorso da combattenti, una sfida per i genitori. La trasmissione della lingua materna è importante nella costruzione dell'identità e della stima di sé e trasmettere la propria lingua significa anche trasmettere la propria cultura e la propria storia personale.

Solitamente le richieste riguardano casi complessi durante la pianificazione dell'intervento o durante la gestione dello stesso.

Il dispositivo gruppale GTT formula ipotesi di lettura del funzionamento della situazione a livello della componente migratoria, degli elementi transculturali del paziente, della famiglia, del rapporto tra équipe di primo livello e paziente, delle relazioni e del funzionamento dell'équipe stessa. L'obiettivo della consulenza è aiutare gli operatori a riorientare il lavoro clinico attraverso l'uso appropriato della MLC e/o a trovare chiavi di lettura che includano il rispecchiamento culturale e/o acquisire maggiori competenze culturalmente sintonizzate.

4. Consultazione Terapeutica Transculturale Gruppale

La consultazione Terapeutica Transculturale Gruppale è rivolta alla gestione clinica di casi complessi e si attiva quando la consulenza agli operatori non è sufficiente a raggiungere gli obiettivi prefissati e quando si intravede la necessità di condividere, tra i membri della famiglia, la storia migratoria, familiare, che spesso è caratterizzata da eventi traumatici e segreti familiari.

Il dispositivo fa riferimento al metodo complementarista di Devereux che, per comprendere il comportamento umano, indica di utilizzare, alternativamente e senza confonderli, il registro antropologico per decodificare gli aspetti culturali e il registro psicologico per analizzare il funzionamento mentale ed emotivo. Un altro importante contributo è stata la concettualizzazione culturale del controtransfert che ha evidenziato i meccanismi consci e inconsci con cui il curante si difende dall'angoscia dell'incontro con l'alterità dei pazienti. (Devereux, 1984).

Il GTT è un gruppo di 8/10 operatori e mediatori di diverse professionalità e di diversa estrazione culturale con una specifica formazione transculturale. Il Setting prevede la presenza di un terapeuta principale, diversi coterapeuti e MLC. Il senso del dispositivo è di rappresentare un contenitore multiculturale che faccia sentire i pazienti di altre culture sostenuti in modo sicuro. Le consultazioni transculturali tengono anche conto del fatto che la relazione duale medico paziente non è sempre la più rassicurante in diverse culture.

Il terapeuta principale dirige la seduta, regola l'andamento della comunicazione del gruppo ponendosi come diretto interlocutore dei membri della famiglia al fine di proteggere la stessa dai controtransfert dei co-terapeuti.

I co-terapeuti, attivati dal terapeuta principale, producono ipotesi di senso sull'origine del malessere, elicitano rappresentazioni tramite immagini, metafore, modi di dire di altre culture. Le MLC presenti materializzano l'alterità culturale rendendo fisicamente visibile la molteplicità delle culture ed evocando

rappresentazioni culturali del proprio paese di origine. In questo modo, parafrasando T. Nathan, aiutano a consolidare l'involucro culturale della famiglia (T. Nathan, 1996) fragilizzato dalla migrazione e dalle difficoltà di trasmissione delle proprie origini.

Il percorso è strutturato in 8/10 sedute a cadenza mensile, della durata di 90 minuti ciascuna con uno spazio di pre e post seduta. La partecipazione dell'équipe inviata, auspicabile per l'intero percorso di consultazione, costituisce condizione imprescindibile per il primo e ultimo incontro.

La consultazione Terapeutica Transculturale Gruppale i favorisce l'emergenza, la conoscenza e la condivisione delle varie rappresentazioni di significato a livello individuale, familiare, sociale e culturale. Ciò permette la costruzione di legami tra gli universi di appartenenza dei pazienti (qui e là, cultura di origine e cultura del paese di accoglienza), riattiva le risorse, rimette in moto le energie psichiche bloccate, mobilita le rappresentazioni di ogni membro della famiglia. Nel gruppo si dà voce alle storie personali e familiari favorendo nuove narrazioni. È una sorta di tessitura e di rammendo di strappi che spesso si tramandano da una generazione. Un auspicabile esito è quello di trovare Modelli "Meticci" che tengano insieme, con creatività, il fatto di provenire da un'altra cultura e il fatto di crescere in Italia. Si approda, così, ad una sorta di "Diagnosi Culturale" del disordine che ha colpito la famiglia. Tra gli strumenti utili a questo scopo, si evidenzia il genogramma (A.A. Schutzenberger 2015) o Arbre de Vie in ottica transculturale.

5. Azioni di Miglioramento e osservazioni conclusive

Le azioni di miglioramento individuate potrebbero essere:

- rendere la MLC al I livello parte integrante e imprescindibile dell'équipe curante;
- stringere il collegamento tra I e II livello promuovendo la partecipazione degli inviati ai percorsi comuni.

Dopo un decennio di pratica di Clinica Transculturale appare presente un sorta di cultura condivisa all'interno dei servizi che si occupano di minori migranti e delle loro famiglie che ha permesso di migliorare l'accoglienza, di aumentare la sensibilità alle tematiche transculturali, favorendo così risposte sanitarie maggiormente efficienti, efficaci e culturalmente competenti.

Co-autori
 Ravarelli Alessia, *Psicologa Psicoterapeuta
 collaboratrice NPIA Piacenza*
 Rossi Rebecca, *Neuropsichiatra NPIA Piacenza*
 Cortesi Alberto, *Psicologo Psicoterapeuta NPIA Piacenza*
 Molinari Elisabetta, *U.O. Assistenza Psicologa di base*

Bibliografia

- P. Bevilacqua (2009), *La valutazione diagnostica dei bambini e degli adolescenti migranti* in *Terapia transculturale per le famiglie migranti* a cura di M.L.Cattaneo, S.Dal Verme, Franco Angeli, Milano.
- G. Devereux (1984) trad.it: *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Severi C., a cura di Bibliotheca Biographica, Roma.
- M.L. Cattaneo, S. Dal Verme (a cura di), (2020), *Sviluppi della clinica transculturale nelle relazioni di cura*, F. Angeli, Milano.
- M.L. Cattaneo, S. Dal Verme (a cura di), (2009), *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, F. Angeli, Milano, 2009.
- M.L. Cattaneo, S. Dal Verme, *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano, 2005.
- T. Baubet, M.R. Moro, (2010) *Psicopatologia Transculturale. Dall'infanzia all'età Adulta*, Koinè.
- S. E. Finn (2009), *Nei panni dei nostri clienti*, Giunti O.S. Firenze.
- M. R. Moro (1994), *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- M. R. Moro (2001), *Bambini immigrati in cerca di aiuto: i consultori di psicoterapia transculturale* Utet, Torino.
- M. R. Moro (2005), *Bambini di qui venuti da altrove: saggio di transcultura*, F. Angeli, Milano.
- T. Nathan, (1988), *Le sperme du diable. Elements d'etnopsychiatrie*, PUF, Paris.
- T. Nathan, (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati, Boringhieri, Torino.
- A.A Schutzenberger, (2016), *La sindrome degli antenati, psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*, Di Renzo, Roma.e Emilia-Romagna, *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna*. Ed. 2022.

Interventi in cambiamento per persone in movimento

Percorsi di prevenzione alle dipendenze da sostanze stupefacenti e comportamentali per richiedenti protezione internazionale

A cura di

Elisa Martino, Sara Montuori, Nicoletta Russo

ABSTRACT

L'articolo descrive tre esperienze di conduzione avvenute in incontri di gruppo destinati a richiedenti protezione internazionale, svolti sul territorio romagnolo, nello specifico nell'area di Lugo e Rimini.

Tali incontri erano finalizzati a fornire informazioni sulla dipendenza da alcol e l'assunzione di sostanze stupefacenti, farmaci e psicofarmaci, fornendo le relative caratteristiche e la conoscenza su rischi e danni connessi all'uso, marcando anche comportamenti a rischio come il gioco d'azzardo e il gaming.

Lo scritto espone i percorsi effettuati e le professionalità coinvolte nella conduzione, le metodologie adottate, le caratteristiche principali delle persone destinatarie degli interventi e i principali esiti degli incontri.

Introduzione

Le persone migranti, con particolare riferimento ai richiedenti protezione internazionale, rappresentano un gruppo ad alto rischio di vulnerabilità rispetto a comportamenti come abuso di alcol e sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo patologico e gaming (EMCDDA, 2017).

Tali fragilità sono dovute anche a fattori come l'aver subito ed assistito ad episodi di violenza durante le traiettorie migratorie o nei Paesi di origine, la perdita dei riferimenti relazionali e culturali e fenomeni di discriminazione e disuguaglianza nei Paesi di arrivo, ai quali si aggiunge spesso lo scarso accesso ai servizi sanitari presenti sul territorio (Horyniak et al, 2016).

L'Agenzia Europea dei Diritti Fondamentali ha analizzato il possibile impatto che i fattori che riguardano la migrazione può avere sulla salute mentale: in particolare ha messo in risalto l'utilizzo di sostanze stupefacenti come autocura e la difficoltà d'accesso ai servizi da parte delle persone straniere. Questo impedimento sarebbe causato anche dalla scarsità di attenzione, procedure e dati, che rilevano i reali bisogni di trattamento delle persone migranti in tutti i Paesi europei (FRA, 2011).

Rif.

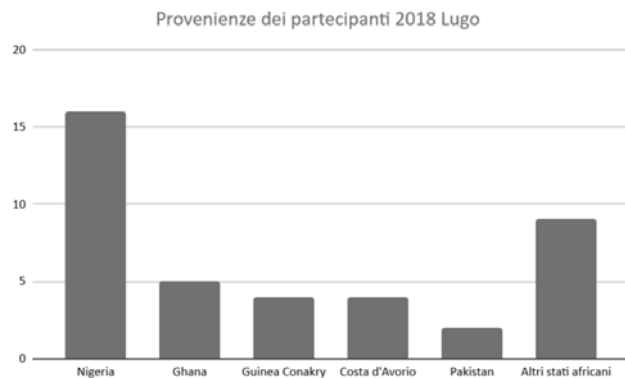
Elisa Martino, *Psicologa-Psicoterapeuta*
 SerDP Lugo/AUSL della Romagna
 0545 903155
 elisa.martino@auslromagna.it

Per quanto riguarda il territorio riminese, il report del Servizio Dipendenze Patologiche (SerDP) del 2019 riporta un incremento degli utenti stranieri in trattamento: dal 6,6% del totale nel 2014 al 10% nel 2018; il 50% di tali utenti presentava problemi legati all'alcol e il 47,4% all'abuso di sostanze psicoattive, prevalentemente oppiacei.

In linea con i dati, gli interventi realizzati sul territorio di Rimini sono nati dalla richiesta fatta al SerDP da parte degli operatori dei progetti CAS¹ che avevano osservato da un lato, la scarsa conoscenza rispetto agli effetti e alle conseguenze legate al consumo di sostanze legali (abuso di farmaci assunti con finalità analgesica ed antidepressiva) ed illegali; dall'altro, un'insufficiente consapevolezza dei percorsi di cura accessibili nei servizi specialistici territoriali. Parallelamente, il SerDP di Rimini è stato attivato dalle richieste del Comune e dalle Associazioni del terzo settore che si occupano dell'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (Msna), con l'intento di avviare un lavoro di rete sui temi delle dipendenze patologiche comportamentali. Gli interventi sul territorio di Lugo (RA) sono invece nati dalle ripetute segnalazioni: da un lato, dalla Prefettura, relative agli articoli 75 e 121 (DPR 309/90) per consumo di sostanze stupefacenti e alcoliche, che avrebbero richiesto la proposta di trattamenti individuali; dall'altro, e dai centri di accoglienza territoriali, che riportavano frequenti episodi di abuso di alcol da parte delle persone ospitate. È quindi stata avviata la realizzazione di interventi informativi/educativi di gruppo centrati per lo più su tematiche legate all'abuso di alcol, in quanto il consumo problematico di tale sostanza è stato individuato come prioritario nella popolazione destinataria.

1. Interventi nel territorio di Lugo

Nel 2018 sono stati realizzati 4 incontri educativi ed informativi condotti da una psicologa psicoterapeuta, un coordinatore infermieristico e una psicologa in formazione presso il SerDP di Lugo, coadiuvati da una psicologa della cooperativa ospitante (Martino, Vignoli, Martini, 2020). Tali interventi avevano come finalità fornire informazioni sulle caratteristiche, sui rischi e sui danni prodotti dal consumo a basso e ad alto rischio, nonché dalla dipendenza da alcol. Ulteriore obiettivo inoltre era riuscire a raggiungere una popolazione che acceda ai servizi di cura con maggiori difficoltà. Il numero totale dei partecipanti ai gruppi è stato di 40 persone, di sesso maschile, dai 19 ai 33 anni, con una



Graf. 1

media di 10 partecipanti ad incontro; il tempo medio di permanenza in Italia dei partecipanti era di un anno e sei mesi e le provenienze erano geografiche distribuite come da grafico 1.

I gruppi erano diversificati rispetto alla padronanza linguistica e alla conoscenza del territorio. Alcuni partecipanti erano inseriti all'interno di percorsi formativi e quasi tutti avevano avuto delle brevi esperienze lavorative prevalentemente in agricoltura.

Rispetto alla metodologia operativa gli incontri sono stati impostati ricorrendo alle seguenti strategie:

- attivazioni pratiche (*brain-storming* iniziale);
- esercitazione esperienziale con etilometro, spiegandone caratteristiche ed obiettivi;
- simulata attraverso un *role-playing* sugli effetti del consumo inadeguato di alcol;
- utilizzo di un'APP (AlcolDroid Alcohol Tracker), scaricabile gratuitamente sul sistema operativo Android, per consentire ai partecipanti di comprendere in modo pratico ed accessibile gli effetti dell'abuso alcolico e le modalità per prevenirlo e gestirlo;
- domande finalizzate ad aprire riflessioni condivise, utilizzando un metodo di tipo narrativo;
- contenuti informativi e educativi rispetto alle caratteristiche e ai rischi del consumo di alcol, trasmessi in un linguaggio semplificato e tradotti in inglese/francese da uno dei conduttori e, quando disponibili, da mediatori culturali.

Rispetto ai risultati, nel primo incontro il gruppo ha mostrato iniziali resistenze (non manifestate negli incontri successivi), probabilmente dovute non solo alla barriera linguistica, ma anche al fatto che, in fase preparatoria, non era stata fornita una comunicazione chiara sull'effettiva valenza sanitaria e preventiva dell'intervento (effettuato dal servizio sanitario), piuttosto che di controllo (realizzato dalle forze dell'ordine). Tale fraintendimento è emerso in modo chiaro quando è stato proposto l'etilometro e alcuni partecipanti hanno manifestato il timore che fosse una siringa per un prelievo

Note

1 I CAS, Centri di Accoglienza Straordinaria, sono rivolti a richiedenti protezione internazionale coordinati dalle Prefetture e gestiti da enti del Terzo Settore.

ematico. Tali paure sono state ristrutturare mediante la simulata: la teatralizzazione dei sintomi di abuso alcolico, realizzata da parte di un operatore, mentre un partecipante esercitava il ruolo più neutrale di un passante che subiva la comunicazione inappropriata della persona intossicata, ha immediatamente attivato il gruppo consentendo di esprimere ipotesi e fare domande sull'abuso alcolico. Particolarmente efficace è stata la scelta di far seguire le riflessioni attraverso l'APP, strumento con il quale i partecipanti si sono sentiti attivamente coinvolti. Infine, gli operatori delle cooperative hanno regolarmente realizzato *follow-up* successivi.

A distanza di quasi due mesi, i partecipanti hanno mostrato di ricordare lo schema seguito durante l'intervento e i contenuti principali, con particolare attenzione alle conseguenze del consumo di alcol in termini di salute fisica ed impatto sulle relazioni interpersonali, nonché a livello sanzionatorio e legale. Riferiscono di aver apprezzato l'uso dell'etilometro, che non conoscevano, e della APP, che li ha aiutati a dare maggior concretezza agli elementi informativi, riconoscendo che quest'ultima potrebbe essere uno strumento da utilizzare anche nella quotidianità per misurare l'alcolemia e per evitare conseguenze negative o sanzioni.

2. Interventi nei CAS di Rimini

Ad ottobre 2019 e novembre/dicembre 2022 sono stati organizzati incontri di prevenzione rivolti agli abitanti di due CAS del territorio di Rimini. È stato effettuato un incontro di due ore per ciascun progetto svolto nei centri di accoglienza, alla presenza degli operatori che vi lavorano. Gli interventi sono stati gestiti anche da un'educatrice professionale del SerDP e da una psicologa del progetto Circolando (Cooperativa Sociale Cento Fiori), con competenze specifiche in materia di immigrazione ed etnopsicoterapia. Gli interventi sono stati supportati e tradotti da mediatori culturali di lingua Bangla, Urdu, Inglese, Francese, Arabo e Bambara messi a disposizione dalla cooperativa. Nel 2019 hanno partecipato al progetto 52 persone, tutti uomini dai 19 ai

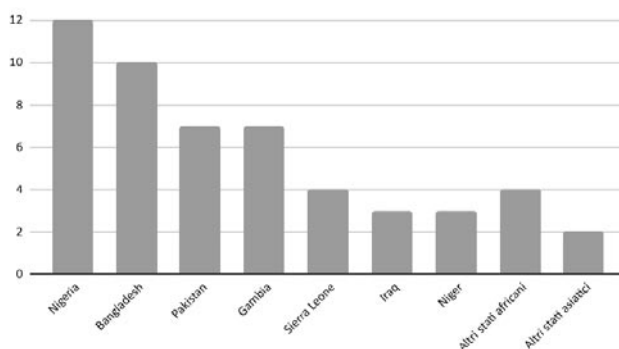
41 anni, mentre nel 2022 hanno partecipato al progetto 49 persone, tutti uomini dai 20 ai 38 anni. Le provenienze principali sono indicate nel grafico 2 e grafico 3.

Gli incontri sono sempre iniziati con un lavoro di *brainstorming* collettivo sulle parole "droga" e "dipendenza", volto ad indagare il livello di conoscenza nei partecipanti e a capire stili ed usi di consumo nei Paesi di origine, in modo da poter meglio declinare i contenuti dell'incontro. Sono state quindi presentate slide con video ed immagini al fine di supportare ciò che veniva detto. I diversi temi affrontati sono stati adattati alla quotidianità e alle storie delle persone che hanno partecipato all'incontro, in modo tale da rendere ciò che veniva detto più utile e comprensibile e in modo da creare un setting in cui esse non si sentissero giudicate nei loro comportamenti.

Fraasi come: "La preoccupazione che deriva dal tanto tempo passato ad aspettare il permesso di soggiorno provoca molto stress e spesso si prova a consumare alcool per smettere di pensare" hanno aiutato a far sì che le operatrici venissero percepite come più vicine al mondo dei partecipanti che, di conseguenza, a loro volta si sono sentiti compresi e autorizzati a fare domande e a chiedere informazioni. Gli incontri strutturati in questo modo avevano infatti diverse finalità: aumentare nei destinatari la consapevolezza relativa sia all'assunzione di sostanze stupefacenti, farmaci e psicofarmaci, sia ai comportamenti a rischio come il gioco d'azzardo; fornire una panoramica generale sui diversi servizi presenti sul territorio; dare maggiori informazioni rispetto all'uso di sostanze come autocura e anticipare possibili alternative per lenire i pensieri e le sofferenze sia fisiche che psicologiche; informare su norme e legislazione legate al consumo e alla compravendita di sostanze stupefacenti ed, in particolare, sulle ricadute che questi possono avere sui percorsi di regolarizzazione del permesso di soggiorno.

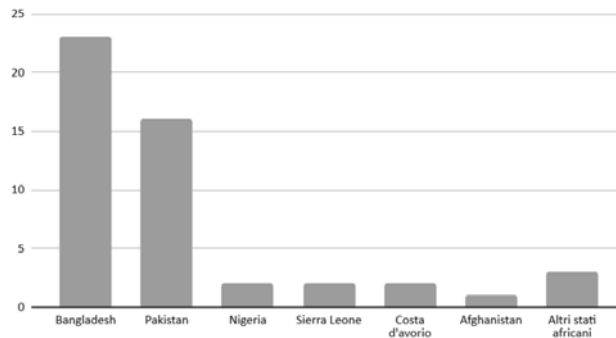
Durante gli incontri è stato messo a disposizione materiale informativo semplificato e multilingue, sia sulle diverse sostanze che sugli aspetti legati al consumo ed alla

Provenienze dei partecipanti nel 2019 Rimini



Graf. 2

Provenienze dei partecipanti 2022 Rimini



Graf. 3

diffusione delle stesse, oltre che sui servizi socio-sanitari del territorio ai quali le persone si possono rivolgere per ricevere cura, informazioni e prevenzione.

3. Gruppo di lavoro per Minori Stranieri Non Accompagnati

I referenti del progetto SAI (Sistema di accoglienza e integrazione) del Comune di Rimini, in rete con i servizi del territorio, hanno espresso il bisogno di approfondire con l'utenza ospitante tematiche relative alle dipendenze patologiche comportamentali, con focus sui temi del *gaming*. Nell'estate del 2022 è così nato un tavolo di lavoro, costituito dal personale del Comune di Rimini, quale gestore del progetto SAI, un'educatrice professionale del SerDP ed operatori della cooperativa Papa Giovanni XXIII e Il Millepiedi. Il gruppo ha rappresentato uno spazio di confronto sulle possibili azioni da mettere in atto, a partire dall'osservazione effettuata dagli operatori i quali, condividendo tempi e spazi di vita dei giovani ospiti, hanno notato un notevole incremento del tempo impiegato nell'attività di gioco online, in particolar modo a seguito del periodo di pandemia da Covid-19. Diversi studi dimostrano come la pandemia da Covid-19 abbia avuto un impatto sia sul fenomeno migratorio in sé che sull'amplificazione di rischi quali: incertezza sul futuro, difficoltà economiche, perdita dei propri cari, isolamento e paura (OIM, 2020); che a loro volta determinano conseguenze negative sulla salute mentale e sui comportamenti patologici (Pompidou Group, 2022). In coerenza con queste osservazioni, è stato avviato con l'équipe prevenzione del SerDP di Rimini un progetto di prevenzione selettiva, con l'obiettivo di aumentare nei Msna la consapevolezza del proprio utilizzo dei videogame ed orientare i ragazzi verso scelte di uso ragionate, offrire loro uno spazio in cui fare domande, riflettere ed aumentare la conoscenza dei servizi utili in caso di necessità. Il progetto è stato avviato a febbraio 2023, pensato come un ciclo di due incontri per ciascun gruppo di Msna. Ogni incontro è stato realizzato con la presenza degli operatori di riferimento e di mediatori culturali di lingua Bangla, Arabo e Pashtu, presso la sede della casa ludica *A Good Game Space*, messa a

disposizione dal Comune di Rimini ed usufruita dal SerDP di Rimini per attività di prevenzione e formazione – e realizzato da un'educatrice professionale del SerDP e da una psicologa del progetto Circolando (Cooperativa Cento Fiori). Gli incontri sono stati strutturati in modo da poter affrontare, inizialmente, gli elementi del gaming tramite attivazioni pratiche (*brainstorming*) e di ragionamento con l'uso di video e materiali utili a conoscere sia il gruppo, sia il punto di vista di ogni singolo giocatore, il suo coinvolgimento emotivo e l'approfondimento di aspetti educativi utili alla gestione dell'attività all'interno della propria vita. L'inquadramento iniziale del gruppo ha permesso, successivamente, di avviare, nella seconda giornata, un lavoro di riflessione condiviso con tutti i partecipanti rispetto al tempo e alle regole di uso del dispositivo elettronico, con l'obiettivo di lavorare in favore di una maggiore autonomia di gestione dello stesso. Ad oggi è stato realizzato un ciclo di incontri con un gruppo di 8 partecipanti tra i 16-17 anni provenienti dal Pakistan, Bangladesh, Egitto, Afghanistan. Al gruppo sono stati consegnati dei questionari somministrati in forma anonima, nello specifico, un questionario pre-intervento creato ad hoc dal servizio finalizzato a conoscere il livello di interesse e di coinvolgimento nell'attività di gaming da parte del gruppo singolo, uno di gradimento e il questionario ACE² dal quale non è emersa la presenza di esperienze traumatiche. Come da grafico 4, la maggior parte degli intervistati riporta di giocare più di 4 ore al giorno, quale indicatore potenzialmente predittivo dello sviluppo di un comportamento problematico per il funzionamento socio-relazionale. Dal questionario è inoltre emerso che il periodo di inizio dell'attività di gaming spesso corrisponde all'arrivo del minore in Italia.

La metodologia adottata, grazie anche ai dati emersi, ha permesso di favorire la costruzione di un pensiero ragionato e condiviso sul gaming ed il suo uso, oltreché di normalizzare, anziché patologizzare, l'attività e la sua presenza nella vita quotidiana.

Conclusioni

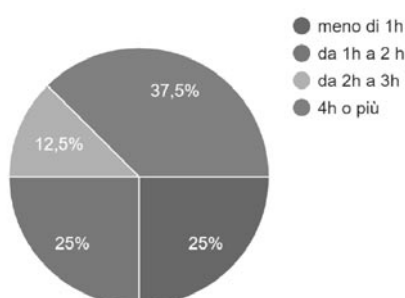
Gli interventi di gruppo descritti sono frutto di ragionamenti tra il SerDP, le équipe dei centri CAS e SAI e la Prefettura, al fine di raggiungere una maggior popolazione di utenti destinatari, evitare accessi impropri al Servizio Dipendenze Patologiche e stigmatizzare ulteriormente le persone migranti.

Note

² Questionario ACE (*Adverse Childhood Experience*), si riferisce alle esperienze traumatiche o stressanti che possono interferire con i normali processi di sviluppo.

Quante ore pensi di giocare al giorno?

8 risposte



Graf. 4

Sappiamo che i fattori di rischio e protezione rispetto all'uso di sostanze e ai comportamenti di dipendenza patologica variano a seconda di età, cultura, provenienza, storia di vita e contesto. Lo scopo di ogni intervento di prevenzione è quello di potenziare i fattori di protezione, in modo che possano efficacemente contrastare quelli di rischio; partendo da questo presupposto, è indispensabile che le azioni di prevenzione all'uso di sostanze e ai comportamenti patologici che si rivolgono a cittadini stranieri tengano conto non solo della cultura di provenienza ma anche degli elementi che caratterizzano i processi migratori, i centri di accoglienza e le pratiche legali legate allo status di migrante, che influenzano le vite e gli stili di comportamento delle persone che attraversano questi percorsi.

Tra le barriere, invece, che impediscono alle persone straniere di accedere ai servizi dedicati alle dipendenze patologiche sono state documentate in letteratura, la mancanza di modelli di trattamento culturalmente orientati e la carenza di conoscenze specialistiche da parte degli operatori sanitari rispetto a caratteristiche e motivazioni delle persone destinatarie (McCleary e al, 2016). Un intervento può essere efficace solo se viene diversificato rispetto ai peculiari bisogni delle persone, cogliendone la complessità, piuttosto che temendo la loro diversità o provando ad adattare le necessità delle persone straniere ai servizi già presenti per la popolazione locale (Kane e Greene, 2018). Questo significa provare a pensare oltre agli interventi culturalmente orientati: le persone che migrano non sono, infatti, solo rappresentanti delle proprie culture di provenienza ma sono persone in movimento con storie e culture che si modificano e si mescolano con i contesti di arrivo (Losi, 2020). Dunque, sebbene sia necessario, non è sufficiente conoscere i modelli di consumo di una determinata cultura, ma occorre esplorare e comprendere di volta in volta le conoscenze e gli stili di vita di chi si ha davanti e provare il più possibile a declinare gli interventi in modo personalizzato (es. attraverso esercizi di gruppo, discussioni e questionari). Infatti gli interventi maggiormente efficaci sono quelli basati sui bisogni espressi dalle persone, consapevoli della loro cultura ma anche delle loro storie e traiettorie di vita.

Sulla base dell'esperienza svolta e delle osservazioni riportate, proponiamo alcune suggestioni per programmare interventi futuri:

1. diffondere nei centri di accoglienza questionari e materiale informativo relativi all'uso di sostanze, alcol e farmaci, per conoscere la peculiarità dei bisogni del gruppo presente, con l'obiettivo di migliorare gli interventi adattando i contenuti e le modalità sulla base dei risultati emersi, e per aumentare le competenze per la prevenzione e la gestione dei fenomeni di consumo da parte persone migranti,

2. formare dei *peer educator* nelle comunità di riferimento, in modo che possano affiancare le operatrici negli interventi e informare in autonomia le proprie comunità rispetto ai comportamenti patologici.

Infine, è fondamentale sottolineare come spesso i comportamenti di abuso e dipendenza patologica delle persone migranti siano correlati, a sofferenze fisiche e psicologiche pre-esistenti la partenza o legati al processo migratorio stesso; le sostanze o i comportamenti a rischio vengono in questi casi utilizzati al fine di autocura o per tenere sotto controllo la sintomatologia (Vasic et al, 2021). Per questo, durante gli interventi è raccomandabile fare riferimenti al malessere e informare le persone anche degli altri servizi presenti sul territorio, come il Centro di Salute Mentale, con cui sarà indispensabile fare sempre più rete, anche negli interventi di prevenzione. Le persone migranti sono, infatti, portatrici di bisogni complessi e obbligano per questo a pensare sempre di più a progetti collettivi, articolati e in connessione con altri servizi sia pubblici che privati. Gli interventi dovrebbero riflettere la natura stessa delle persone a cui si rivolgono: mai statici, in movimento e aperti al cambiamento.

Co-autori

Sara Montuori, *Educatrice Professionale, SerDP RN*

Nicoletta Russo, *Psicoterapeuta, Cooperativa Sociale Cento Fiori RN*

Bibliografia

- EMCDDA, *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services*, 2017.
- FRA, *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 EU Member States*, European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna, 2011.
- Kane JC, Greene MC, *Addressing Alcohol and Substance Use Disorders among Refugees: A Desk Review of Intervention Approaches*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2018.
- Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA (2016) *Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review*. PLoS ONE 11(7):e0159134. doi:10.1371/journal.pone.0159134.
- International Organization for Migration, *World Migration Report 2020*, 2020.
- Losi N, *Critica del Trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*. Quodlibet Studio, 2020.
- Martino E, Vignoli T, Martini A. *Interventi di prevenzione alcolologica con gruppi di richiedenti protezione internazionale: metodologia ed esiti di un'esperienza operativa*. Alcolologia. 39, pp. 21-31, 2020.
- McCleary J, Shannon P, Cook T, *Connecting Refugees to Substance Use Treatment: A Qualitative Study*. Soc Work Public Health, 2016.
- Pompidou Group. *Intercultural Responses to drug-related challenges for refugees, migrants and IDPS – Handbook for professionals working in the field of addictions with refugees, migrants and internally displaced persons*, 2022 – <https://rm.coe.int/handbook-for-professionals-pg-09-11-2022/1680a8eb65>.
- Vasic J, Grujicic R, Toskovic O, Pejovic Milovancevic M, *Mental Health, Alcohol and Substance Use of Refugee Youth*. Front Psychiatry, 2021. e Emilia-Romagna, *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna*. Ed. 2022.

Approcci di prossimità e servizi a bassa soglia

Interventi tutela salute della popolazione esposta a marginalizzazione sociale nell'AUSL di Bologna

Marianna Parisotto, Dolores Celona, Samantha Giudice, Ferdinando Cerrato, Valeria Gentilini, Nadia Assueri, Leonardo Mammana, Francesco Santacroce, Madeleine Kana, Agnese Drusiani, Alessio Crotti, Meri Bassini

ABSTRACT

Negli ultimi anni l'AUSL di Bologna ha avviato dei percorsi a bassa soglia al fine di garantire equità nell'accesso alle cure per le persone migranti ed esposte a marginalizzazione sociale. La UOC Dipendenze Patologiche e Assistenza alle popolazioni vulnerabili e bassa soglia e il Gruppo Migranti e Vulnerabilità hanno l'obiettivo di ridurre le barriere di accesso e la discontinuità delle cure, migliorare la competenza culturale nei servizi, rilevare precocemente le condizioni di vulnerabilità, facilitare la fruizione dei percorsi di cura già esistenti nel servizio pubblico, fornendo supporto laddove necessario. Nel 2022 sono state svolte: 106 prese in carico del servizio Dipendenze Patologiche, 90 prese in carico nelle strutture di accoglienza per senza dimora, 170 prime visite di screening sanitario con MSNA e 30 con RTPI adulti vulnerabili. Sono state valutate 50 segnalazioni di vulnerabilità ricevute dalle realtà del territorio con l'avvio di 20 percorsi di supporto psicologico. Gli elementi cardine dell'esperienza, che al contempo rappresentano gli ambiti da rafforzare, sono l'intercettazione precoce delle vulnerabilità attraverso il rafforzamento delle competenze degli attori coinvolti; l'integrazione socio-sanitaria nella pratica clinica quanto nella programmazione sanitaria; l'istituzione di un sistema di governance definito in ambito salute, migrazione e marginalizzazione sociale.

“Non possiamo adattare le domande nuove ed incomprensibili che ci circondano, periferiche ai campi disciplinari a noi noti, alle risposte che già abbiamo. Le domande nuove devono sfidarci a costruire ciò che non c'è ancora: la clinica della precarietà. Solo così queste domande manterranno il loro straordinario potere trasformativo e creativo”.
(Benedetto Saraceno, 2022)

Rif.
Marianna Parisotto, Medico,
UOC Dipendenze patologiche
e Assistenza popolazioni vulnerabili e bassa soglia,
DSM-DP, AUSL Bologna
327 8191856
marianna.parisotto@ausl.bologna.it

Introduzione

Da Novembre 2020 nell'AUSL di Bologna è stato costituito il Programma Integrato per le Dipendenze Patologiche, poi

confluito nella UOC Dipendenze Patologiche e Assistenza alle popolazioni vulnerabili e bassa soglia, nato dalla necessità di garantire un intervento clinico adeguato a persone con problemi di dipendenze patologiche e al contempo in condizioni di marginalizzazione sociale (come le persone senza dimora), per cui spesso è difficile una presa in carico “ordinaria” da parte dei servizi. È stato dunque istituito e poi implementato questo servizio che avesse come focus l'integrazione tra i servizi territoriali per la cura della persona, venendo incontro alle persone vulnerabili in condizione di grave emarginazione sociale, nonché alla popolazione detenuta.

Negli ultimi anni inoltre si sono moltiplicate le azioni volte a migliorare la tutela della salute della popolazione immigrata presente sul territorio. Come sappiamo, il profilo di salute della popolazione migrante è caratterizzato da un lato dai bisogni associati ai recenti e drammatici flussi migratori (con fenomeni di violenze, traumi, tratta e sfruttamento); dall'altro lato si evidenzia, in relazione al tempo di permanenza, un progressivo sviluppo di patologie croniche, fino al raggiungimento di una prevalenza anche superiore a quella della popolazione italiana, ma con esiti peggiori (WHO, 2018; Mammana, 2020). A deteriorare le condizioni di salute concorrono i fenomeni multipli di oppressione (razzismo e altre forme di discriminazione) che portano a condizioni di deprivazione e quindi a maggiore esposizione di fattori patogeni, a cui si sommano i diversi tipi di barriere d'accesso alle cure, quali la discontinuità dello status giuridico-legale, le barriere economiche, amministrativo-burocratiche, di tipo linguistico-culturale (Bailey, 2017).

In Emilia-Romagna, un passaggio fondamentale in ambito salute e migrazione è rappresentato dalla Delibera di Giunta Regionale (DGR) 1770/2021 che dà mandato a tutte le AUSL della Regione di istituire i Gruppi Migranti e Vulnerabilità (GMV). Nell'AUSL di Bologna è stato quindi attivato un gruppo multidisciplinare stabile, composto da professionisti sanitari e sociali afferenti ai diversi Dipartimenti (Salute Mentale, Cure Primarie, Sanità Pubblica, Attività Amministrative, Dip. Ospedalieri e referente per il servizio di mediazione) impegnati nella tutela e promozione della salute della popolazione immigrata, con particolare attenzione alle persone con condizioni di vulnerabilità. Il gruppo che si è costruito finora ha lavorato per consolidare le competenze e le collaborazioni già esistenti in AUSL, curando gli spazi di raccordo tra servizi e amplificando le intersezioni possibili. Inoltre il gruppo ha raccolto le pratiche sperimentate nei progetti FAMI ed europei (come START-ER 1 e 2, ICARE, SEMPRES), volti a migliorare la rilevazione dei bisogni di salute e l'accesso alle cure, ad implementare servizi di tutela delle persone in condizioni di vulnerabilità psicologica, psichiatrica e sanitaria secondo le linee guida nazionali sulla salute dei migranti (Ministero della salute, 2017; INMP, ISS, 2017).

Questi processi hanno il comune obiettivo di costruire percorsi di facilitazione all'accesso e di tutela dell'adesione alle cure per le persone vulnerabili esposte a marginalizzazione sociale. Il fine deve essere quello di costruire spazi capaci di supportare l'alleanza terapeutica nella relazione tra il paziente e i servizi e di migliorare la comprensione delle proprie vulnerabilità, che spesso intrecciano il piano sociale e sanitario, agendo dunque su *concordance* e *adherence* al trattamento.

Organizzare servizi territoriali culturalmente competenti significa infatti incidere sulla capacità di intervento precoce e di prevenzione, sia nell'ambito della salute mentale che delle cure primarie, lavorando sulla riduzione dello stigma e sulla promozione dell'*empowerment*, supportando l'adesione alle cure. L'impatto di questa modalità di lavoro è quello di consentire che tale intervento sia focalizzato non solo sulla risoluzione dell'acuzie ma sulla costruzione di un percorso di cura che agisca in ambito preventivo e di continuità terapeutica, sfruttando il potere della relazione. Lo scopo della ridefinizione di tali servizi deve essere dunque quello di sperimentare e rendere solido un approccio che abbandoni l'egemonia del modello biomedico in favore di uno improntato sulla “sofferenza sociale”, che implica risposte più complesse e complessive promuovendo il coinvolgimento delle persone nei processi decisionali, arrestando così il ciclo esclusione-sofferenza-malattia-internamento (Saraceno B, 2022).

1. Breve descrizione: le attività e l'approccio di lavoro

La UOC Dipendenze patologiche e Assistenza popolazioni vulnerabili e bassa soglia è composta da un servizio che si occupa del trattamento delle dipendenze patologiche rivolta ai pazienti vulnerabili che vivono in condizioni di grave emarginazione sociale, in linea con le indicazioni italiane sulla riduzione del danno (Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2022).

Questo servizio è strutturato con un ambulatorio “di terra” presso la Casa della Salute Porto-Saragozza (CdS) e un ambulatorio mobile che si muove raggiungendo diversi punti della città individuati come punti critici di sosta dei consumatori in strada. Gli ambulatori funzionano dal lunedì al sabato garantendo la somministrazione quotidiana della terapia sostitutiva per pazienti con problematiche di dipendenza. L'accesso al servizio e la presa in carico sono mediati da Unità di Strada (UdS) e dal Servizio Sociale Bassa Soglia (SBS) sotto il coordinamento di ASP Città di Bologna – Area Grave Emarginazione Adulti (ASP-GEA). Gli operatori dei suddetti servizi garantiscono l'accompagnamento dei pazienti alla prima visita, rendendo possibile il riconoscimento anche in assenza di documenti e sostenendo la continuità della relazione e l'integrazione della presa in carico. All'ambulatorio accedono dunque persone sprovviste di documenti, residenza e che non hanno i requisiti per essere presi in carico da un

SerDP territoriale. Possono accedere con lettera di dimissione anche i pazienti che hanno terminato la detenzione e che durante il periodo di restrizione sono stati in carico al servizio dipendenze della Casa Circondariale. Inoltre, con cadenza settimanale i medici del servizio effettuano visite specialistiche sia di continuità che prime valutazioni per eventuale invio presso i CSM territoriali nelle due strutture di accoglienza per persone senza dimora gestite da ASP-GEA (Centro Rostom e Centro Beltrame) in cui è presente un ambulatorio di continuità assistenziale.

L'assistenza quotidiana nei Centri Rostom e Beltrame è garantita dal personale infermieristico della UA Assistenza Penitenziaria, Centro CASA e Senza Dimora. Gli infermieri, presenti dal lunedì al venerdì, si occupano della continuità dei percorsi di cura, in stretta integrazione con il personale sociale ed educativo dei centri e di SBS. In tali strutture vengono inoltre svolte, con cadenza settimanale, le visite di medicina generale per le persone prive di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR) o con altre barriere d'accesso, avviando la presa in carico e il raccordo tra i servizi sociali e sanitari coinvolti. In questi centri di accoglienza si realizza anche il Progetto Dimissioni Protette per persone senza dimora, dedicato alle persone prive di un luogo accogliente dove passare il periodo di convalescenza al momento della dimissione ospedaliera. Negli spazi della Casa della Salute Porto-Saragozza, sempre nella cornice del GMV, sono state avviate attività dedicate alle persone senza dimora, migranti e richiedenti protezione internazionale (RTPI) recentemente giunti in Italia (come il presidio vaccinale bassa soglia). Vengono inoltre svolte le prime visite sanitarie con minori stranieri non accompagnati (MSNA) e RTPI adulti e nei casi complessi viene garantito il supporto infermieristico transculturale, con attività di prevenzione, educazione sanitaria, continuità assistenziale, in raccordo coi servizi sociali e sanitari coinvolti.

Un altro importante filone di attività è la valutazione delle segnalazioni provenienti da altri servizi AUSL (come la NPIA – Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, i Centri di Salute Mentale) e di enti del terzo settore, volontariato e servizi sociali, relative alle vulnerabilità psicologiche, psichiatriche e sanitarie di tale popolazione. Dopo attenta fase di osservazione e diagnosi, quando possibile viene supportata la presa in carico nella rete dei servizi territoriali, mentre laddove necessario vengono avviati dei percorsi di cura, applicando il concetto di *recovery* (Davidson, 2012). I percorsi di psicoterapia *recovery oriented* si fondano su un approccio integrato che tiene conto della risignificazione e dell'elaborazione insieme al paziente dei vissuti e dei sintomi, declinandoli nella cultura di appartenenza, secondo un approccio di salute mentale che incorpora l'autodeterminazione, l'assistenza individualizzata, l'autogestione declinata con valori come l'inclusione sociale, l'integrazione nel territorio. Secondo le linee guida del

Ministero della Salute gli interventi di salute mentale sui richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale dovrebbero avere come scopo elaborare e integrare i vissuti traumatici, incentivare la ricostruzione dei legami sia nella nuova realtà migratoria che nel contesto di nascita (Ministero della Salute, 2017). La peculiarità delle prese in carico transculturali in salute mentale e i trattamenti psicofarmacologici e psicoterapeutici tengono conto dei dispositivi culturali, si basano sulla collaborazione con i mediatori culturali, seguono traiettorie parallele lavorando sinergicamente affinché possano diventare interventi di cura e di prevenzione calibrati su ogni singolo individuo (NICE, 2018). In sintesi, attraverso le azioni integrate di prossimità, l'approccio del gruppo di lavoro è quello di fungere da porta d'ingresso al SSR per le persone che incontrano barriere e difficoltà nell'interfaccia coi servizi e, laddove possibile, di facilitare la fruizione dei percorsi di cura già esistenti. Adottando un approccio transculturale alla cura, il gruppo di lavoro intende rispondere in maniera adeguata ai bisogni e promuove competenze che consentono di venire incontro al background culturale della persona, aspetto fondamentale per contrastare i processi di esclusione.

2. Risultati raggiunti: dati sulle attività del 2022

Sono di seguito presentati alcuni dati dell'anno 2022, relativi ai diversi filoni di attività assistenziale che rientrano nella cornice del Gruppo Vulnerabilità e Migranti.

- Dipendenze patologiche

Le prese in carico effettuate sono state 106, di cui il 66% (n=70) sono pazienti accompagnati da UdS, mentre il 34% proviene da altre fonti di segnalazione (come accoglienze, giustizia minorile e ordinaria). I pazienti sono prevalentemente uomini (91%, n=96) con un rapporto F:M di 1:10 e circa due terzi (n=68) sono di origine straniera. La media d'età dei pazienti è di 38.7 (+/-10.1) anni. Il 77% ha fatto accesso per problematiche legate a sostanze stupefacenti e/o farmaci mentre il 23% per problematiche legate all'uso di alcool. La maggior parte dei pazienti frequenta l'ambulatorio della CdS, mentre il 37% (n=40) si rivolge all'ambulatorio mobile.

- Ambulatorio senza dimora

Presso i Centri Rostom e Beltrame sono state prese in carico 90 persone, di cui 16 entrate in struttura nel contesto del Progetto Dimissioni Protette. La maggior parte delle persone è di origine straniera (73,3%, n=66) e sono largamente rappresentati gli uomini (5 donne, 85 uomini). L'età delle persone accolte varia da 18 anni (rari casi di stranieri neo-maggioresni) a 65 (età in cui SBS provvede a passare la competenza ai servizi dedicati alle persone anziane).

- Prime visite per MSNA e RTPI

L'ambulatorio è stato avviato a febbraio per i MSNA e a ottobre per le persone RTPI adulte. Sono state svolte 170 prime visite

coi MSNA, tutti di sesso maschile e di età compresa tra i 14 e i 18 anni, originari prevalentemente da Tunisia (18,8%), Albania (11,2%), Egitto, Somalia, Pakistan (tutte al 6,5%), Gambia (4%), sono meno rappresentate altre provenienze.

Le prime visite con persone RTPI adulte sono dedicate prevalentemente alle persone con condizioni di vulnerabilità che non sono ancora in carico ad altri servizi. Da ottobre a dicembre sono state svolte 30 visite con una popolazione quasi tutta femminile (ad eccezione di 3 uomini giunti in Italia tramite corridoi umanitari), prevalentemente originaria dalla Costa d'Avorio (43%), seguite da Eritrea, Camerun e altre provenienze meno rappresentate.

- Segnalazioni di vulnerabilità psichica

Da aprile sono state ricevute 50 segnalazioni relative alla salute mentale. Tali segnalazioni riguardano prevalentemente MSNA prossimi alla maggiore età segnalati dalla NPIA (prevalentemente tunisini e somali). I principali disturbi riscontrati risultano essere Disturbi post traumatici da stress, Disturbi di adattamento, Disturbi da Trauma complesso, disturbi da ansia generalizzata, disturbi da somatizzazione, sintomatologia di tipo depressivo, donne vittime di violenza e tratta in continuità con il Consultorio familiare e Centro per la Salute delle Donne Straniere e loro Bambini (maggiormente provenienti da Camerun e Nigeria). È stata avviata la presa in carico per supporto psicologico *trauma oriented* per 20 persone, di età compresa tra i 17 e i 35 anni: 14 donne (10 con disturbo post traumatico da stress e sintomatologia ansiosa-depressiva 4 con trauma complesso e disturbi da somatizzazione) e 6 uomini (4 con disturbo post traumatico da stress, 2 con disturbo di adattamento e sintomatologia depressiva). Nei rimanenti 30 casi, dopo discussione con la realtà segnalante, le persone sono state indirizzate ai servizi appropriati (come il Servizio di Consultazione Culturale, il Servizio Giovani Consumatori) o ad associazioni per l'inserimento in gruppi di parola, laboratori esperienziali o attività di inclusione sociale e volontariato. Sono stati inoltre avviati 2 percorsi di supervisione con delle comunità di accoglienza.

3. Alcune considerazioni

L'avvio delle attività rivolte alla popolazione immigrata risponde a un bisogno presente da molto tempo sui nostri territori, in quanto la migrazione non è un fenomeno emergenziale ma strutturale in un mondo globalizzato, segnato da disuguaglianze, conflitti, sfruttamento, violenza e dominio. Di conseguenza, le istituzioni pubbliche hanno il dovere di leggere e farsi carico dei bisogni di salute che ne derivano, mettendo in campo le competenze e le risorse adeguate a tali complessità (SIMM, 2022).

L'apertura di un servizio stabile rivolto a questa popolazione permette di costruire percorsi istituzionali inseriti a pieno titolo nel sistema dei servizi e con una prospettiva di lungo

termine, il *ché* rappresenta un aspetto cruciale che rafforza la capacità di intervento del SSR. Tuttavia, il servizio avviato nell'AUSL di Bologna non ha ancora sviluppato la capacità di farsi carico dell'entità e della complessità del bisogno che caratterizza il nostro territorio e per il quale è necessario rafforzare le risorse e le competenze in campo. Va considerato però che il processo di istituzione del Gruppo Migranti e Vulnerabilità è nuovo e in corso: coerentemente col mandato regionale, l'AUSL sta formalizzando la costituzione dell'équipe multidisciplinare, che secondo la DGR 1304/2022 deve includere le seguenti professionalità: medica, ginecologica, ostetrica, pediatrica, infermieristica, psicologica, psichiatrica, medico-legale, di sanità pubblica, l'assistenza sociale e la mediazione linguistico-interculturale. Il gruppo di lavoro sta dunque rafforzando e ampliando le collaborazioni tra professionisti e tra servizi, e auspicabilmente nel prossimo periodo la capacità di rispondere ai bisogni potrà consolidarsi.

Nel corso dell'anno 2022, inoltre, è stata svolta un'iniziale mappatura delle realtà del terzo settore e volontariato, che include la raccolta delle criticità che tali realtà vivono in ambito salute e accesso alle cure e la ricognizione delle risorse presenti all'interno della rete. Il coinvolgimento delle realtà del territorio, inclusa l'università, ha fornito una lettura più articolata delle criticità esistenti, contribuendo a costruire delle preziose basi su cui costruire il lavoro per gli anni a venire.

Aspetti migliorativi e conclusioni

Gli elementi cardine di quest'esperienza, qui di seguito riassunti, sono ciò che ne caratterizzano la specificità e sono al contempo gli aspetti che richiedono una maggiore profondità e una più fine articolazione in modo da rendere il servizio capace e competente di fronte ai bisogni complessi che vi si presentano.

Poiché per comunità intendiamo la comunità che cura, o meglio che sa prendersi cura, l'intercettazione precoce delle vulnerabilità, anche attraverso il rafforzamento delle competenze di tutti gli attori coinvolti sul territorio, integrato con strategie di facilitazione dell'accesso ai servizi e sperimentazioni di prossimità, rappresentano azioni fondamentali che ci avvicinano alla sofferenza delle persone più fragili con tempestività. Questo ci permette di co-costruire con la persona un percorso possibile e sostenibile di cura e di inclusione che deve avere l'obiettivo di rendere la persona una risorsa nella comunità, che a sua volta deve essere una comunità che cura e che accoglie. Applicare il concetto di *recovery* nella progettazione dei percorsi di cura significa allontanarsi da una comprensione superficiale della malattia mentale, come patologia che necessita la sola stabilizzazione del sintomo (Davidson, 2012), per favorire la costruzione di una relazione di cura e di reciprocità tra persona, comunità e servizi. Un elemento fondante nella costruzione di tali progettualità è l'integrazione sociale e sanitaria; nello specifico, negli ambiti

senza dimora e dipendenze patologiche, in cui è stata maturata l'esperienza nel corso degli anni, sono stati adottati dispositivi di raccordo tra il settore sanitario e il settore sociale che si declinano in valutazioni congiunte, prese in carico integrate, tavoli periodici di confronto e discussione dei casi, tavoli di coordinamento. Nell'ambito migranti e RTPI, essendo un campo di lavoro istituito più recentemente, l'integrazione sanitaria e sociale si svolge prevalentemente attraverso il confronto e il lavoro congiunto sui casi specifici, mentre sono ancora da stabilizzare i tavoli periodici di confronto e di coordinamento. L'approccio integrato sociale e sanitario in tali contesti di lavoro è un elemento imprescindibile sia nella pratica clinica e sia nella programmazione socio-sanitaria; per questo deve essere maggiormente implementato a ogni livello (da quello organizzativo a quello operativo) attraverso nuovi e sperimentali strumenti, spazi e approcci di lavoro congiunto. I servizi devono quindi sviluppare la capacità di mettere al centro del percorso di cura la persona stessa, in quanto portatrice non solo di bisogni ma della sua esperienza vissuta, e quindi di risorse e desideri, secondo i principi della partecipazione della comunità e dell'autodeterminazione della persona (Loewenson et al., 2014).

Le sfide complesse che il sistema sanitario incontra nell'ambito della migrazione e della marginalizzazione sociale pongono la necessità di orientare i servizi in senso di integrazione e competenza culturale; una tale trasformazione richiede la presenza di un sistema di *governance* definito in ambito salute, migrazione e marginalità a livello regionale e

Co-autori

Dolores Celona, psichiatra, UOC Dipendenze patologiche e Assistenza popolazioni vulnerabili e bassa soglia, DSM-DP, AUSL Bologna

Samantha Giudice, psicologa, UO Psicologia territoriale, DSM-DP, AUSL Bologna

Ferdinando Cerrato, psichiatra, UOC Dipendenze patologiche e Assistenza popolazioni vulnerabili e bassa soglia, DSM-DP, AUSL Bologna

Valeria Gentilini, medica di sanità pubblica, Dipartimento delle Cure primarie, AUSL di Bologna

Nadia Assueri, coordinatrice assistenziale, UA Assistenza penitenziaria, Centro CASA e Senza dimora, DSM-DP, AUSL Bologna

Leonardo Mammana, medico di sanità pubblica, dottorando di ricerca, Università di Bologna, Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale

Francesco Santacroce, infermiere, UA Assistenza penitenziaria, Centro CASA e Senza dimora, DSM-DP, AUSL Bologna

Madeleine Kana, infermiere, UA Assistenza penitenziaria, Centro CASA e Senza dimora, DSM-DP, AUSL Bologna

Agnese Drusiani, educatrice professionale, UA Assistenza penitenziaria, Centro CASA e Senza dimora, DSM-DP, AUSL Bologna

Alessio Crotti, psicologo, UO Psicologia territoriale, DSM-DP, AUSL Bologna

Meri Bassini, psichiatra, Direttrice UOC Dipendenze patologiche e Assistenza popolazioni vulnerabili e bassa soglia, DSM-DP, AUSL Bologna

delle AUSL, che abbia la capacità di promuovere e coordinare le politiche e gli interventi sulla salute dei migranti, coinvolgendo attivamente i rappresentanti degli altri settori, a partire da quello sociale (Ministero della Salute, 2020). Di fatto il processo in corso va in questa direzione; è auspicabile dunque che il gruppo di professionisti coinvolti possa rafforzare le capacità di analisi del bisogno e di formulare le proposte operative adeguate per il servizio pubblico; che possa garantire il dialogo e la collaborazione tra i diversi ambiti del SSR e che possa contare su dispositivi di raccordo con gli enti locali e le realtà del territorio, in modo da poter costruire una programmazione strategica di interventi efficaci e rispondenti ai bisogni di salute rilevati.

Per concludere, la tutela della salute delle persone esposte a marginalizzazione sociale pone la necessità di esplorare approcci di prossimità, di transculturalità, di ridefinizione dello spazio e della relazione di cura. Questo è un campo che apre a sperimentazioni che necessariamente si costruiscono nel segno dell'equità e del contrasto alle disuguaglianze, e che per questa peculiarità permette di apprendere strumenti che possono essere estesi alla pratica e alla programmazione rivolta a tutta la popolazione.

Bibliografia

AA.VV. Ministero della Salute, SIMM, ACPPCLMM (2020), *Format nazionale per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali per la salute della popolazione immigrata*. Pubblicazione finale del progetto FOOTPRINTS.

ZD Bailey, N Krieger, M Agénor, J Graves, N Linos, MT Bassett (2017), *Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions*. *Lancet* 2017; 389: 1453-63

Davidson L., Tondora J., lawless M. Staehli (2012) *Recovery in Psichiatria*, Erikson.

INMP, ISS, SIMM, (2017) *I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli*. Programma "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti".

Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z (2014), *Participatory Action Research in health systems. A methods reader*. Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET).

Mammana L. (2020) *Migrazione e salute. Una ricerca- intervento sull'assistenza sanitaria alle persone Richiedenti e Titolari Protezione Internazionale in Emilia-Romagna*. Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

Ministero della Salute (2017), *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 e sessuale*.

National Institute for Health and Care Excellence (2018), *Post traumatic stress disorder*, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Dipartimento per le politiche antidroga – Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2022 (dati 2021)

Saraceno B. (2022), *Lectio magistralis a Convegno "Salute Mentale Bene Comune" – Giornata mondiale della salute mentale*, 10 ottobre 2022, Imola. SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (2022), *La SIMM: 30 anni + le Epidemie. Nuove disuguaglianze, nuove sfide*. Ed. Pendragon

WHO – Regional Office for Europe (2018) *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH*. World Health Organization, Copenhagen.

Centro Salute Mentale e utenza straniera

*Caratteristiche dei pazienti e competenza culturale dei servizi
nell'AUSL di Parma*

A cura di
Maria Inglese, Emanuela Leuci, Germana Verdoliva,
Marianna Cavalli, Leonardo Tadonio, Giulia Painsi

44

ABSTRACT

I servizi di salute mentale faticano ad uscire da un determinismo che vede nelle diagnosi, nelle terapie e nel trattamento il senso del proprio operare e dimenticano quanto le sofferenze che incontrano siano espressione del contesto, del sociale, del collettivo e influenzino inevitabilmente le esistenze dei singoli. Nel suo ultimo libro Benedetto Saraceno (Saraceno, 2022) offre molti dati e riflessioni su questo tema. Ancora oggi i servizi di salute mentale si pre-occupano poco dell'impatto dei determinanti sociali sulla sofferenza che incontrano e su quanto questi determinanti influenzino anche la manifestazione, il decorso e la prognosi delle malattie mentali che hanno il compito di (provare a) curare. Determinanti sociali, disuguaglianze, 'emergenze', povertà crescente, migrazioni, conflitti, sono solo alcuni degli 'emergenti' che interrogano le politiche sociali e sanitarie e il ruolo dei nostri servizi. Tra i temi 'emergenti' (Inglese, 2022) il seguente lavoro vuole porre sotto osservazione l'incontro tra utenza straniera e i Centri di Salute Mentale (CSM) per riflettere sull'utilizzo degli strumenti di mediazione culturale istituiti a garanzia dell'equità nell'accesso alle cure.

*Dunque non lavoriamo per una città senza
diversi ma per una città diversa”
Benedetto Saraceno*

*«È possibile esercitare una tutela
della salute mentale transculturale
riconoscendo lo straniero mobile
(immigrato, profugo, richiedente asilo)
quale titolare legittimo alla salute
e al benessere da riparare,
restituire o difendere all'interno
di uno spazio giuridico sicuro»
Salvatore Inglese*

Rif.
Maria Inglese, medico psichiatra,
Centro Studi DAISM-DP/AUSL Parma
0521 396664
minglese@ausl.pr.it

Profili migratori e servizi di salute mentale

È un dato ‘emergente’ quanto sia in crescita l’impatto sui Servizi preposti alla tutela della salute mentale delle popolazioni dei rifugiati e dei richiedenti asilo. In un recente studio dell’Università di Verona (Nosè et al., 2018) si registra, dal 2000 in poi, un accesso crescente della popolazione migrante nei servizi di salute mentale (dal 2% nel 2000 al 17% nel 2021). È altresì noto quanto questa popolazione presenti un’elevata prevalenza di disagio psicosociale e di disturbi psichiatrici: tra i migranti inseriti nei percorsi di accoglienza infatti il 34% soffre di Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e i 31% di disturbi depressivi, seguono il disturbo d’ansia generalizzato, il disturbo da attacchi di panico, i disturbi di somatizzazione. Tale popolazione presenta numerosi fattori di rischio pre-migratori, migratori e post-migratori tra i quali: condizioni socio-economiche precarie, povertà, disoccupazione, guerre e persecuzioni nel paese d’origine, ma anche il percorso e il tempo di attesa nel vedersi riconoscere titolari di un permesso, i dinieghi, le modalità di accesso ai servizi di cura. Su alcuni di questi fattori di rischio è possibile, per i servizi territoriali, ‘fare la differenza’.

Bisogna considerare quanto la migrazione negli ultimi 10 anni sia profondamente mutata. Da una migrazione principalmente economica si assiste oggi a quella dei profughi e dei richiedenti protezione umanitaria con percorsi migratori prolungati (viaggi che durano in media 3-4 anni), esposizione a traumi ripetuti e cumulativi, violenze intenzionali, dislocazioni involontarie, separazioni dai familiari, sfruttamento, indebitamento. Le persone che oggi arrivano nel nostro paese diventano quindi portatrici di innumerevoli fattori di rischio che impattano sulla salute mentale. Si è passati dal cosiddetto ‘rifugiato classico, al ‘cittadino senza stato’ e alla ‘persona senza comunità’ come scrive dettagliatamente Michele Rossi (Rossi, 2021).

La migrazione risulta, di per sé, un fattore di rischio potenzialmente traumatico, ‘iniziativo’ (si pensi soltanto ai tanti minori stranieri non accompagnati che arrivano nei paesi europei). Il progetto migratorio è, infatti, spesso connotato da un debito generazionale e da un preciso mandato familiare.

Altri fattori di rischio, che impattano sulla vulnerabilità di questa popolazione, come già detto, sono i traumi ripetuti e le violenze intenzionali. Rossi (2021) nel suo testo analizza le domande di asilo autografe (un documento scritto in prima persona in cui il richiedente protezione umanitaria ricostruisce i fatti, gli eventi e i motivi che hanno determinato la sua migrazione) facendo emergere la violenza come un dato strutturale della migrazione contemporanea e che come tale va quindi considerata centrale nella accoglienza e nella presa in carico dei soggetti che arrivano nel nostro sistema

di cura. Il 79% dei richiedenti asilo, scrive Rossi, ha subito violenza, tortura, stupro, abuso sessuale; il 93% riporta di avervi assistito.

Inoltre, la vittima di tortura difficilmente approda ai servizi di salute mentale, arriva più facilmente ai servizi di cure primarie o di emergenza/urgenza portando una serie di manifestazioni somatiche vaghe e persistenti, quali cefalee, insonnie, irritabilità, disturbi del comportamento. Si tratta di esperienze che lasciano un segno indelebile nella psiche e nel corpo della persona, ma sono inenarrabili: aprirsi alla narrazione, mettere in parola è insostenibile e può avvenire solo in contesti altamente sicuri e protetti e con personale formato, specializzato e capace.

I migranti hanno, in generale, un minore accesso e utilizzo dei servizi di salute mentale (Bhiu et al, 2002), vi sono ostacoli nel ricevere cure adeguate, per problemi finanziari-economici, ma anche per mancanza di servizi culturalmente e linguisticamente competenti (Bhiu et al, 2007; Kirmayer et al, 2003; Wynaden et al., 2005) e per la presenza dello stigma rispetto alla malattia mentale.

Impressione diffusa di chi lavora all’interno dei servizi di salute mentale è che la ‘sicurezza culturale’ sia ancora un obiettivo da raggiungere, insieme ad interventi efficaci, sicuri, competenti, nei confronti dell’utenza straniera che si rivolge a noi.

In questo studio descrittivo del 2021 abbiamo analizzato i contatti dell’utenza straniera con i due CSM della città (CSM Parma Est e CSM Parma Ovest), con l’obiettivo di fornire una ‘fotografia’ dei pazienti che afferiscono ai servizi, valutandone alcune caratteristiche socio-anagrafiche, psicopatologiche e l’eventuale esposizione ad alcuni fattori di rischio. Un secondo scopo era quello di analizzare la competenza culturale del servizio attraverso l’attivazione dello strumento della mediazione culturale.

1. Materiali e metodi

Tutti i contatti registrati nei due CSM della città (che hanno usufruito di colloqui, visite, ritiro o somministrazione della terapia) nel periodo selezionato sono stati suddivisi in base alla cittadinanza (come italiani e stranieri).

Come si legge nella tabella 1, sono registrati complessivamente 898 contatti (che corrispondono a singoli pazienti), di questi 811 (90%) sono italiani e 87 (10%) stranieri. Le informazioni di seguito riportate provengono dal dossier

Pazienti CSM	Italiani	Stranieri	Totale
N.	811	87	898
%	90,3	9,7	100

Tab. 1 – Nazionalità dei pazienti con almeno una prestazione nel periodo luglio-agosto 2021

socio-sanitario informatizzato CURE su cui sono registrate le attività cliniche dei Servizi di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna. Abbiamo selezionato tutti i contatti avvenuti (con almeno una prestazione) nell'arco di due mesi (luglio-agosto 2021), individuato i pazienti stranieri ed estrapolato alcune caratteristiche (dati anagrafici, stato di occupazione, nazionalità e diagnosi psichiatrica); successivamente attraverso un'intervista ai clinici di riferimento abbiamo compilato una scheda appositamente costruita per identificare i fattori di rischio e di maggiore fragilità legati al percorso migratorio (la composizione del nucleo familiare, la presenza di minori, i fattori di rischio ai quali sono stati esposti, la conoscenza della lingua italiana, l'utilizzo di una lingua veicolare, l'attivazione del mediatore culturale).

Su un totale di 87 utenti stranieri afferenti ai CSM della città di Parma sono stati raccolti i dati relativi a 67 soggetti (77%). La scheda è stata sviluppata dal nostro gruppo di lavoro con la collaborazione di Leonardo Tadonio e Giulia Pains (oltre alla produzione della scheda hanno dato un importante contributo alla raccolta ed elaborazione dei dati).

2. Risultati

Il campione finale (n.67) risulta composto da 30 donne e 37 uomini. La classe di età più rappresentata è quella da 30 a 49 anni (tabella 2).

Classi d'età	F	M	Totale
0-29	8	8	16
30-49	16	24	40
≥ 50	5	6	11
Totale	30	37	67

Tab. 2 - Distribuzione dei pazienti stranieri per sesso e classe d'età

Le provenienze geografiche più rappresentate sono l'Europa dell'Est (26 soggetti), 13 dal Centro Africa e 11 dal Nord Africa (Figura 1).

Come evidenziato nella Figura 2, il motivo più frequente dell'arrivo in Italia era quello economico (31 soggetti), a cui segue il ricongiungimento familiare (25 soggetti). Appaiono meno comuni i motivi socio-politici che sono spesso alla base delle traiettorie migratorie più drammatiche.

Per quanto riguarda l'anno di arrivo in Italia, si è osservato che, nel campione esaminato, questa informazione spesso non è registrata nel dossier CURE (46,2% di missing). Considerando solo gli stranieri per i quali è disponibile questo dato emerge che i pazienti stranieri sono in Italia in media da 13,6 anni (d.s. 8,7).

Le diagnosi più rappresentate all'interno del campione di pazienti stranieri sono risultate essere i disturbi gravi quali le

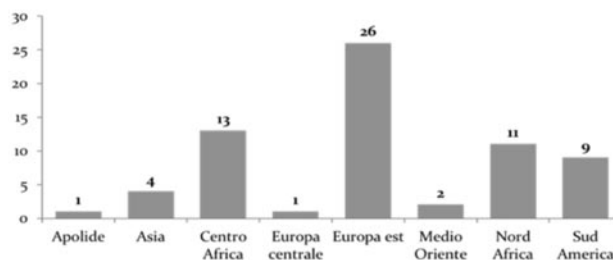


Fig. 1 - Paese d'origine dei pazienti stranieri

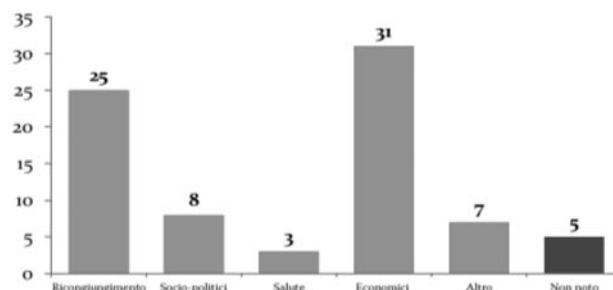


Fig. 2 - Motivo dell'arrivo in Italia



Fig. 3 - Distribuzione dei pazienti stranieri per anno di arrivo in Italia

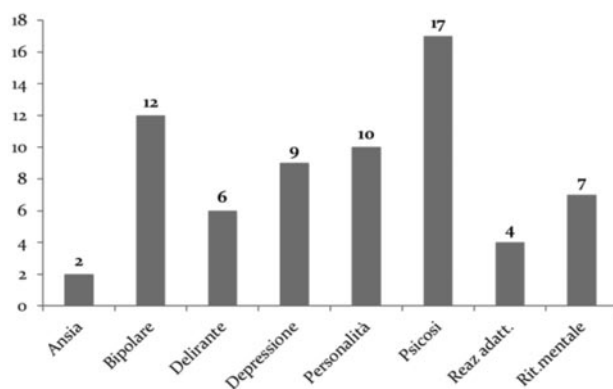


Fig. 4 - Principali patologie tra i pazienti stranieri

psicosi e il disturbo bipolare, seguiti dai disturbi di personalità, dalla depressione e dal ritardo mentale (Figura 4).

Per quanto riguarda i fattori di rischio si è cercato di far emergere eventuali esposizioni a violenza, traumi, abusi, oltre ai fattori socio-ambientali che impattano sulle categorie più fragili e marginalizzate, quali i problemi economici, la disoccupazione, la mancanza di abitazione stabile e i problemi con la giustizia. Come si evince dalla

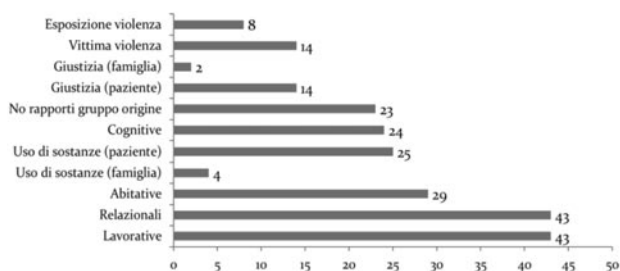


Fig. 5: Principali fattori di rischio tra i pazienti stranieri

Figura 5, le problematiche relazionali (con i pari o il partner) e lavorative (mancanza di lavoro o lavoro instabile) risultano essere i fattori di rischio più diffusi tra i pazienti stranieri, seguiti dalle problematiche abitative e dall'uso di sostanze. Infine, abbiamo registrato un parametro molto semplice, ma indicativo rispetto alla sicurezza e alla competenza culturale dei servizi, ovvero la conoscenza della lingua italiana nei pazienti stranieri e la competenza culturale delle équipes di cura. Quasi la metà dei pazienti stranieri (43%) risulta avere un'ottima conoscenza della lingua italiana, mentre il 31% (21 persone) ha una competenza linguistica scarsa o assente. Delle 21 persone con scarsa/nulla conoscenza della lingua italiana, solo in due casi è stata utilizzata una lingua veicolare e attivata la mediazione linguistico-culturale.

Conoscenza italiano	N	Mediatore (NO)	Mediatore (SI)	% (conoscenza italiano)	Uso lingua veicolare
Scarsa/nulla	21	19	2	31,3	2
Discreta	17	16	1	25,4	5
Ottima	29	29	0	43,3	1
Totale	67	64	3	100	8

Tab. 3: Conoscenza della lingua italiana e attivazione del mediatore linguistico-culturale

Discussione

Dai risultati raccolti si evince che la maggioranza dei pazienti stranieri che si rivolgono ai nostri servizi proviene dall'Europa, principalmente dall'Est Europa, dato in contrasto con le provenienze degli ultimi 5-10 anni in termini di storia migratoria, che appare corrispondere di più alla migrazione economica di 15-20 anni fa e oltre.

Sorgono delle domande: dove sono 'gli altri'? Come incontrare l'attuale migrazione che rappresenta una popolazione vulnerabile e maggiormente sofferente? Esiste un problema di accessibilità ai servizi? I servizi sono in grado di accogliere questo tipo di sofferenza, che ancora non si esprime in una diagnosi formalizzabile (anche se i dati dicono che la prevalenza di disturbi psichiatrici nei richiedenti asilo e protezione umanitaria è del 30-40%)?

Tra i motivi dell'arrivo in Italia, come abbiamo detto precedentemente, prevale ancora la richiesta economico-

lavorativa, si tratta di pazienti che migrano quindi per motivi economici. Sembra sfuggire all'osservazione dei CSM la popolazione che scappa dai propri paesi per altri motivi: la povertà, i conflitti interni ai paesi, le guerre, la perdita dei mezzi di sussistenza primaria, i contesti dei villaggi che tendono a ridursi, il *land grabbing* e naturalmente le persecuzioni etniche, religiose, per l'orientamento sessuale, i fenomeni di sfruttamento e di tratta per motivi sessuali e lavorativi.

Tra le informazioni spesso 'assenti' nella documentazione socio-sanitaria e dalla memoria clinica si segnala l'anno di arrivo in Italia, mentre è risaputo che le migrazioni cambiano nel tempo. I dati raccolti sembrano fotografare una popolazione migrante che è arrivata 10-20 anni fa, ad esempio le richieste di aiuto da parte delle badanti arrivate in Italia dall'Europa dell'Est, mentre sappiamo poco o nulla di alcune popolazioni (come ad esempio i cinesi), che sebbene presenti in numero consistente nel nostro territorio risultano poco rappresentate nei nostri servizi. Della popolazione afghana, di recente arrivo nel nostro paese, intercettiamo i nuclei familiari per i problemi di integrazione scolastica dei minori. Non riusciamo ad accogliere la domanda d'aiuto delle popolazioni di varia provenienza che hanno attraversato nel loro percorso migratorio l'inferno dei campi libici. Resta questa una sofferenza inascoltata dai servizi, se non da parte degli Enti che gestiscono l'accoglienza.

Per quanto riguarda le diagnosi psichiatriche, appaiono assolutamente coerenti con il mandato dei CSM, vale a dire che rispecchiano la specificità dei Servizi di Salute Mentale oggi, quindi le diagnosi prevalenti sono le psicosi, quelle dello spettro schizofrenico, i disturbi affettivi bipolari, le depressioni e i disturbi di personalità. I pazienti stranieri con eventuale PTSD ricadrebbero nelle diagnosi meno rappresentate nei CSM, come le Reazioni di adattamento, in quanto le manifestazioni cliniche sono varie, mutevoli, spesso somatiche.

Si può inoltre ipotizzare che l'utenza straniera in carico ai servizi di salute mentale sia piuttosto simile alla popolazione italiana, sia in termini di diagnosi che dei fattori di rischio ambientali ai quali sono esposti: perdita del lavoro, problemi economici, abuso di sostanze, difficoltà relazionali.

Un ultimo punto affrontato da questa indagine riguarda la Sicurezza culturale e la Competenza culturale. Intendiamo per 'Competenza culturale' 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); per 'Sicurezza culturale' intendiamo 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. Questi aspetti emergono come critici dalla limitata attivazione dello strumento della mediazione culturale nell'incontro con i pazienti stranieri.

Per concludere (o per iniziare)

Di fronte all'emergente rappresentato dalle persone in viaggio forzato i servizi possono diventare 'porto' accogliente e ospitale o soglia inaccessibile e impoverita dal vestito tecnico che opera solo sulla base di percorsi predeterminati, definiti a priori, senza riuscire ad incontrare le storie ferite e offese dei volti della migrazione. La sfida dei servizi è quella di diventare essi stessi molteplici, plurali, ibridati, 'meticci', servizi culturalmente orientati, trasversali, capaci di far dialogare operatori e professionalità diversi, con competenze diverse, capaci di includere nel proprio sistema di cura il paziente e la propria appartenenza culturale. Occorre diventare dei 'collettivi', di fronte alla sofferenza sociale che si palesa oltre le porte dei nostri ambulatori, operare di fronte alle domande di salute emergenti con strumenti nuovi e capaci di restituire e promuovere dignità e protagonismo ai diretti interessati.

Cosa propone un collettivo? *"Ciascun collettivo (intendendosi con ciò una rete fatta di umani e di non-umani presi in un insieme di relazioni reciproche e in coevoluzione) ritaglia un certo numero di enti e di fenomeni (una ontologia), stabilisce piste di conoscenza adeguate a quel contesto (una epistemologia) e definisce condotte coerenti con l'esistenza di quel mondo (un'etica)...i collettivi che sanno onorare ciò che è stato escluso e restano in contatto con le forze dell'altrimenti hanno molte più chance di essere vivibili"* (Consigliere, 2020).

Questo tipo di collettivi riescono a misurare la competenza interna dei servizi di cura e nello stesso tempo sono avamposti di politiche sociali includenti e democratiche. Il collettivo fornisce un aiuto sia all'interno dei servizi che all'esterno: diventare collettivi oggi è un emergente, permette di incontrare il nuovo, l'inedito, il 'non ancora'. E da queste esperienze di collettivi che incontrano l'emergente è possibile, a posteriori, definire anche un metodo.

Nel metodo diamo continuità a quanto appreso e lo trasmettiamo ai giovani colleghi del futuro, il metodo è ciò che raccontiamo 'dopo il viaggio': *"...il metodo non viene prima del cammino a sbarrare le deviazioni, ma solo dopo, a raccontarne le peripezie: la misura è relativa a coloro che misurano; e la pratica è intimamente connessa al rischio. Come nell'empirismo di William James: nient'altro che l'esperienza, ma allora tutta l'esperienza. La peculiare felicità che ne scaturisce è il metodo"* (Consigliere, 2020).

Co-autori

Il CIM-Collettivo che Incontra le Marginalità è un piccolo collettivo nato spontaneamente all'interno del DAISM-DP di Parma che si interroga e riflette sulla marginalità, 'oggetto trasformativo' per la clinica contemporanea. Composto da colleghe di età e professionalità differenti: Maria Inglese, medico psichiatra; Emanuela Leuci, psichiatra, DAISM-DP/AUSL Parma; Germana Verdoliva, tecnico della riabilitazione, CSM EST, DAISM-DP/AUSL Parma; Marianna Cavalli, psichiatra, Servizi Psichiatrici Ospedalieri di Parma.

Questo articolo vede il contributo di Giulia Painsi, medico, Università degli Studi di Parma e Leonardo Tadonio, psicologo, DAISM-DP/AUSL di Parma.

Bibliografia

- K. Bhui, D. Bhugra, *Mental illness in black and asian ethnic minority: pathways to care and outcomes*, Advances in Psychiatry Treatment, 8, 2002, pp. 26-33.
- K. Bhui, N. Warfab, P. Edonya, K. McKenzie, D. Bhugra, *Cultural competenze in mental health care: a review of Model Evaluation*, BMC Health Nursing, 14, 2007, 7-15.
- S. Consigliere, *Favole del reinkanto. Molteplicità, immaginario, rivoluzione*, Derive Approdi, 2020.
- M. Inglese, *Misurarsi con le molte sofferenze senza nome*, Animazione Sociale, 356, 2022, pp. 71-96.
- L. Kirmayer, D. Groleau, J. Guzder, C. Blake, F. Jarvis, *Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies*, Canadian Journal of Psychiatry, 48 (2), 2003, 142-153.
- M. Nosè, Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Padoan C., Ruggeri M., Barbui C., *Prevalence and correlates of psychological distress and psychiatry disorders in asylum seekers and refugees resettled in an Italian Catchment Area*, Journal of Immigrant and Minority Health, 20, 2018 pp. 263-270.
- M. Rossi, *"Pensavo di essere libero, e invece no". Debiti, violenze, sfruttamento dei trafficanti nelle memorie autografe dei rifugiati*, Tau editrice, 2021.
- B. Saraceno, *Salute globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale*, Derive Approdi, Roma, 2022.
- D. Wynaden, A. Orb, *Impact of patient confidentiality on carers of people who have a mental disorder*, International Journal of Mental Health Nursing, 14, 2005, 166-171.

La Competenza Culturale degli infermieri in psichiatria

Uno studio del Centro Studi e Ricerca Bologna Transcultural Psychosomatic Team (BoTPT) in Emilia-Romagna

Ilaria Tarricone, Anna Tsyganova, Alessandra Cataneo, Margherita Alfieri

ABSTRACT

La competenza culturale (CC) rappresenta la capacità di comprendere pazienti appartenenti a diverse culture; essa si lega profondamente alla figura dell'infermiere, coinvolto nella relazione col paziente in tutte le fasi della cura. Questo studio è stato promosso dal Centro di Medicina Transculturale e Psicosomatica di Bologna (BoTPT) al fine di evidenziare come gli infermieri operanti in ambito psichiatrico valutino la propria CC. Sono stati coinvolti 11 servizi psichiatrici in Emilia-Romagna, in un periodo compreso tra il 29/10/2020 e il 09/11/2020, e sono state somministrate una scheda socio-demografica e la versione italiana della Nurse Cultural Competence Scale (NCCS). I risultati hanno mostrato che la maggior parte del personale infermieristico tende a ritenersi competente nell'area della sensibilità culturale; il possesso di una propria storia migratoria influenza positivamente la CC; gli infermieri di sesso maschile ritengono di avere un maggior grado di CC in tutte le sue componenti. Questo studio, pertanto, ha evidenziato la necessità che i servizi di salute mentale investano sulla CC degli infermieri tramite una formazione omogenea e al contempo specifica nel rispetto delle diversità individuali e di ciascuna realtà operativa.

49

Introduzione

Le capacità e abilità di interfacciarsi in ambito professionale con persone con culture diverse dalla propria sono definite "Competenza Culturale" (CC) e riguardano non solo i singoli professionisti, ma più in generale le istituzioni e le aziende dove essi operano. La CC è particolarmente rilevante in ambito psichiatrico, poiché la cultura può avere anche un ruolo patoplastico, oltre che patognomico, sugli stessi sintomi psicopatologici.

La psichiatria transculturale, un filone specifico della psichiatria moderna, adotta un approccio epistemologico basato sull'interazione tra cultura e salute mentale, per cui gli aspetti psicopatologici della malattia mentale possono essere letti in riferimento alla cultura di appartenenza del paziente e curati con metodi flessibili (Tseng et al., 2013). La psichiatria transculturale è intrinsecamente collegata alla terapia dei

Rif.
Ilaria Tarricone, docente Psichiatria,
DIMEC Università degli Studi di Bologna
333 9768325
ilaria.tarricone@unibo.it

gruppi minoritari e degli immigrati. In questo quadro, pertanto, si afferma il concetto della Competenza Culturale come fondamentale mandato della pratica infermieristica, in quanto tale personale sanitario riveste un ruolo di primo piano nella cura del paziente psichiatrico.

Anche in Italia, da tempo, gli operatori della psichiatria sono impegnati in un costante aggiornamento della loro capacità comunicative nella differenza culturale, di pari passo al radicarsi del fenomeno migratorio. Il percorso di miglioramento della CC, infatti, viene ad essere rappresentato dalla consapevolezza dei propri limiti nel comunicare con una persona di diversa cultura tanto quanto dalla propria capacità di autovalutazione.

1. Il Centro di Studi e Ricerca Bologna Transcultural Psychosomatic Team dell'Università di Bologna

Il Centro di Medicina Transculturale e Psicosomatica di Bologna (Bologna Transcultural Psychosomatic Team – BoTPT) nasce nel 2015 come esito maturo di esperienze-pilota avviate nei primi anni del 2000, su iniziativa di docenti e ricercatori attivi nell'ambito della Psichiatria Sociale, nel Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Alma Mater.

Il Centro di ricerca opera per la salute psicofisica di persone fragili, appartenenti a fasce deboli o svantaggiate della popolazione, e in particolare, per la salute di persone con storie migratorie.

I gruppi di studio del BoTPT portano avanti attività di formazione professionale, ricerca e innovazione in collaborazione con esperti ed operatori dei servizi socio-sanitari e assistenziali e con le organizzazioni pubbliche e del privato sociale coinvolte nella promozione della salute; valorizzano inoltre la connessione tra i diversi campi della medicina e con altri ambiti disciplinari attraverso il dialogo con umanisti, sociologi e antropologi. Come istituzione scientifica attiva nello Spazio Europeo della Ricerca (ERA), il BoTPT si impegna nella pratica dei principi della Ricerca e dell'Innovazione Responsabile (RRI) e 'Mission Oriented'. Cerca quindi, con la sua attività di studio, di formazione e di collaborazione con soggetti del territorio di contribuire concretamente al raggiungimento degli obiettivi dall'Agenda 2030 dell'Onu per la coesione e la sostenibilità sociale.

Nel 2019 il BoTPT ha promosso lo studio "la competenza culturale degli infermieri in psichiatria" di cui di seguito presentiamo una sintesi dei risultati. Tale studio si prefigge l'obiettivo di analizzare le opinioni degli infermieri rispetto all'applicazione degli strumenti di competenza culturale in psichiatria e, in particolare, alla loro valutazione della propria CC nell'assistenza infermieristica in psichiatria. In primo luogo, abbiamo ipotizzato che la CC del personale infermieristico sia positivamente correlata alla durata dell'attività professionale e alle precedenti esperienze formative; in secondo luogo, abbiamo considerato che la CC sia indipendente da genere, età

e stato civile, ma correlata positivamente all'aver una storia migratoria personale o familiare.

<https://centri.unibo.it/bo-tpt/it/centro/presentazione>

2. La competenza culturale degli infermieri in psichiatria: metodi e risultati

La ricerca condotta ha interessato 11 centri localizzati in diverse aree della regione Emilia-Romagna, rappresentati da Centri di Salute Mentale (CSM) e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): a Bologna sono stati coinvolti CSM Zanolini, CSM Mazzacorati, CSM Borgo-Reno, CSM Navile e SPDC Malpighi del DSM-DP/AUSL Bologna; CSM e SPDC di Ravenna; CSM di Faenza; CSM di Lugo; CSM e SPDC di Cesena.

I questionari somministrati al personale infermieristico dei suddetti servizi sono stati restituiti compilati in un periodo compreso tra il 29/10/2020 e il 09/11/2020.

a. Disegno dello studio

È stato effettuato uno studio trasversale, diretto a rilevare il grado di CC autovalutato degli infermieri operanti nei servizi di salute mentale (SPDC e CSM) della regione Emilia-Romagna. Lo studio è stato approvato dal comitato di bioetica dell'Università di Bologna ed è stata ottenuta l'autorizzazione dai dirigenti dei servizi infermieristici coinvolti nella ricerca.

b. Strumenti

Agli infermieri dei servizi coinvolti nel presente studio è stato richiesto per prima cosa di firmare un modulo di consenso informato alla partecipazione allo studio. A coloro che hanno acconsentito alla partecipazione, è stato richiesto di compilare in forma anonima e volontaria una scheda socio-demografica e la versione italiana della *Nurse Cultural Competence Scale* (NCCS) (Terzoni et al., 2020). La scheda socio-demografica ha avuto lo scopo di raccogliere informazioni di carattere socio-demografico (es. età, sesso, nazionalità) e informazioni riguardo il background culturale del soggetto partecipante (anni di lavoro, conoscenza di lingue straniere, nazionalità straniera, precedenti percorsi formativi sulla competenza culturale, partecipazione nel Progetto START ER Salute tutela e Accoglienza per Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna o altrui progetti di formazione in psichiatria transculturale). La NCCS è stata ideata da Perng e Watson (2012), con la finalità di consentire un'auto-misurazione della propria CC. La scala ha mostrato caratteristiche di validità ed affidabilità (Gözüm, Tuzcu & Kirca, 2015), è autosomministrata e di rapida compilazione ed è già validata in italiano. La scala NCCS è costituita da 20 items suddivisi in tre sotto scale che definiscono la competenza culturale dell'infermiere, ovvero l'area delle abilità (12 item), quella delle conoscenze (6 items) e quella della sensibilità culturale (2 items). Le possibili risposte sono strutturate secondo una scala Likert che va da 0 (molto in disaccordo) a 4 (molto d'accordo).

Denominazione Centro di Salute mentale	ETA'	Genere				Stato Civile						Titolo di studio					
		UOMO		DONNA		CELIBE/NUBILE		CONIUGATO		SEPARATO		DIPLOMA		LAUREA		POSTLAUREA	
SPDC Cesena	39,87±8.20	5	33,3%	10	66,7%	8	53,3%	6	40%	1	6,7%	4	26,7%	6	40%	5	33,3%
CSM Cesena	51,33±6.29	2	16,7%	10	83,3%	3	25%	8	66,7%	1	8,3%	6	50%	4	33,3%	2	16,7%
CSM Faenza	49,00±9.07	4	36,4%	7	63,6%	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	7	63,6%	4	36,4%	6	0%
CSM Ravenna	46,71±10.47	3	21,4%	11	78,6%	5	35,7%	4	28,6%	5	35,7%	5	35,7%	8	57,1%	1	7,1%
SPDC Ravenna	41,36±10.97	8	53,3%	7	46,7%	9	60%	6	40%	0	0%	5	33,3%	7	46,7%	3	20%
CSM Zanolini BO	49,13±7.79	2	25%	6	75%	4	50%	2	25%	2	25%	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%
CSM Navile BO	45,88±12.93	5	62,5%	3	37,5%	4	50%	3	37,5%	1	12,5%	4	50%	3	37,5%	1	12,5%
CSM Borgo Reno BO	50,00±5.13	1	14,3%	6	85,7%	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	1	14,3%	4	57,1%	2	28,6%
CSM Mazzacorati BO	51,25±6.19	2	16,7%	10	83,3%	4	33,3%	3	25%	5	41,7%	6	50%	6	50%	0	0%
SPDC Malpighi BO	46,08±9.07	6	40%	9	60%	8	53,3%	7	46,7%	0	0%	4	26,7%	10	66,7%	1	6,7%
CSM Lugo	52,20±5.05	1	10%	9	90%	2	20%	5	50%	3	30%	5	50%	4	40%	1	10%
Totale	47,04±9,31	5	33,3%	88	69,3%	55	43,3%	51	40,2%	21	16,5%	52	40,9%	59	46,5%	16	12,6%

Tab. 1 – Caratteristiche sociodemografiche del campione analizzato

Centro	Anni esperienza professionale	Esperienze di volontariato Con paesi esteri		Conoscenza Lingue straniere			Partecipazione progetti con migranti	Formazione Competenza culturale
				Lingua 1	Lingua 2	Lingua 3		
				N°; %				
SPDC Cesena	5,40±5.75	3	20%	15; 100%	33,3%	0%	6,6%	33,3%
CSM Cesena	16,92±9.94	2	16,6%	12; 66,6%	8,3%	0%	0%	16,7%
CSM Faenza	17,60±12.30	3	27,2%	11; 63,63%	0%	0%	0%	27,3%
CSM Ravenna	10,57±11.77	1	7,14%	14; 92,85%	14,3%	14,3%	7,1%	50%
SPDC Ravenna	11,13±11.76	0	0%	15; 83,67%	33,3%	6,7%	0%	35,7%
CSM Zanolini BO	4,87±5.17	1	12,5%	8; 75%	37,5%	0%	12,5%	12,5%
CSM Navile BO	16,62±13.17	1	12,5%	8; 100%	25%	12,5%	12,5%	37,5%
CSM Borgo Reno BO	21,57±5-13	2	28,5%	7; 85,71%	28,6%	0%	0%	0%
CSM Mazzacorati BO	19,92±6.43	1	8,3%	12; 66,67%	33,3%	8,3%	0%	33,3%
SPDC Malpighi BO	15,06±12.69	3	17,6%	17; 70,59%	23,5%	5,9%	0%	17,6%
CSM Lugo	16,50±13.12	1	10%	10; 100%	30%	0%	10%	0%
Totale	13,72±11.22	18	13,95%		24%		4,4%	25,6%

Tab. 2 – Formazione professionale e CC del personale infermieristico

È stata ottenuta l'autorizzazione dai direttori dei servizi psichiatrici partecipanti all'indagine, dai dirigenti dei servizi infermieristici e dal Comitato Bioetico/Università degli Studi di Bologna. c) *Descrizione del campione intervistato*

Nel periodo dello studio sono stati raccolti 129 questionari tra quelli distribuiti nei centri coinvolti nella ricerca, e la partecipazione ha

interessato il 68% di tutti gli infermieri in servizio nei suddetti centri.

Dal punto di vista socio-demografico il campione intervistato si è caratterizzato come riportato di seguito. (Tabella 1).

La formazione sulle competenze culturali risulta circoscritta a 1/4 dei partecipanti (n. 33 pari al 25,6%). (Tabella 2).

2.3.1 La competenza culturale per servizio

Sono, quindi, state studiate le autovalutazioni della CC degli infermieri che hanno partecipato alla ricerca suddivisi per centro. La sensibilità risulta l'area maggiormente sviluppata in tutti i centri presi in esame. L'area della competenza ha il valore totale medio più basso rispetto alle aree sensibilità e abilità. Le aree della competenza e dell'abilità sono quelle caratterizzate da una maggior variabilità tra centri, mentre quella della sensibilità riceve un punteggio medio più omogeneo tra i centri (Tabella 3).

Tab. 3
Autovalutazioni CC per Centro

	Competenza	Sensibilità	Abilità
SPDC Cesena	2,16±0.86	2,77±0.82	2,54±0.72
CSM Cesena	1,85±0.88	2,38±1.15	2,01±0.99
CSM Faenza	1,70±0.67	2,00±0.87	1,71±0.60
CSM Ravenna	1,65±1.00	2,64±1.05	2,04±0.76
SPDC Ravenna	2,12±0.64	2,90±0.63	2,34±0.60
CSM Zanolini	2,23±0.58	2,69±0.88	2,34±0.84
CSM Navile	1,94±0.79	2,75±0.65	1,99±0.80
CSM Borgo Reno	1,71±0.83	2,43±0.45	2,08±0.77
CSM Mazzacorati	1,96±0.35	2,79±0.58	2,16±0.82
SPDC Malpighi	2,37±0.35	2,65±0.65	2,61±0.46
CSM Lugo	1,45±0.65	2,45±0.76	2,22±0.53
Totale	1,95±0.78	2,60±0.81	2,22±0.74

d) La competenza culturale per genere

Relativamente ai punteggi medi della autovalutazione della CC sono emerse differenze tra i partecipanti di genere femminile e maschile (Figura 1).

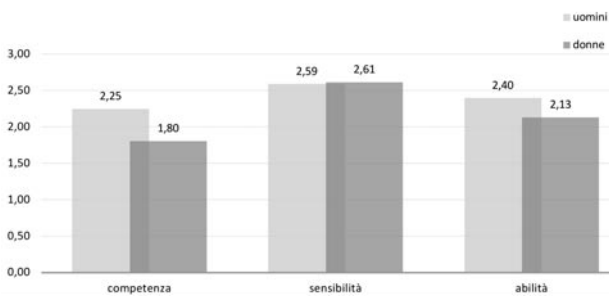


Fig. 1 – Dimensioni della CC per genere

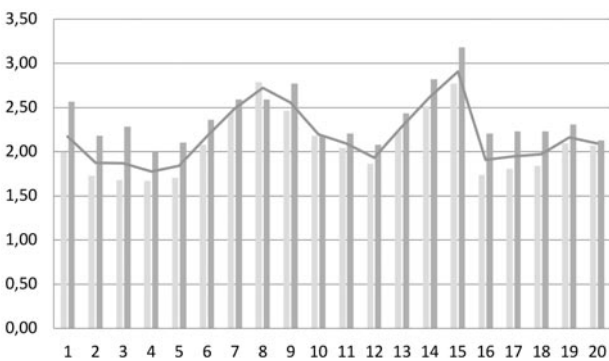


Fig. 2 – Media dei punteggi per genere per ciascun item del questionario

Le risposte date dagli uomini al questionario realizzano un punteggio medio superiore a quello delle donne per 19 domande su 20. All'analisi di regressione lineare, infatti, i punteggi medi della CC per gli uomini restano più elevati anche quando aggiustati per età, anni di professione e storia migratoria. (Figura 2)

Infine, un aspetto statisticamente significativo ha riguardato la storia migratoria: gli infermieri con storia migratoria (personale e/o familiare) hanno valori più alti auto-riferiti della componente "competenza" della CC. Anche la storia migratoria resta associata ai punteggi più alti della CC alla analisi di regressione lineare multivariata.

3. Discussione

Il risultato principale emerso dal nostro studio dimostra che la maggior parte degli infermieri intervistati ritiene di essere competente rispetto all'area della sensibilità culturale, ma mostra l'esigenza di rafforzare le competenze e le abilità culturali. Nel valutare i risultati alla luce di quanto attestato in letteratura, ci siamo primariamente confrontati con lavori che hanno utilizzato il medesimo strumento di valutazione, ovvero la Nurse Cultural Competence Scale (NCCS). Zarzycka e colleghi riscontravano, sul proprio campione, moderati livelli di CC, in cui i punteggi inferiori erano raggiunti nella dimensione della abilità culturale, mentre quelli più alti nelle sottoscale della sensibilità e della competenza (Zarzycka et al. 2020). Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti da Ślusarska e colleghi, che osservavano inoltre un pattern di incremento della CC con variabili quali età, educazione ed esperienza lavorativa (Ślusarska et al. 2022).

I nostri risultati sono pertanto coerenti con quanto già attestato dai precedenti studi, e confermano inoltre la correlazione diretta tra livello di istruzione e livello di CC.

Il presente studio, in secondo luogo, mette in rilievo come la composizione multiculturale del personale infermieristico possa essere di per sé un'importante risorsa giacché, come atteso, l'aver una propria storia migratoria pare influire positivamente sulla CC. La formazione della CC, infatti, comporta una maggior consapevolezza e una migliore comprensione della dimensione della interculturalità.

Un risultato inatteso è stato il mancato riscontro di una correlazione positiva tra anni di formazione professionale e CC: una possibile spiegazione di questo risultato potrebbe risiedere nel fatto che gli infermieri con meno anni di formazione professionale sono anche i più giovani e più costituzionalmente in contatto con la dimensione multi-etnica della società post-moderna.

Infine, quale altro dato innovativo, questa ricerca ha evidenziato una diversità di genere nella valutazione della CC, poiché gli infermieri uomini mostrano di ritenere di avere un maggior grado di CC in tutte le sue componenti. Ci si può domandare se tale risultato sia dovuto a una minor formazione delle donne in

questo ambito o se sia esso stesso il riflesso di un orientamento culturale della nostra società post-moderna; ulteriori studi, con un campione più ampio e con una più dettagliata valutazione delle esperienze personali e professionali degli infermieri, saranno necessari per dare una risposta a tale interrogativo.

Una criticità messa in luce dai risultati di questo studio è la ancora scarsa diffusione di esperienze formative specificamente destinate alla CC.

Se da una parte la CC rappresenta il punto di arrivo di un processo di acquisizione progressiva, in cui le capacità di autoriflessione ed autoconsapevolezza sono competenze personali necessarie (Young et al. 2016), allo stesso tempo sono sempre più numerose le evidenze che dimostrano come essa sia sostenuta da programmi mirati ad implementare la comprensione delle varie manifestazioni culturali, l'abbattimento delle barriere interculturali, le responsabilità etiche connesse al compito della cura (Murcia et al. 2016). È pertanto importate affiancare all'apprendimento esperienziale e legato allo svolgimento della propria attività professionale anche la formazione tramite interventi strutturati, quali dibattiti, discussioni, casi clinici, tirocini, simulazioni, progetti di scambio internazionale, esperienze dirette, narrazioni ed infine lezioni frontali tradizionali (Tosun et al. 2021). Un dispositivo educativo sempre più di frequente applicato nell'ambito della formazione infermieristica alla CC è rappresentato dalla simulazione clinica. Questa, infatti, realizza una modalità di apprendimento attivo, fondandosi su tecniche atte a sviluppare abilità transculturali cognitive (conoscenza), pratiche (colloquio) ed empatiche (attitudini, valori, credenze) dopo aver fatto esperienza diretta entro un setting transculturale (Ndiwane et al., 2014).

Pur riconoscendo la limitazione comportata dal piccolo campione in esame, riteniamo che il nostro studio offra interessanti spunti per un miglioramento della formazione alla CC degli operatori nei servizi di salute mentale. Inoltre, il confronto tra il numero degli infermieri che operano all'interno

dei vari centri e i questionari che sono stati compilati evidenzia un alto tasso di risposta/partecipazione allo studio. Infine, i partecipanti si sono mostrati disponibili a riferire non solo i punti di forza ma anche di criticità della propria CC, contestualmente alla propensione a implementare la propria formazione in tale ambito.

In conclusione, al fine di erogare un servizio sempre più rispondente alle esigenze dei pazienti – peraltro sempre più di frequente migranti – i servizi di salute mentale saranno chiamati a investire ulteriormente nella formazione sulla CC degli infermieri. Il nostro studio, pertanto, mette in luce l'opportunità che i servizi di salute mentale offrano agli infermieri una formazione più omogenea e approfondita sulla competenza culturale.

Co-autori

Anna Tsyganova, infermiera, AUSL Romagna

Alessandra Cataneo, collaboratrice alla Ricerca, Università di Bologna

Margherita Alfieri, medico in formazione, specialista in Psichiatria, Università di Bologna - DIBINEM

Gruppo di Lavoro CC_RER

(Competenza Culturale degli infermieri in psichiatria in Emilia-Romagna)

Gruppo di lavoro

Michela Galatolo, Medico in formazione specialistica in Psichiatria, Università di Bologna – DIBINEM

Antonella Mastrocola, Psichiatra, CSM Ravenna, AUSL Romagna

Roberto Zanfini, Psichiatra, SPDC Ravenna, AUSL Romagna

Liviana Mazzoni, Coordinatrice Infermieristica, CSM Ravenna, Ausl Romagna

Barbara Bandini, Coordinatrice Infermieristica, SPDC Ravenna, Ausl Romagna

Silvia Ragazzini, Coordinatrice Infermieristica, CSM Faenza, Ausl Romagna

Pierpaolo Poletti, Coordinatore Infermieristico, CSM Lugo, Ausl Romagna

Romina Floris, Coordinatrice Infermieristica, SPDC Cesena - AUSL Romagna

Simona Di Marco, Psichiatra, CSM Rimini, AUSL Romagna

Francesco Sartini, Psichiatra, SPDC Rimini, AUSL Romagna

Annalisa Vigherani, Psichiatra, CSM Cesena, AUSL Romagna

Grazia Teodorani, Coordinatrice infermieristica CSM Cesena, Ausl Romagna

Giuseppe D'Andrea, Psichiatra, AUSL Modena

Antonina Zito, Coordinatrice Infermieristica, CSM Mazzacorati, DSM-DP Ausl Bologna

Silvio Oprandi, Coordinatore Infermieristico, CSM Navile, DSM-DP, Ausl Bologna

Domenico Oliva, Coordinamento Infermieristico DSM-DP Ausl Bologna

Marco Menchetti, Psichiatra, CSM Est, DSM-DP Ausl Bologna

Giovanni Montalbano, Coordinatore Infermieristico SPDC Malpighi, DSM-DP AUSL Bologna

Roberto Muratori, Psichiatra, UOC Est, DSM-DP AUSL Bologna

Bibliografia

Tseng WS, Jilek W, Bartocci G, Bhui K., (2013), *La storia recente della psichiatria culturale*. Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, vol. 1, num. 1.

Terzoni S, Ferrara P, Sala E, Destrebecq A, Trombetta, N. (2020), *La versione italiana della Nurse Cultural Competence Scale: validazione sugli studenti di Infermieristica*. PROFESSIONI INFERMIERISTICHE, 73(1).

Shoa-Jen Perng and Roger Watson (2012), *Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities*, Journal of clinical nursing 21, 1678-1684

doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x.

Gözüm S, Tuzcu A and Kirca N (2015), *Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale*. Journal of Transcultural Nursing 2016, Vol. 27(5) 487-495. doi: 10.1177/1043659615582089.

Zarzycka D, Chrzan-Rodak A, Bąk J, Niedorys-Karczmarczyk B, Ślusarska B., *Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results*. PLoS One. 2020 Oct 16;15(10):e0240884. doi: 10.1371/journal.pone.0240884.

Ślusarska B, Marcinowicz L, Blaževićienė A., *Cultural competencies in Polish and Lithuanian nurses: A cross-sectional comparative study*. Scand J Caring Sci. 2022 Nov 3. doi: 10.1111/scs.13129.

Young S, Guo KL. *Cultural Diversity Training: The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice*. Health Care Manag (Frederick). 2016 Apr-Jun;35(2):94-102. doi: 10.1097/HCM.000000000000100.

Murcia SE, Lopez L., *The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis*. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2718. doi: 10.1590/1518-8345.1052.2718.

Tosun B; BENEFITS Group, *Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review*, Nurse Educ Pract. 2021 Aug;55:103171. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103171.

Ndiwane A, Koul O, Theroux R., *Implementing standardized patients to teach cultural competency to graduate nursing students*. Clinical Simulation in Nursing, 10 (2) (2014), pp. e87-e94, doi: 10.1016/j.ecns.2013.07.002.

Aiutiamoli a casa nostra

Buone pratiche per l'integrazione e la salute psicologica dei migranti a Modena

Cinzia Zanoli, Stefano Brunello,
Federica Kusmann, Giancarlo Gibertoni

54

ABSTRACT

Il progetto StartER2 a Modena è stato avviato nel 2019 e si è concluso nel Marzo 2022, in continuità con il precedente Start-ER iniziato nel 2016 e terminato nel 2018. Il progetto prevedeva non solo attività di supporto individuale ai diretti destinatari, declinate sulle loro specifiche esigenze, ma anche la creazione di una metodologia di lavoro finalizzata al capacity building degli operatori coinvolti che ha migliorato la capacità di accoglienza ed assistenza al migrante con l'adozione di buone prassi da parte dei servizi coinvolti che si auspica possano diventare sempre più una "normalità" di intervento come per ogni cittadino.

Introduzione

Nel 2020, più di 280 milioni di persone (il 3,6% della popolazione mondiale) vivevano fuori dal proprio paese di origine, a causa della povertà, delle guerre, delle catastrofi ambientali, della legittima ricerca di migliorare le proprie condizioni di vita e di lavoro. L'agenda delle Nazioni Unite 2015-2030 nell'Obiettivo 10 ha indicato la necessità di percorsi migratori sicuri e regolari (Valtolina, 2022). All'interno di questo quadro si nota il sempre maggior numero di migranti che accedono ai Servizi di Salute Mentale, i quali evidenziano non solo peculiari espressioni di disagio psichico legate alle specifiche dimensioni culturali ed etniche di ogni singola popolazione, ma soprattutto un maggiore rischio di sviluppare disturbi mentali. Questo deve condurre ad una revisione dei modelli interpretativi dei disturbi psichici, poiché enfatizza, oltre ai fattori di stress individuali, l'importanza dei fattori di stress ambientale sullo sviluppo di tali disturbi, evidenziando che le caratteristiche culturali e la storia migratoria sono in grado di influenzare fortemente non solo il rischio di ammalarsi, ma anche la risposta alle cure (Cimino, 2015). Il presente lavoro analizza l'impatto del Programma StartER2 sugli aspetti di integrazione, progettualità e valutazione della salute dei migranti e sugli aspetti operativi e di formazione degli operatori coinvolti.

Rif.
Cinzia Zanoli, *dirigente amministrativo,*
Responsabile progetto STARTER2 AUSL Modena
338 7761223
c.zanoli@ausl.mo.it

1. Il programma STARTER

Il progetto StartER2 (Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna) a Modena è stato avviato nel 2019 e si è concluso nel Marzo 2022, in continuità con il precedente Start-ER iniziato nel 2016 e terminato nel 2018. È stato realizzato nell'ambito del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-20 su tutto il territorio della Regione coinvolgendo tutte le Aziende USL regionali e 12 Enti del privato sociale con l'obiettivo di implementare i servizi di tutela e cura per richiedenti, titolari di protezione internazionale (RTPI) e minori stranieri non accompagnati in condizioni di vulnerabilità, attraverso il rafforzamento delle competenze degli operatori dei servizi pubblici per costruire percorsi di screening e presa in carico specialistica dei richiedenti.

La regia del progetto da parte dell'Asl di Modena ha garantito l'interazione stretta tra l'ambito sociale e quello sanitario, assicurando un approccio multidisciplinare. Per l'avvio del progetto si sono costruiti "strumenti" di lavoro dedicati quali équipe dedicate (minori e adulti) che hanno attivato una presa in carico di questo particolare segmento di utenza tramite interventi di sostegno multiprofessionale:

- Équipe Organizzativa del progetto formata da Responsabile e Referente Amministrativo del progetto (Azienda USL di Modena) e Rappresentate del Partner di progetto (Coop Caleidos di Modena).
- Équipe Multidisciplinare Adulti formata da Psicologo selezionato per il Progetto Starter2, Psichiatra del Centro Salute Mentale, Medico Sert-DP (entrambi afferenti al Dipartimento Salute Mentale), Psicologo Servizio Psicologia Clinica (Dipartimento Cure Primarie), Antropologo – Case manager (Coop Caleidos) e Mediatore linguistico culturale (Appalto ASL di Modena).
- Équipe Multidisciplinare Minori formata da Psicologo Responsabile Servizio Minori e Famiglia (DCP), Neuropsichiatra Infantile, Educatore SerDP (entrambi afferenti al DSM), Responsabile Servizio Integrazione Politiche Sociali (Comune di Modena) e Rappresentanti delle Comunità Ospitanti i Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA).
- Tavolo di Lavoro tra Équipe Organizzativa (AUSL) ed Enti Gestori (Centri di Accoglienza Straordinaria-CAS, Sistema di Protezione internazionale minori stranieri non accompagnati- SIPROIMI, Centro Stranieri-CS) che sul territorio hanno garantito l'ospitalità dei migranti assegnati e distribuiti dalla Prefettura di Modena.
- L'avvio contestuale di un'altra progettualità sul territorio provinciale denominata "I-CARE", su stesso target di popolazione RTPI, ha infine reso necessaria la creazione di un Tavolo di Lavoro tra i professionisti psicologi dei progetti Start-ER2 e I-CARE con la finalità di co-costruire

interventi senza creare sovrapposizioni e condividere momenti di formazione a supporto degli operatori dei centri di accoglienza.

Il progetto prevedeva non solo attività di supporto individuale ai diretti destinatari, declinate sulle loro specifiche esigenze, ma anche la creazione di una metodologia di lavoro comune che, partendo dall'analisi e dalla valorizzazione delle esperienze locali, fosse estendibile a livello aziendale e sostenibile sul lungo periodo. Sono state perciò attivate formazioni finalizzate al *capacity building* degli operatori coinvolti nel percorso di accoglienza. Inoltre ha permesso, in continuità con la precedente progettualità, di aggiornare la mappa delle realtà di accoglienza diffuse sul territorio (CAS, SIPROIMI, CS e Comunità per minori), effettuata tramite l'Intervista semi-strutturata (Box 1) articolata per aree tematiche e di ottenere una "fotografia" aggiornata dell'impatto delle modifiche legislative intervenute nel sistema di accoglienza, dei modelli organizzativi interni, dei principali bisogni socio sanitari dei beneficiari e dei rapporti con i Servizi Sanitari.

Intervista semi-strutturata per Enti Gestori

Ente Gestore

(CAS -Siproimi, Centro Stranieri, Comunità minori)

Modello organizzativo e rapporti con il SSN

Quante e quali figure professionali?

Quali attività garantite ai vostri accolti?

Come sono distribuite la funzioni? Chi fa cosa?

Chi si occupa dell'interfaccia con il SSN (MMG, PLS, CUP, Malattie infettive etc.)?

Fate invii ai servizi sanitari (consultorio, MMG, PLS, Sanità pubblica, malattie infettive, dermatologia/ ambulatorio MST, diabetologia)?

Se sì, quali sono i criteri e le metodologie d'invio utilizzate?

Quali le modalità di raccordo (nella fase di invio; iter clinico; eventuale dimissione)?

Quali i punti di forza e quali le criticità che avete riscontrato?

Bisogni socio-sanitari utenti

Quali sono i bisogni socio-sanitari che rilevate con maggiore frequenza?

Si sono modificati (decreto Sicurezza e Immigrazione; lunghi tempi di permanenza)?

Se sì, come?

Cosa i Servizi sanitari potrebbero fare per rispondere a tali bisogni?

Area operatori

Quali sono le tue/vostre aspettative rispetto ai progetti?

Quali sono i vostri bisogni informativi, formativi per il miglioramento dei servizi di accoglienza offerti?

Quali proposte?

Box 1

Nel concreto è stato sviluppato il seguente modello operativo di Accesso al progetto:

- Screening psicologico dei nuovi arrivi successivi al marzo 2018, tramite *BSI-18 Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 2000; Asner-Self, 2006), un questionario self-report compilato dall'utente composto da 18 items, con una specifica attenzione a sintomi internalizzati (Ansia, Depressione, Somatizzazione) che difficilmente emergerebbero nel rapporto con gli operatori dei CAS.
- Invio da parte dell'Ente Gestore o dei Servizi della Scheda (Box 2) all'équipe multidisciplinare, che si riuniva a cadenza mensile, per la valutazione e l'elaborazione di un piano di trattamento, in base alla sintomatologia riferita ed al successivo approfondimento psicodiagnostico da parte della psicologa StratER2.

Inoltre, sono state attivate Consulenze reciproche tra gli operatori dell'Ente Gestore rispetto al caso segnalato co-costruendo il senso dell'invio ai Servizi DSM e il modo più adeguato per rappresentarlo al beneficiario per renderlo parte attiva del percorso di cura e Consulenze agli operatori dei Servizi ASL in termini di lettura della situazione e di possibilità operative e favorire una maggior conoscenza e consapevolezza sui significati del lavorare con pazienti migranti.

2. Valutazione di impatto

A gennaio 2020 hanno preso avvio le attività con le prime segnalazioni alle équipe multidisciplinari, attività che hanno subito una battuta d'arresto dovuta alla emergenza sanitaria Covid-19 e al relativo periodo di *lockdown*. È stato pertanto ritenuto necessario rimodulare l'operatività del progetto, attraverso l'attivazione di strumenti quali telefonate e videochiamate verso le diverse realtà di accoglienza diffuse sul territorio degli RTPI, con la finalità di mantenere un monitoraggio costante del clima percepito dagli operatori all'interno delle strutture per fronteggiare e supportare gli stessi dall'emergere dei fattori di stress specifici conseguenti all'isolamento obbligato, all'individuazione precoce dei bisogni di natura psichiatrica e psicologica relativi agli ospiti ed al contenimento dei rischi sanitari emersi con il Covid-19. Per fornire possibili risposte allo scenario che la pandemia aveva delineato, il Tavolo di lavoro tra i professionisti psicologi dei progetti Start-ER2 e I-CARE hanno realizzato incontri online su tematiche emerse nella fase iniziale dello stato di emergenza pandemica quali: le ripercussioni psicologiche della pandemia con l'aumento del carico di responsabilità e stress per gli operatori delle diverse accoglienze e la violenza di genere nel contesto intra-familiare dato l'incremento di casi a riguardo durante i mesi di *lockdown*. Gli incontri sono stati molto partecipati con livello di gradimento elevato.

La fase pandemica, nel corso del 2020 e 2021, ha reso necessario riorganizzare l'accessibilità ai Servizi Pubblici, discusse in giornate formative con gli Enti Gestori, il DSM, la Psicologia Clinica e gli Enti Locali con l'obiettivo generale di condividere buone prassi e creare sinergie riguardanti: la rilevazione tempestiva di segni precoci di disagio psichico, la segnalazione della situazione all'équipe StartER2, l'attivazione delle modalità di invio ai Servizi del DSM secondo una procedura condivisa, la garanzia di continuità assistenziale con i professionisti DSM. Questo percorso formativo si è strutturato in 64 ore articolate in una prima parte in videoconferenza FAD-S, una seconda di formazione online dedicata all'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, ed una terza fase di formazione sul campo seguita dalla restituzione, in videoconferenza FAD-S, dell'esperienza svolta e dei risultati ottenuti dai professionisti coinvolti. Il corso è stato replicato in quattro edizioni, suddivise per territori di competenza (Area Nord, Centro, Sud e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura). I risultati raggiunti e le azioni di miglioramento sono stati diffusi a tutti i professionisti degli Enti Gestori e del DSM, al fine di migliorare e rendere più appropriata la presa in carico della persona rifugiata o richiedente asilo. Per la valutazione di impatto è stato utilizzato il modello del "ciclo di performance", adattato alle caratteristiche culturali del

SCHEDA INDIVIDUALE DI SEGNALAZIONE CASI

Data di invio

Territorio distrettuale

Area vasta Modena

Servizio richiedente

Anagrafica destinatario

Documentazione legale

Tipologia permesso di soggiorno

Scadenza del permesso di soggiorno

Carta di identità

Lavoro

In attesa di prima occupazione

Disoccupato

Contratto subordinato a tempo determinato

Lavoro accessorio

Contratto di somministrazione

Part-time

Apprendistato

Altro (specificare)

Operatore di riferimento e suoi recapiti
(se diversi da chi ha effettuato la segnalazione)

Eventuali azioni implementate con...

Motivo della segnalazione (richiesta del servizio inviante)

Box 2

target di popolazione e organizzative del DSM. Esso è stato sviluppato attraverso la identificazione di alcuni obiettivi quali i tempi di accoglienza della persona rifugiata presente presso gli Enti Gestori periferici, i tempi di valutazione e le modalità dell'eventuale presa in cura presso i Servizi. Tali aspetti, misurati attraverso la verifica dell'andamento clinico e la raccolta della percezione della qualità dell'intervento da parte dell'assistito, ha dato la possibilità, nella fase di monitoraggio, di attivare interventi correttivi, con il fine ultimo di modificare alcuni fattori organizzativi e culturali all'interno dei singoli CSM. In sostanza al mutare delle caratteristiche sulle quali era stato impostato il modello si è proceduto all'aggiornamento dello stesso, in un ciclo orientato al miglioramento continuo.

Il progetto Start-ER si è concluso con l'organizzazione nel primo trimestre 2022, di ulteriori quattro giornate formative rivolte ad operatori del SSN, dei centri di accoglienza e degli Enti locali, finalizzate all'acquisizione di conoscenze teoriche e aggiornamenti sui seguenti temi:

- Appropriatelyzza clinica ed organizzativa dei percorsi di cura per i cittadini migranti, con l'obiettivo di promuovere, attraverso pratiche di sanità pubblica basate sull'evidenza scientifica, interventi sempre più proattivi e mirati (45 partecipanti);
- Mediazione linguistico culturale con individuazione di strategie efficaci per il superamento delle principali barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria per i migranti (76 partecipanti);
- Minori Stranieri non Accompagnati e rischio di devianza con approfondimenti di modelli di presa in carico educativa e psicoterapeutica (86 partecipanti);

- Genitorialità e famiglie migranti, selezione di buone prassi per la valutazione e il sostegno delle competenze genitoriali (133 partecipanti).

3. Alcuni risultati

Attraverso le due modalità di accesso al progetto Start-ER2 (Screening Psicologico e la Scheda di segnalazione) hanno coinvolto, fino al mese di dicembre 2021, 88 beneficiari adulti di varie nazionalità (nigeriana, bengalese, pakistana, gambiana, ghanese, somala) (Fig. 1).

Sono stati sottoposti allo Screening psicologico 40 migranti (39 maschi e 1 femmina). Di questi 17 sono risultati positivi allo screening, ma 2 di loro hanno rifiutato la possibilità di svolgere colloqui di approfondimento psicodiagnostico perché impegnati nell'attività lavorativa. Dei restanti 15 soggetti, 7 hanno comunque partecipato a colloqui di approfondimento con lo psicologo StartER e 8 inviati ai Servizi DSM.

Alla équipe Adulti sono pervenute 48 schede relative a beneficiari di cui 46 da parte dei vari enti gestori e 2 da parte della Psicologia Clinica. Di essi 2 hanno rifiutato la possibilità di un colloquio, 2 sono stati inviati direttamente al Centro di Salute Mentale ed 1 al SerDP. Dei restanti 43, dopo l'approfondimento psicodiagnostico, 8 hanno proseguito il percorso clinico con la Psicologa StartER, 6 sono stati inviati ai Centri di Psicologia Clinica, 1 al Consultorio Familiare, 4 al SerDP e 24 ai CSM territoriali.

Per quanto riguarda gli utenti inviati ai CSM, le diagnosi riscontrate sono state di Psicosi schizofrenica nel 58% dei casi, di PTSD nel 25% e per il restante di Depressione o

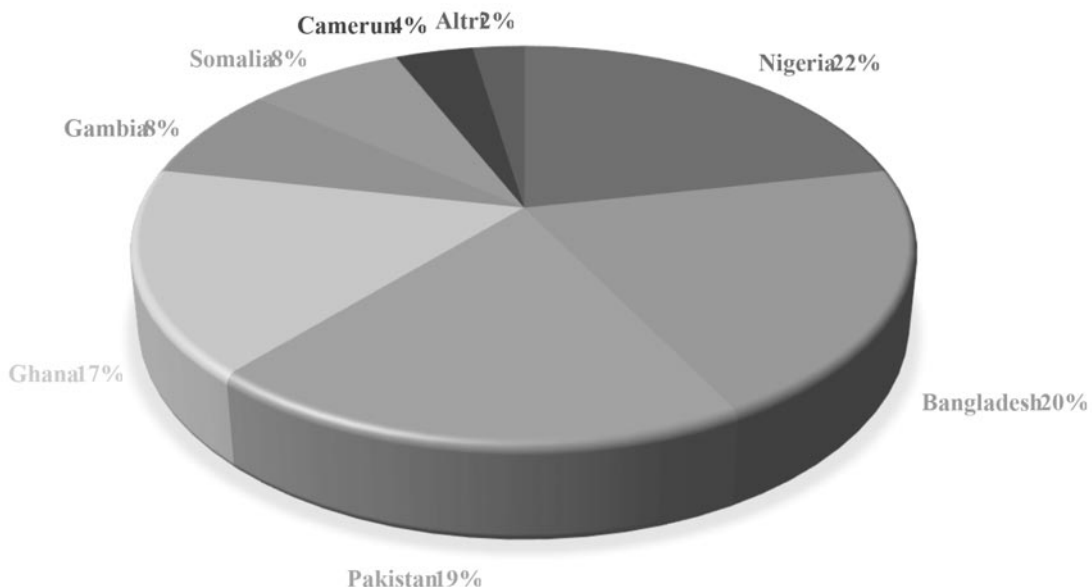


Fig. 1

Reazione da stress; al 91% è stata impostata una terapia farmacologica ed il 41% ha avuto necessità di almeno un ricovero sanitario ospedaliero (con 3 ricoveri in regime di TSO). Attualmente, nel 2023, quattro di essi sono ancora seguiti dal CSM.

Infine, tutte le ulteriori 8 segnalazioni pervenute all'équipe Minori sono state prese in carico dalla NPIA territoriale.

Osservazioni conclusive

Molto è stato fatto dagli anni '80, quando la Scuola Romana d'Igiene Mentale che faceva capo a Luigi Frighi iniziò a segnalare la comparsa e l'importanza di prospettiva dei problemi interculturali della salute (Frighi, 1984) e forse non ci sarebbe bisogno di ulteriori dimostrazioni di come la costruzione di un lavoro di rete, ancorché onerosa, possa condurre ad un netto miglioramento delle risposte del Servizio Pubblico ai bisogni di salute mentale, in particolare nel caso della popolazione migrante (Carrer, 2011).

D'altra parte va però anche riconosciuto che la realtà vissuta dalla maggior parte delle persone attualmente in accoglienza è che, dopo esser rimasti, per i ben noti problemi "burocratici", in tale stato ormai da anni, alcuni di questi hanno iniziato a sentirsi scoraggiati ed appaiono ad oggi resistenti rispetto ad aderire alle attività proposte e a lavorare clinicamente sulla propria persona e/o su eventuali traumi vissuti, verso i quali occorrerà aumentare anche la sensibilità e la preparazione degli operatori coinvolti. Talvolta, però, la maggior conoscenza dei servizi, specie quelli della salute mentale, ha permesso una fase evolutiva con qualche possibilità di miglioramento della propria salute.

Inoltre, si è evidenziato un forte bisogno di orientamento per il "dopo Accoglienza" nei Centri per comprendere le prospettive future. A tal proposito è stata proposta agli Enti Gestori la possibilità di svolgere dei colloqui di accompagnamento all'uscita, effettuati dalla psicologa del progetto, per quelle persone che ne mostravano la volontà o per le quali l'operatore ritenesse importante creare una rete sul territorio. Se quindi la tutela della salute fisica e mentale degli immigrati inizia a far parte della cultura dei servizi, le sue prospettive future non possono prescindere dall'occuparsi di dare una effettiva progettualità a queste persone, in modo che possano essere "cittadini" a tutti gli effetti.

Da molti punti di vista, l'evoluzione del progetto Start-ER2 è stata molto interessante ed ha evidenziato come si sia potuto passare da una fase iniziale in cui a confrontarsi erano solo operatori "esperti" o personalmente interessati ai temi della Medicina delle Migrazioni o della Psichiatria Transculturale, al coinvolgimento, già nel medio periodo, di professionisti di differenti équipe di appartenenza, fino ad arrivare all'implementazione della cura del migrante o del rifugiato nell'operatività ordinaria che si sta consolidando

come parte delle "buone prassi" e della cultura dei servizi, come evidenziato dalla importante partecipazione ai momenti di formazione; infine, esso ha favorito una crescente conoscenza dei servizi della Salute Mentale e un più facile e più autonomo orientamento verso essi.

Co-autori

Brunello Stefano, *psicologo, DCP Modena*

Kusmann Federica, *psichiatra, DSM-DP Modena*

Giancarlo Gibertoni, *psichiatra DSM-DP Modena*

Bibliografia

G.Valtolina et al, *L'accesso dei migranti ai Servizi di salute mentale nel periodo della pandemia da Covid19*. Ordine degli psicologi, Lombardia, 2022, <https://www.opl.it> 19333-OP.

L. Cimino *Migrazione e salute mentale: un problema emergente*, Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza - Vol. IX - N. 1 - Gennaio-Aprile 2015.

LR.Derogatis, *The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): Administration, Scoring and Procedures Manual*, MN: National Computer Systems, Minneapolis, 2000.

KK.Asner-Self et al., *A cross-cultural analysis of the Brief Symptom Inventory-18*, Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 2006, Vol. 12, No. 2, pp. 367-375.

L. Frighi, *Psichiatria transculturale*, in Id, *Manuale d'Igiene Mentale*, Bulzoni, Roma, 1984, (pp. 285-309).

S.Carrer et al., *Immigrazione, traumi, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale*, Rivista di psichiatria, 2011, 46, 2 pp 129.

Servizio AUSL di mediazione linguistico culturale ed interpretariato

Valutazione interventi AUSL Romagna e Cooperativa DiaLogos, 2021-2022

A cura di
Pierpaolo Fantoni, Paolo Ugolini,
Silvia Valpiani

ABSTRACT

Il presente saggio valuta il servizio di Mediazione linguistico culturale dell'AUSL della Romagna negli anni 2021 e 2022, servizio aggiudicato con appalto pubblico alla Cooperativa DiaLogos di Forlì.

Questo articolo mette in rilievo i meccanismi di facilitazione all'accesso ai servizi sanitari fin qui sperimentati, quali l'introduzione in pianta stabile di mediatori culturali e interpreti nei servizi, la predisposizione di materiali multilingue, l'introduzione di progetti specifici, oltre alla possibilità di avere un supporto per lingue anche rare su chiamata. Il Servizio è attivo sia nella Medicina Ospedaliera che Territoriale.

Gli autori del saggio si pongono la domanda se la qualità del servizio appaltato possa diventare motore di processi di integrazione socio-sanitaria individuale, gruppale, istituzionale e comunitaria, oltre che supporto ai professionisti sanitari.

59

Introduzione

I crescenti bisogni e la domanda di salute della popolazione straniera confermano l'esigenza di favorire il superamento delle barriere linguistiche, culturali e psico-sociali, che ostacolano l'accesso e la corretta fruizione di servizi sanitari e socio-sanitari. Emerge con sempre maggiore evidenza la necessità di sostenere i processi di integrazione e di coinvolgimento consapevole nei percorsi di diagnosi e cura e di accrescere conoscenze e competenze anche in tema di prevenzione collettiva e di promozione della salute, per favorire la partecipazione dei singoli e delle comunità immigrate al processo di difesa, recupero e promozione della salute.

Rif.
Pierpaolo Fantoni,
Coordinatore Servizio Mediazione Culturale
ed Interpretariato/AUSL della Romagna
0541 707083
pierpaolo.fantoni@auslromagna.it

La mediazione linguistico culturale è uno degli strumenti che rendono maggiormente accessibili i servizi sanitari da parte dei cittadini migranti, sostenendo il superamento degli ostacoli linguistici e culturali (derivanti anche dalla scarsa conoscenza del sistema sanitario italiano), e consentendo un pieno godimento del diritto alla salute. È cultura condivisa da parte dell'AUSL della Romagna rendere il servizio di mediazione culturale e interpretariato strutturale, nei presidi ospedalieri e nelle strutture sanitarie territoriali. Questo consente di creare un dialogo continuo tra mediatori e personale sanitario nei vari servizi, base sulla quale possono essere progettati proposte e interventi, che introducano modalità interculturali nelle prassi sanitarie e favoriscano la valorizzazione delle culture di appartenenza.

Lo scopo è anche quello, oltre all'accesso ai servizi e alla qualità delle cure per tutti, di favorire gradualmente il loro inserimento nei circuiti ordinari dell'utilizzo dei servizi.

1. Sintetici indicatori fenomeno immigrazione in Romagna

- La presenza di stranieri immigrati sul territorio dell'AUSL della Romagna è un fenomeno strutturale e in rapido incremento:
 - sono tendenzialmente giovani e in buone condizioni di salute;
 - presentano un elevato tasso di natalità e di norma sono orientati alla stabilizzazione;
 - oltre la metà di essi convive con un proprio familiare;
 - più di un terzo vive in nuclei familiari allargati;
 - è residente da più di 5 anni nella Regione Emilia-Romagna.

Data la maggiore visibilità ed accessibilità nei Pronto Soccorso, attivi 24 ore su 24, e considerata la scarsa conoscenza dei servizi di base da parte degli stranieri, si è riscontrato un utilizzo improprio di questi servizi.

Il numero dei ricoveri è di norma basso; dato l'alto tasso di natalità i servizi richiesti sono in prevalenza legati all'assistenza alla gravidanza e al parto. Infatti è crescente l'utilizzo dei servizi consultoriali pubblici per tutti i problemi della sfera riproduttiva e della salute della donna (contraccezione, pap test, etc.) anche se con adesione agli screening oncologici bassa.

In ambito infantile i tassi di ricovero sono più elevati per gli stranieri rispetto agli italiani, a causa della scarsa familiarità con i servizi di assistenza di base e alla difficoltà riscontrata nel gestire la malattia a domicilio.

Gli infortuni sul lavoro sono in crescita fra gli stranieri, mentre per gli italiani il trend nazionale e regionale è discendente da quasi dieci anni.

Altri fenomeni rilevanti, in prospettiva, sono l'emergere delle seconde generazioni di immigrati con possibili problemi connessi al disagio dei giovani e all'invecchiamento delle prime generazioni con l'insorgere di patologie croniche e oncologiche (come per le popolazioni occidentali) su cui tanto peso hanno i fattori socio-ambientali e gli stili di vita.

2. Valutazione Servizio di Mediazione linguistico culturale

La Cooperativa DiaLogos, a seguito di procedura di appalto pubblico, eroga il Servizio di Mediazione Culturale ed Interpretariato presso l'AUSL della Romagna, sia in ambito ospedaliero che territoriale, su 5 piani operativi:

- i. Piano psico-sociale e relazionale (Diagnosi dei bisogni e risorse dell'utente immigrato).
- ii. Piano educativo-informativo (Orientamento relazione utente immigrato/servizi).
- iii. Piano culturale (Mediazione interculturale).
- iv. Piano linguistico-comunicativo (Intermediazione linguistica).
- v. Piano organizzativo (Ri-orientamento dei servizi).

La Coop. DiaLogos offre servizio di mediazione linguistico culturale in:

- lingue veicolari: inglese, francese, spagnolo e portoghese;
- altre lingue: arabo, cinese, rumeno, russo, albanese, tedesco, bengalese, ucraino.

2.1. Organizzazione e funzionamento

- Presenza fissa: giornaliera e/o settimanale e/o stagionale (sportello informativo e accoglienza in Ospedale e nei Consultori familiari e pediatrici, ecc). L'articolazione dell'attività può anche essere espletata (su specifica richiesta AUSL) con prestazioni sulle 24 ore giornaliere, compresi i festivi.

Aumento delle ore degli sportelli informativi e di accoglienza: su 3904 ore, la prevalenza è Ravenna (1155 ore), segue Cesena (1122 ore), Rimini (997 ore) e Forlì (629 ore) (Fig. 1).

Rispetto al bisogno di mediazione nelle lingue straniere richieste, non si notano differenze significative tra 2021 e



Fig. 1 – Ore di Mediazione Culturale negli sportelli informativi e di accoglienza degli Ospedali di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini, anni 2021 e 2022. V.A.

Fonte: DiaLogos

2022. Analizzando il 2022 la lingua più utilizzata nelle mediazioni è quella cinese (37%) seguita con valori simili (tra il 16 e il 18%) da quella inglese, araba e russa (Fig. 2).

- Presenza a chiamata:
 - Presenza programmata: su richiesta con preavviso non inferiore alle 12 ore.
 - Interventi in urgenza: il preavviso è inferiore o pari alle 12 ore (prima informazione al paziente e/o ai familiari, gestione della salma per la religione islamica, ecc.);
 - Interventi in emergenza: il preavviso è inferiore o pari alle 2 ore (per acquisizione consenso informato del paziente per intervento diagnostico/chirurgico urgente, per procedura di consenso per espianto di organi, ecc.);
 - Interventi in videochiamata: ogni qualvolta è possibile anche attraverso l'utilizzo dell'operatore attivo nella presenza fissa di altre postazioni nel territorio dell'AUSL Romagna.



Fig. 2 – Ore di lingua di Mediazione Culturale negli sportelli informativi e di accoglienza degli Ospedali di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini, anni 2021 e 2022. V.A. e Valori %

Fonte: DiaLogos

Da notare le poche richieste di chiamate in emergenza e in urgenza; l'aumento delle ore a chiamata a Cesena (quasi raddoppiate al contrario di Ravenna e Forlì; in netto calo le ore di Rimini) (Tab. 1).

Attività su progetto:

sono attività che prevedono l'azione sistematica e continuativa dei mediatori nell'ambito di progetti specifici dell'AUSL della Romagna.

Ancora in corso di approvazione un progetto di traduzione nelle principali lingue veicolari e in altre maggiormente utilizzate nei vari territori sia di opuscoli informativi che di pagine internet del sito istituzionale dell'AUSL della Romagna (modalità di accesso e servizi offerti durante il Percorso Nascita, corretto utilizzo del Pronto Soccorso, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta). Traduzione scritta di documenti e materiale informativo: traduzione scritta, nelle diverse lingue, di documentazione sanitaria, foglio illustrativo farmaci e opuscoli riguardanti problematiche di carattere socio-sanitario (informazioni sui servizi e sulle modalità per accedervi, procedure, ecc.).

Attività di coordinamento

DiaLogos ha individuato un Referente Tecnico dell'Appalto, con adeguata e specifica formazione, a cui è stato affidato la direzione complessiva del servizio che si avvale di un team: Coordinatore di gestione della mediazione linguistica e culturale e il Coordinatore di gestione e traduzione.

SEDE OPERATIVA									
CESENA		FORLÌ		RAVENNA		RIMINI		TOTALE	
2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Ore a Chiamata IN EMERGENZA									
25	47	10	11	24	27	20	17	79	103
Ore a Chiamata IN URGENZA									
32	42	16	18	18	20	10	19	76	99
Ore a Chiamata PROGRAMMATE									
604	1032	520	768	851	1153	1.282	823	3.257	3.776
TOTALE									
661	1121	546	797	893	1200	1.312	859	3.412	3.978

Tab. 1 – Ore a Chiamata: Programmate, in Urgenza, in Emergenza, anni 2021 e 2022, V.A.

Fonte: Dialogos

Sintesi attività Servizio di Mediazione linguistico-culturale

- Accogliere l'utenza straniera
- Facilitare la comunicazione verbale, paraverbale e non verbale durante le visite ed i colloqui
- Fornire consulenza e chiarificazioni al personale sanitario sulla cultura di provenienza dell'utente
- Contribuire alla produzione e distribuzione di materiale informativo opportunamente tradotto
- Il mediatore può anche fornire assistenza nel disbrigo di pratiche amministrative

Gli interventi del Servizio MED CULT e INT si possono così suddividere:

1. ATTIVITÀ DI SPORTELLLO (informazione, orientamento, consulenza)
2. INTERVENTI DI MEDIAZIONE CULTURALE (programmato, in urgenza, in emergenza)
3. CONSULENZA TELEFONICA IN LINGUA
4. TRADUZIONI SCRITTE DI DOCUMENTI E MATERIALE INFORMATIVO
5. ATTIVITÀ SU PROGETTO SPECIFICO

62

3. Tipologia attività/prestazioni

La Coop. DiaLogos svolge le proprie attività prestazioni, attraverso le seguenti 3 Aree:

3.1. Area Informazione/Orientamento/Accessibilità

Una migliore conoscenza di servizi e prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Regionale è fondamentale nel percorso di accoglienza e integrazione della popolazione immigrata. Pertanto i compiti del Mediatore linguistico-culturale contribuiscono allo sviluppo di un servizio di accoglienza, orientamento e prima informazione in grado di fornire risposte specifiche e personalizzate; tra queste, contribuire a rafforzare sinergie e lavoro di rete fra i diversi *front office* aziendali e con la rete degli sportelli informativi dei diversi enti locali ed amministrazioni pubbliche (Comune, Centro per l'impiego, ecc.) per consentire agli stranieri di conoscere i servizi ed accedervi con percorsi facilitati. Nello specifico:

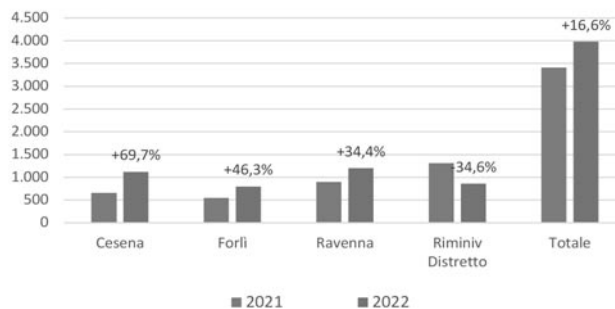


Fig. 3 – Ore di Presenza a chiamata (Programmata-In urgenza-In Emergenza) di Mediazione Culturale nell'Ospedale di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini, anni 2021 e 2022. V.A. Fonte: DiaLogos

- accogliere ed orientare stranieri che necessitano di un supporto linguistico e socio-culturale per l'accesso ai servizi erogati dall'AUSL della Romagna, inclusi gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP);
- integrarsi con il Centro Stranieri dei Comuni del territorio, con le Associazioni umanitarie (Caritas, CRI, ecc.) e con altre Associazioni del terzo settore, per un interscambio di informazioni sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, orientandoli verso gli uffici dedicati;
- portare assistenza nell'espletamento delle procedure per il rilascio della tessera STP;
- diffondere opuscoli informativi nei punti di maggiore aggregazione, in occasione della promozione di progetti specifici;
- supportare pazienti in fasi critiche del percorso diagnostico e/o terapeutico (es.: necessità di presidi sanitari, protesi, ecc);
- facilitare relazioni tra i pazienti ed i loro familiari con famiglie appartenenti alla stessa etnia di origine;
- facilitare il ricongiungimento familiare, in collaborazione con la Questura e con i diversi Consolati, per pazienti con gravi patologie;
- monitorare i contatti con gli stranieri per l'individuazione di servizi e prestazioni maggiormente richiesti e degli eventuali ostacoli incontrati nell'accesso ai servizi allo scopo di migliorare l'informazione e proporre interventi adeguati;
- partecipare ad incontri con operatori sanitari che sono maggiormente a contatto con utenti stranieri;
- coordinare e svolgere attività connesse a progetti specifici (es. convocazioni telefoniche per screening oncologici, partecipazione ad incontri organizzati per progetti specifici, ecc).



Fig. 4 – Ore lavorative di Mediazione Culturale di informazione e accoglienza, nei Consultori AUSL della Romagna, anni 2021 e 2022, V.A. Fonte: DiaLogos

3.2. Area Accoglienza/Personalizzazione/Umanizzazione

i) Attività di mediazione culturale a supporto di tutte le attività di diagnosi, cura e riabilitazione e di prevenzione individuale e collettiva.

- Il Mediatore ha la funzione di facilitare le relazioni tra gli operatori e le persone straniere e in tale area deve:
 - essere sensore ed interprete della domanda e dei bisogni della persona straniera;
 - supportare i professionisti e gli operatori negli scambi di informazioni necessarie all'espletamento del percorso di erogazione della prestazione/servizio e alla corretta fruizione da parte del paziente;
 - facilitare la continuità terapeutica-assistenziale;
 - collaborare alla elaborazione e traduzione orale di materiale informativo.

ii) Attività di mediazione culturale nei Consultori pediatrici, familiari e/o in altre strutture distrettuali e ospedaliere tramite presenza fissa e/o presenza a chiamata e/o attività su progetto.

La salute materna e infantile rappresenta uno degli ambiti prioritari di intervento. Vista la capillare presenza di strutture territoriali e ospedaliere dedicate a tal fine, il miglioramento dell'accessibilità ai servizi si attua soprattutto tramite la costruzione di un adeguato percorso informativo. Le attività svolte in questo settore sono tese a facilitare l'utilizzo dei servizi sanitari offerti, in particolare dei servizi che svolgono attività di prevenzione. Ai fini dell'espletamento del servizio vi è la prevalente presenza di mediatori di sesso femminile.

- Il mediatore/interprete in questi servizi svolge i compiti richiesti da ogni organizzazione, quali, a titolo meramente esemplificativo:
 - accompagnare la donna straniera nel percorso diagnostico e terapeutico in ambito ginecologico o di interruzione di gravidanza, dal Consultorio alle Strutture ospedaliere;
 - accompagnare la donna gravida nella visita all'U.O. Ostetricia, al nido neonati ed al punto nascita;
 - effettuare colloquio individuale «concentrato» (gravida, ostetrica del Consultorio, Mediatrice) di preparazione al parto;
 - assistere la puerpera ed il neonato durante le visite domiciliari e presso il Consultorio pediatrico per le vaccinazioni;
 - reperire informazioni e documentazione relative agli interventi sanitari eseguiti nel Paese di origine, effet-

tuando eventuali traduzioni e provvedendo all'archiviazione dei dati (es.: vaccinazioni);

- contattare telefonicamente le donne invitate che non hanno risposto positivamente all'invito ad aderire alla campagna screening "prevenzione tumore collo dell'utero";
- altre attività connesse, anche di natura amministrativa. Interessante l'aumento diffuso delle ore lavorative nei Consultori, in particolare nel Distretto di Rimini (Fig. 4). Rispetto agli obiettivi più sopra dichiarati di mediazione culturale sia nei Consultori pediatrici che famigliari, ci si chiede quanti siano gli obiettivi effettivamente raggiunti come Piano psico-sociale e relazionale e Piano educativo-informativo. Perché non è pensabile una presenza del mediatore culturale nei Distretti se non svolge tale ruolo nell'area materno-infantile.

Anche nei Consultori non ci sono differenze significative delle lingue di mediazione tra 2021 e 2022; analizzando il 2022 si nota la prevalenza della lingua cinese (1968 ore), seguita da arabo (1484 ore) e ucraino (796 ore) (Fig. 5).

iii) Attività di mediazione culturale nell'ambito della Struttura Semplice Tutela Minori ambito di Rimini.

Conformemente alla vigente legislazione nazionale e regionale, per effetto di delega di venti dei ventisette comuni della Provincia riminese, l'AUSL della Romagna, Ambito di Rimini, assicura attività di assistenza sociale alla famiglia, alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva; questa è assicurata a favore di minori in stato di necessità e a rischio di disadattamento, compresi i minori stranieri non accompagnati, con l'obiettivo di reinserimento familiare e sociale. Questa attività di mediazione culturale si rende necessaria per permettere ai minori stranieri e alle loro famiglie di comunicare con le professionalità aziendali dedicate a supportarli in fasi di difficoltà (Assistenti Sociali, Psicologi).

3.3. Area Traduzioni scritte/Attività amministrativa/-Coordinamento

- Traduzione scritta di documentazione e materiale informativo ad uso degli utenti stranieri e degli operatori che con essi si rapportano. I documenti oggetto di traduzione riguardano soprattutto temi di carattere socio-sanitario.

Nello specifico:

- Traduzione ex-novo o aggiornamento integrazione di documenti già parzialmente tradotti.
- Traduzione dei Foglietti illustrativi dei farmaci.

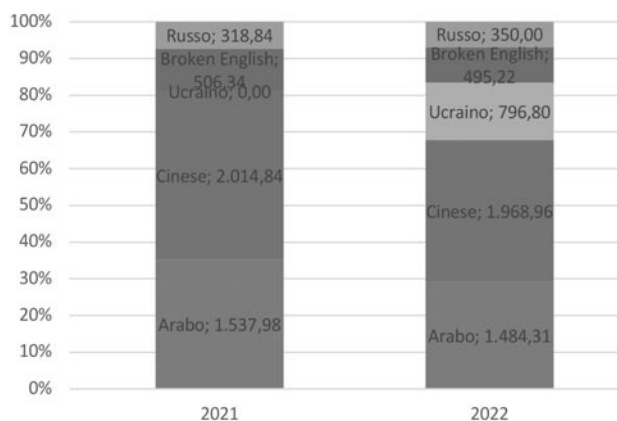


Fig. 5 – Ore di lingua di Mediazione Culturale di informazione e accoglienza, nei Consultori AUSL della Romagna, anni 2021 e 2022, V.A. Fonte: DiaLogos

64

- Revisione linguistica di traduzioni esistenti.
 - Traduzioni giurate.
 - Accompagnamento per traduzioni presso l’Autorità Giudiziaria.
- Attività amministrativa
 - i) Ospedale con ricovero: l’interprete, collocato presso le sedi ospedaliere, svolge le proprie funzioni in collaborazione con il personale sanitario delle Unità Operative e svolge un’attività preparatoria (recupero documenti, verifica copertura sanitaria), propedeutica al completamento dell’iter amministrativo di competenza degli uffici amministrativi preposti al recupero del credito nelle varie forme previste dalla normativa in materia di stranieri.
 - ii) Distretto socio-sanitario: dopo il ricovero ospedaliero (DRG) eventuali interventi post dimissioni a livello territoriale/distrettuale come «continuità assistenziale».
 - Il Referente Tecnico della Coop. Dialogos interagisce in un’ottica di partnership costantemente attiva con il DEC dell’AUSL e con il “Coordinamento Aziendale dei Servizi di mediazione linguistico-culturale ed interpretariato”, in particolare per funzioni di:
 - pianificazione, programmazione e valutazione del servizio annuale e monitoraggio;
 - miglioramento continuo prestazioni e sviluppo di forme maggiormente efficaci di integrazione fra le varie tipologie di servizi.

4. Valutazione servizio estivo di interpretariato nelle postazioni di Rimini e Cesenatico

Dall’analisi degli incrementi percentuali rilevati presso le sedi ospedaliere di Cesenatico e Rimini, tra il 2021 e il

2022, risulta evidente che nel 2021 l’emergenza sanitaria da Covid-19 esercitava ancora un effetto deterrente sulla mobilità delle popolazioni a scopi ricreativi. I dati si sono pressoché allineati alle percentuali pre-pandemia nel corso del 2022.

Dato il costo di tale servizio estivo di mediazione, ci si chiede perché a Rimini e Cesenatico è presente mentre è assente nella costa ravennate?

Osservazioni conclusive

L’AUSL della Romagna si trova attualmente ad affrontare l’imponente ed eterogenea mobilità di migranti sia europei che provenienti da Paesi extra UE, a causa della presenza di conflitti armati che di eventi meteorologici estremi nelle rispettive terre d’origine. Ciò premesso, alcune osservazioni conclusive:

1. Adeguare l’infrastruttura accoglienza, con un approccio sia strutturale che metodologico tramite la rimodulazione dell’assetto organizzativo della rete di accoglienza e in secondo luogo tramite l’incremento della disponibilità di Mediatori Culturali esperti in lingue veicolari diverse ed ulteriori rispetto a quelle attualmente e storicamente disponibili.
2. Aprire maggiormente il Servizio di Mediazione linguistico culturale ed interpretariato ad obiettivi non solo individuali, ma collettivi ed istituzionali perché tra loro interconnessi. E in parallelo favorire maggiormente processi di prevenzione negli stili di vita.
3. Per dare concretezza a quanto espresso al punto 2, predisporre percorsi mirati di formazione e aggiornamento dei mediatori.
4. Ipotizzare il potenziamento della presenza fissa dei mediatori nelle strutture ospedaliere e territoriali. Perché si ponga maggior attenzione al raggiungimento degli obiettivi dei cinque piani elencati al punto 2 di questo saggio.
5. Sviluppare interventi su progetto al fine di rispondere alle nuove e vecchie esigenze della popolazione migrante, (Servizi rivolti alla procreazione responsabile, alla salute psicologica, alla prevenzione della violenza domestica, alle esigenze della popolazione carceraria).
6. Sperimentare maggiormente le videocchiamate seguendo le orme della telemedicina (miglior utilizzo dello spazio interno delle postazioni fisse).
7. Pubblicazione di alcune pagine internet informative nel sito AUSL della Romagna con particolare attenzione alle modalità di accesso ai principali servizi/prestazioni erogati dall’Azienda.

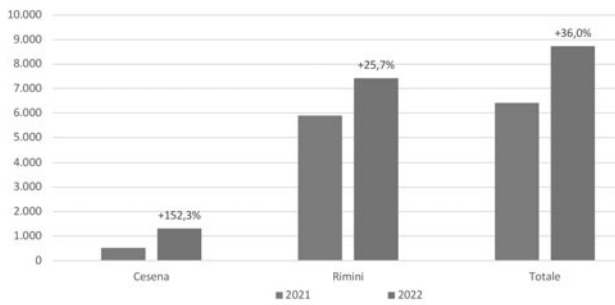


Fig. 6 - Ore lavorative di Interpretariato nelle sedi di Rimini e Cesenatico, anni 2021 e 2022, V.A.

Fonte: DiaLogos

Co-autori

Paolo Ugolini, *sociologo della salute, Verificatore Accreditamento/ASSR, Regione Emilia-Romagna*
 Silvia Valpiani, *Direttore Cooperativa DiaLogos/Forlì*

Hanno collaborato

Fulvia Fabbri, *Coordinatrice Coop. DiaLogos*
 Massimo Ricci, *Coop. DiaLogos*

Bibliografia

- M. Cardano, G.Giarelli, Giovanna Vicarelli (a cura di), 2020, *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Manuali, BO.
- G. Giarelli, L.Lombi, *La partecipazione dei cittadini-utenti/pazienti e della società civile nel SSN*, Salute e Società, anno XXI, n.1/2022.
- G. Melone, 2023, *Scenari e modelli di governo, organizzazione e management del sistema sanitario italiano, tra pandemia e PNRR*, Maggioli Editore, Sant'arcangelo di Romagna (RN).
- P. Ugolini, A.Saponaro, 2009, *Auditor in sanità e conoscenze e competenze sociologiche*, in F.Panza (a cura di), *La professione del sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale*, F.Angeli, MI.
- P. Ugolini, A.Piazza, M.Sanza, *Editoriale in SESTANTE, La partecipazione di utenti e famigliari ai processi di cura. Esperienze innovative in Emilia-Romagna*, n. 3/2017.

Reggiane OFF, un intervento di inclusione cittadina

Come superare le politiche degli sgomberi nel lavoro sociosanitario a Reggio Emilia

Michela Caporusso

66

ABSTRACT

Le nostre città vivono continui cambiamenti a causa anche delle trasformazioni socioeconomiche, i cui effetti più importanti spesso ricadono su fasce di popolazione già fragile. Anche realtà storicamente ricche e floride e con una lunga esperienza in ambito di politiche di welfare stanno facendo i conti con questi cambiamenti, tanto da dover immaginare politiche e interventi innovativi rivolti ad adulti che vivono in condizione di grave emarginazione.

La città di Reggio Emilia nell'ultimo decennio ha visto un importante aumento di questo fenomeno, che si è concentrato (ma non esaurito) in un'area della città portatrice di un importante valore storico e sociale, quella delle ex Officine Meccaniche reggiane.

L'amministrazione comunale ha quindi costruito un protocollo interistituzionale (con regione ER, AUSL, Caritas Diocesana e STU Reggiane) da cui si è avviato un lavoro multilivello finalizzato ad offrire agli abitanti dell'area un progetto di presa in carico individualizzato, coinvolgendo diverse realtà, compreso il volontariato (laico e confessionale).

Dal lavoro, svolto secondo l'approccio della prossimità, è emersa la potenza della violenza strutturale di cui chi occupa gli ultimi gradini della piramide della stratificazione civica è vittima, ma allo stesso tempo importanti segnali di agency intesa messa in atto da soggetti che sembrano in grado di abitare saldamente il mondo e affermare il proprio desiderio, operare scelte o negoziare spazi di azione, pur fra vincoli e rinunce, rovesciando a proprio vantaggio persino situazioni di abiezione come la condizione di schiavitù¹.

Rif.
Michela Caporusso, Assistente sociale,
Servizio politiche di welfare e intercultura,
Comune di Reggio Emilia
366 6218417
michela.caporusso@comune.re.it

Note

- 1 Da "Agency, soggettività, violenza: vite di traverso, figure del riscatto." Roberto Beneduce e Simona Taliani, in *Antropologia*, Vol. 8, Numero 1 n.s., febbraio 2021.

Introduzione

L'ex area industriale delle Officine Meccaniche Reggiane, una delle più grandi realtà industriali italiane del Novecento, rappresenta per la città un luogo che ha dato lavoro a migliaia di persone e alla cui storia la cittadinanza reggiana è molto legata, essendo stata una fabbrica che ha inciso profondamente sullo sviluppo cittadino, fulcro di attività produttive e teatro di eventi di occupazione e lotta operaia. All'apice della sua espansione, negli anni Quaranta, contava circa 11.000 dipendenti, su un'area di 625.000 mq, e l'area urbana contigua era di fatto un grande quartiere operaio costruito a ridosso della fabbrica stessa, per ospitare operai specializzati e rispettive famiglie provenienti da tutta Italia. Negli ultimi dieci anni l'area industriale, ormai dismessa, la cui attuale estensione è di 255.000 mq, tra aree ristrutturata e non (pari quasi alla superficie del centro storico della città di Reggio Emilia) è stata progressivamente occupata da cittadini migranti, che l'hanno utilizzata come abitazione stabile o temporanea, sede di piccole attività economiche (informali o illegali), luogo di socialità.

In diverse sedi è stato definito il più grande insediamento informale sul territorio regionale in epoca recente, essendo stata stimata una presenza oscillante fra le 100 e le 250 persone, variabile in base a circostanze endogene (equilibri fra diversi gruppi di appartenenza) o esogene (condizioni climatiche, operazioni di Polizia all'interno dell'area, fasi economiche della città, andamento dei flussi migratori e dei sistemi di accoglienza). L'area è composta da diversi capannoni, alcuni dei quali sono stati ristrutturati e destinati a progetti di innovazione a servizio delle imprese e della ricerca, mentre la maggior parte è ancora ridotta ad uno scheletro, senza infissi, servizi igienici o acqua corrente.

1. Il ruolo dei servizi socio-sanitari

La presenza di questo insediamento sul territorio cittadino ha portato i servizi sociosanitari a valutare di dover agire in una cornice differente, strettamente collegata a movimenti globali, di cui i flussi migratori transnazionali contemporanei sono l'evidenza, che hanno immancabilmente un punto di caduta anche sui territori locali.

Le persone che abitavano l'area infatti erano al 100% cittadini migranti di diverse nazionalità, con caratteristiche composite e storie personali condizionate da momenti di crisi:

- la crisi economica del 2008, con la conseguente perdita di lavoro per parecchi uomini (in particolar modo impiegati nel settore edilizio) che hanno fatto fatica a ricollocarsi nuovamente sul mercato;
- la cosiddetta "crisi dei rifugiati" del 2014-2018, che ha fatto aumentare in maniera esponenziale la presenza di cittadini migranti e ampliato il numero dei Paesi di provenienza, inseriti inizialmente in progetti di

accoglienza ministeriale, ma che non hanno costruito condizioni in grado di consentire, all'uscita, totale autonomia;

- la crisi del mercato immobiliare, che ha reso (e continua a rendere), l'accesso al mercato privato degli affitti nella nostra città, per un cittadino migrante, ancora più difficoltoso che per un cittadino italiano.

In questo decennio i servizi sociosanitari hanno preso in carico individualmente le persone che vivevano nell'area delle ex Officine Meccaniche Reggiane sulla base dell'urgenza di alcune situazioni (per esempio laddove occorreva attivarsi per tutelare le donne, molto spesso vittime di sfruttamento sessuale e di violenze, incinte o con figli minori, oppure per persone che presentavano condizioni sanitarie precarie) e hanno effettuato qualche tentativo, non completamente riuscito, di affrontare il fenomeno dell'occupazione in maniera più strutturata.

Nella prima fase della pandemia da Covid-19, il servizio sociale ha inoltre dato mandato di allestire immediatamente fuori dall'area uno spazio docce gestito dai volontari della Protezione Civile, al fine innalzare il livello di tutela sanitaria degli occupanti.

Nel dicembre 2020 è stato sottoscritto un protocollo della durata di un anno tra Comune di Reggio Emilia, Regione Emilia-Romagna, AUSL di Reggio Emilia, STU Reggiane SpA e Diocesi di Reggio Emilia-Guastalla, nel quale è stato esplicitato l'intento di agire in maniera coordinata al fine, fra le altre cose, di *creare "dei corridoi umanitari locali" efficaci nel portare sul territorio esperienze originali di contrasto alle marginalità e al degrado diffuso.*

L'obiettivo finale del progetto era offrire a chi occupava l'area percorsi di reinserimento sociale, in accoglienze a carattere abitativo diffuse sul territorio comunale, finanziate dai servizi, reperite da organizzazioni del privato sociale che hanno impiegato anche personale educativo.

Il progetto si è sviluppato a partire dal gennaio 2021 e, nel giro di qualche mese, con un'accelerazione imprevista richiesta al tavolo dalla riunione del COSP di fine estate, è stata garantita un'accoglienza individualizzata a 104 persone in contesti differenziati per aspetti amministrativi, gestionali, professionali e progettuali. Sul totale di 104 persone accolte, gli irregolari sono risultati 4 e ben 100 le persone regolarizzate nel corso delle operazioni grazie alla presa in carico specializzata o già regolari (prevalentemente di origine nordafricana e di nazionalità Ghanese, con lunghi percorsi migratori alle spalle).

2. Protocollo d'intervento, dispositivi di lavoro e struttura della rete

Il Protocollo (Fig. 1) ha rappresentato la cornice formale entro la quale procedere, con un approccio multilivello (aspetti

sociosanitari, cantieristici, di sicurezza urbana) e sistematico, con una condivisione di responsabilità tra soggetti pubblici e privati, portatori di mandati sociali e sanitari. Nella storia dei servizi spesso i Protocolli restano lettera morta, ma nella nostra esperienza ha rappresentato un dispositivo che ha svolto una funzione di orientamento (e verifica) rispetto agli obiettivi prefissati e di legittimazione nell'operatività e nelle relazioni interistituzionali.

Il Protocollo ha previsto due dispositivi organizzativi quali la cabina di regia (con funzioni di coordinamento delle azioni messe in campo dai firmatari) e il tavolo tecnico operativo (con funzioni di aggancio, conoscenza, valutazione, presa in carico delle persone incontrate nell'area).

Il mandato politico rispetto agli obiettivi del protocollo è stato molto chiaro, confermato dall'investimento straordinario della rete, sia in termini di personale che di risorse economiche.

AMBITI	TITOLI
A AMBITO PATRIMONIALE	Realizzare obiettivi di STU (rigenerazione urbana) Obiettivo comune di evitare definitivamente l'accesso Riquilibrare area contrastando la marginalità Ricerca di nuovi partner per STU
B AMBITO ISTITUZIONALE	Creare collaborazione tra partner istituzionali Attuare gli indirizzi del coordinamento ordine e sicurezza pubblica Garantire pulizia e condizioni sanitarie minime accettabili Modella innovativo di governance Creazione di un progetto replicabile Integrazione a obiettivi strategici piano sociale e sanitario Regione Emilia-Romagna Fronteggiamento situazione aggravata dal Covid Patti lateranensi
C AMBITO SOCIALE	Promuovere dignità umana Coerente e unitaria visione e gestione tramite la cabina di regia Ricollocazione (essenziale per progressivo affrancamento da intervento pubblico) Soddisfacciamento necessità a sviluppo integrale dell'uomo Collaborazione con Migrantes Corridoi umanitari locali Percorsi di accoglienza garantendo salute e sicurezza ma anche sostenibilità nel tempo Cornice di dialogo con attori sociali Percorsi di uscita da illecità

Fig. 1 – Estratto del Protocollo d'intervento tra Regione Emilia-Romagna, Comune di RE, AUSL di RE, STU Reggiane SpA e Diocesi di RE-Guastalla, a cura del coordinatore del progetto

Il tavolo tecnico operativo, avviato all'inizio del 2021 e attualmente ancora attivo, è composto da un coordinatore esterno appositamente nominato (un dirigente d'azienda in ambito tecnico organizzativo, con esperienze di volontariato in ambito sociale) e personale dei soggetti firmatari già impiegato in servizi dedicati a persone senza dimora o che vivono in condizione di grave emarginazione:

- un'assistente sociale per il Comune di Reggio Emilia;
- il coordinatore del Centro per la Salute della Famiglia Straniera, un'assistente sanitaria del Dipartimento Cure Primarie coordinatrice del gruppo di lavoro "Fasce deboli", il direttore del Servizio di Salute Mentale dell'area nord per l'AUSL;

- la responsabile delle mense e del centro d'Ascolto per la Caritas Diocesana;
 - gli operatori dell'Unità di Prossimità già operante in città, in gestione alla cooperativa sociale "Papa Giovanni XXIII".
- Già dall'aprile 2020, sia operatori sanitari sia operatori sociali (autori delle foto qui riportate) si recavano per più giorni a settimana all'interno dell'area, convinti che occorresse andare nei luoghi dove le cose succedono, conoscere le persone e le loro storie, e farle proprie, per decostruire visioni omogeneizzanti. Sono venuti in contatto con cittadini portatori di sofferenza sociale, definita uno strumento che permette di "esplorare il fitto legame costitutivo [...] fra esperienza soggettiva e più ampi processi storico culturali,

senza mai perdere di vista i rapporti di potere che fondano le possibilità storicamente soggettive d'esistenza". (Quaranta, 2006)

Il gruppo di lavoro, soprattutto in questa prima fase esplorativa, si è mosso quasi con fare etnografico minuto, finalizzato alla costruzione di relazioni che permettesse agli abitanti dell'area di sentirsi accolti, affinché vedessero i servizi come spazi di sicurezza culturale e non solo di controllo sociale.

L'approccio utilizzato è stato di estrema prossimità, gli strumenti (ascolto, condivisione, sostegno) sono stati decisamente laschi, ma non per questo non professionali e questo si è rivelato strategico nel momento in cui, nel luglio 2021, si è sviluppato all'interno dell'area un focolaio di Covid 19, che fino a quel momento era rimasto inspiegabilmente "ai margini" dell'insediamento.

Per garantire l'isolamento delle persone infette, queste sono state inserite in un hotel Covid, al quale accedevano operatori dei servizi di bassa soglia, con il compito di monitorare complessivamente le loro condizioni di salute psico-fisica (considerando che alcuni di loro erano consumatori attivi e altri presentavano fragilità psichiche rilevanti; ad oggi 19 persone sono in carico ai servizi del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche). Il loro intervento è stato funzionale a garantire, come raccomandato dalla normativa, la permanenza in una struttura fisica contenitiva di persone abituate a muoversi liberamente in spazi non costretti.

A partire dalle relazioni individuali costruite nei mesi precedenti, è stato inoltre possibile procedere anche con la vaccinazione del 60% degli occupanti l'area, copertura che sale al 78% tra gli accolti in appartamento (sommando i vaccinati ai non vaccinabili perché avevano contratto il virus, ma per una maggiore specifica si veda la tabella sotto riportata).

In affiancamento al tavolo tecnico operativo, che ha analizzato le singole situazioni attraverso lenti sociali e sanitarie, con l'obiettivo anche di tipizzarle, è stata creata una équipe che ha approfondito le singole posizioni legali

al fine di ricostruire e rivalutare i percorsi individuali. Un approccio di bassa soglia anche su questo intervento di natura giuridica, così come la presa in carico e l'affiancamento in percorsi notoriamente complessi, frammentati e farraginosi, ha permesso l'emersione, il ripristino o il mantenimento della legalità in situazioni insperate.

In alcuni casi, le garanzie offerte da un sistema dei servizi che in maniera integrata ha seguito e si impegna a continuare ad accompagnare i percorsi individuali, sono state valutate positivamente anche da Magistrati chiamati ad esprimersi sul rilascio di alcuni permessi di soggiorno.

Dopo la prima fase delle accoglienze, il tavolo tecnico operativo ha puntato alla stabilizzazione dei progetti attraverso l'attribuzione di una residenza anagrafica negli appartamenti dove le persone effettivamente sono state accolte (e non nella residenza fittizia per persone senza dimora), per segnare anche simbolicamente il non essere ospiti. Perché l'ospite, per definizione, non abita uno spazio di diritto, bensì di concessione.

Ad oggi, più di 50 persone hanno ottenuto la residenza, a fronte di 75 persone ancora accolte.

L'ottenimento della residenza ha favorito l'accesso a diritti da cui i cittadini migranti spesso sono esclusi (pensiamo ad esempio alle conseguenze dei cosiddetti "decreti sicurezza", fortunatamente abrogati nella parte in cui impedivano la richiesta di residenza ai possessori di PdS per richiesta asilo).

Oltre a ciò, l'AUSL ha garantito l'assegnazione di un MMG ai titolari di residenza, per restituire l'idea di universalità dei diritti e l'accesso alle cure. Diverse persone accolte infatti, necessitavano di un aggancio con i servizi di medicina generale e specialistici, soprattutto afferenti all'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

A seguire, sintesi interventi svolti Unità di prossimità e dello sportello di orientamento legale sui percorsi di regolarizzazione (Coop. Papa Giovanni XXIII) e dal Centro per la Salute della Famiglia Straniera (AUSL) all'interno dell'area (Tab. 1).

Unità di Prossimità		Centro per la Salute della Famiglia Straniera		Sportello orientamento legale	
Accessi	163	Accessi	98	Accessi	92
Primo aggancio	1716	Tamponi Covid	279	Approfondimenti successivi	190
Counseling (sostanze, comportamenti a rischio)	850	Vaccinazioni monodose	73		
Contenimento	31	Persone covid + accertate durante il focolaio (maggio-luglio 21)	33		

Tab. 1 – Interventi di prossimità svolti nell'area, da aprile 2020 al 9 settembre 2021 (dati a cura di AUSL/csfs e coop sociale Papa Giovanni XXIII)

3. Discussione e osservazioni conclusive

Il tavolo, che si incontrava con cadenza settimanale prima e quindicinale poi per progettare e monitorare i progetti individuali, ha voluto agire su un piano concreto, burocratico, ma al tempo stesso simbolico, per trasformare la visione ghezzante degli “abitanti delle reggiane”, identificati da diversi cittadini come clandestini, delinquenti, pericolosi e avviare processi di reale integrazione sociolavorativa. Nel riportare questo progetto in diversi luoghi formativi e di confronto, anche nazionali, stiamo riattraversando l’esperienza in un’ottica critica, che ci sta aiutando ad evidenziarne le peculiarità organizzative (coordinamento esterno, protocollo non solo formale, team legale) e le aree di potenziale sviluppo (comunicazione, coinvolgimento strutturato di cittadini, volontari e territorio, ripensamento in ottica comunitaria dei servizi specialistici).

Nei prossimi mesi inoltre, anche grazie a quanto questa esperienza ha reso ben visibile e per certi versi estremizzato, si disegnerà un nuovo assetto dei dispositivi organizzativi interistituzionali che si occupano di grave emarginazione adulta.

Nel riflettere sull’esperienza, è risultato evidente il fenomeno della stratificazione civica, intesa come gerarchia tra i diversi status giuridici, che consentono un accesso differenziale a diritti (e quindi servizi). L’aver incluso nella valutazione delle singole situazioni anche gli aspetti legali ha evidenziato come gli operatori non si possano più esimere dal conoscere le dinamiche legate alla regolarizzazione delle persone sul territorio nazionale, pena essere essi stessi produttori legali di illegalità.

Se, prendendo spunto da Sayad (2002), le migrazioni hanno un effetto specchio sulle realtà di approdo, perché le costringono a misurarsi con le proprie identità e per il solo fatto di esistere tra noi ci costringono a rivelare chi siamo, la domanda è: che città e che servizi siamo?

L’occupazione informale autorganizzata ha seguito logiche proprie, che però non possiamo ignorare: difficoltà estrema nell’accesso alla casa (a meno che si voglia tornare a compravendite delle residenze, sovraffollamenti, insalubrità degli spazi), mancanza di spazi di socializzazione e condivisione (bar) e invisibilità di alcune tipologie di persone, migranti in particolare, che Dal Lago (2004) chiamerebbe *nonpersone*. Le *nonpersone*, secondo l’autore, conducono un’esistenza analoga a quella dei cittadini, ma escono dalla condizione di persone in quanto le norme relative alla cittadinanza fanno di qualcuno una persona, e non viceversa.

Allo scivolamento in questa condizione possono contribuire gli atteggiamenti e le pratiche di lavoro degli operatori, a volte attivati anche inconsapevolmente, che evidenziano come l’esclusione sociale può essere frutto di quella violenza

strutturale teorizzata da Paul Farmer (2006), nell’accezione che legge la sofferenza come “strutturata” da forze e processi storicamente dati che limitano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – la capacità d’azione.

Questa esperienza sta confermando anche che la salute è un concetto universale, ma il suo godimento è fortemente condizionato da determinanti sociali che ne decretano la qualità e le prospettive di cura in caso di sua mancanza. Inoltre, i servizi sociosanitari, strutturati in maniera tradizionale, rischiano di rappresentare a loro volta una barriera all’accesso, per la popolazione target qui illustrata.

Infine, un invito a tutti gli operatori: occorre imparare a comunicare il lavoro sociale senza cadere nella stereotipia, nel pietismo o nell’umanitarismo, ma condividendo con competenza e professionalità l’importante lavoro che svogliamo con le persone. Durante le settimane calde, siamo stati fortemente perdenti su questo piano, lasciando moltissimo spazio ad altre istituzioni che si muovevano su un piano securitario, che quotidianamente era presente sulla stampa locale.

Perché i media costituiscono lo sfondo cognitivo in cui si forma l’opinione pubblica, e su questi temi abbiamo bisogno di coinvolgere le comunità locali, i cittadini, affinché sia responsabilità di tutti costruire società inclusive.

Chiudo con una riflessione sugli aspetti legati all’ottenimento (o al mantenimento) di uno status legale che permetta la permanenza sul territorio nazionale in condizioni di regolarità. Per chi si occupa di migrazione e marginalità sociale è chiaro che questo rappresenta lo spartiacque tra il possibile e l’impossibile, tra l’esistere e il non esistere, e nel nostro caso tra l’uscita e la permanenza in una condizione di emarginazione o, peggio ancora, nello scivolamento in condizione di esclusione sociale conclamata.

Bibliografia

- P. Bourgois, *Cercando rispetto, drug economy e cultura di strada*. DeriveApprodi, 2005.
- A. Dal Lago, *Nonpersone, l’esclusione dei migranti da una società globale*. Feltrinelli, 2004.
- P. Farmer, *Un’antropologia della violenza strutturale*. In *Antropologia*, N8/2006.
- I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica, i testi fondamentali*. Raffaello Cortina, 2006.
- A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell’emigrato alle sofferenze dell’immigrato*. Raffaello Cortina, 2002.
- R. Beneduce, S. Taliani, “Agency, soggettività, violenza: vite di traverso, figure del riscatto”. in *Antropologia*, Vol. 8, Numero 1 n.s., febbraio 2021.

L'équipe marginalità a Rimini: ripensare i modelli di cura a partire “dal basso”

Un dispositivo interdisciplinare fra sanitario, sociale e terzo settore

Simona Di Marco, Nicoletta Russo

ABSTRACT

Le persone migranti nel nostro paese vivono spesso in condizione di grave marginalità e faticano a conoscere e ad accedere ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio. L'articolo si propone di presentare e descrivere il lavoro dell'équipe marginalità nata sul territorio di Rimini, che rappresenta un dispositivo di sperimentazione di percorsi di cura condivisi e uno strumento di lavoro multidisciplinare per la presa in carico di situazioni complesse. L'équipe è composta da diverse soggettività del pubblico e del privato sociale che si occupano a diverso titolo di persone in condizione di marginalità e che lavorano insieme con l'obiettivo di garantirne i diritti e di migliorarne la tutela e la salute. Le persone intercettate dalla rete della marginalità sono portatrici di bisogni sociali, psicologici e sanitari complessi che necessitano di un lavoro di rete e prossimità per poter essere elaborati. Gli interventi di cura pensati dall'équipe tentano di rispecchiare tale complessità.

Rif.
Simona Di Marco, *Psichiatra,*
CSM Rimini, AUSL Romagna
338 1883654
simona.dimarco@auslromagna.it

Introduzione

Sul territorio riminese e non solo, le persone di origine non italiana rappresentano un gruppo ad alto rischio di marginalità e vulnerabilità. La vulnerabilità, intesa come condizione che rende la persona maggiormente predisposta ad eventi di vita negativi, può interessare tutte le persone straniere, sia per la posizione di svantaggio economico che spesso le inquadra nelle fasce più basse della stratificazione dei redditi sia per la posizione sociale, politica e giuridica subordinata rispetto a quella dei cittadini italiani. Esistono inoltre fattori che sono legati strettamente allo status di migrante che l'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze indica come fattori di rischio legati all'uso e abuso di sostanze psicoattive: fattori sanitari e psicologici legati alla storia migratoria e di vita

(esposizione a torture, isolamento, violenza), variabili sociali (disoccupazione, precarietà lavorativa e della rete familiare e comunitaria), ma anche problematiche legali (incertezza riguardo al permesso di soggiorno). Le persone straniere spesso presentano, inoltre, difficoltà nella conoscenza e nell'accesso ai servizi del territorio. Per questo, da giugno 2021 a giugno 2022 è stato attivo sul territorio di Rimini il progetto FAMI Be.Com-ER, con lo scopo di intercettare e avvicinare ai servizi cittadini stranieri con dipendenze patologiche e/o con problematiche legate all'abuso di alcol o sostanze.

I risultati di un anno del suddetto progetto FAMI Be.Com-ER (55 persone intercettate di cui 18 accompagnate ai servizi) di fatto hanno mostrato come sia fondamentale disporre di azioni di prossimità e strumenti di mediazione e accompagnamento nell'accesso ai servizi socio-sanitari. Il principale strumento a sostegno di tale progettualità è stato quello del lavoro in rete con tutte le soggettività che, a diverso titolo, si occupavano di persone in condizione marginalità e che ha dato vita al dispositivo oggi denominato *équipe marginalità*. Data la necessità di continuare questo tipo di lavoro, a Dicembre 2022 è stato avviato nell'ambito del Piano di Zona con il Programma Attuativo Annuale 2022 del Comune di Rimini il progetto Be.Com-ER in Rete, di cui è soggetto attuatore Rumori Sinistri ODV in collaborazione con la Cooperativa Sociale Cento Fiori, in continuità con il progetto FAMI precedente.

1. Descrizione *équipe marginalità*

L'*équipe marginalità* nasce a settembre 2021 dall'esigenza di mettere in connessione tutte le realtà che lavorano nell'ambito della marginalità al fine di riuscire a costruire strumenti di intervento e risposte più complete per le persone che si trovano in questa condizione. Oggi rappresenta un dispositivo che comprende operatori della grave marginalità adulta (referenti dei progetti unità di strada senza fissa dimora e bassa soglia, al momento rappresentati da Rumori Sinistri ODV, Papa Giovanni XXIII, associazione Caritas ODV e Croce Rossa Italiana), operatori del comune di Rimini (sportello sociale, ufficio immigrazione, ufficio di piano, sportello Front Office cittadini Stranieri), operatori del CSM, del SerDP e dell'ambulatorio EXTRACEE (servizio di assistenza sanitaria per persone non UE). L'*équipe* si riunisce una volta al mese con lo scopo di ragionare su situazioni complesse e su percorsi di cura condivisi e si rivolge a persone che si trovano in condizione di marginalità per diversi motivi quali assenza di abitazione, assenza o problemi relativi al permesso di soggiorno, uscita dai percorsi di accoglienza senza il raggiungimento di un'autonomia, mancanza di un'assistenza medica di base. L'*équipe marginalità* è nata presso Casa Madiba Network,

uno spazio sociale autogestito con progetti culturali e sociali rivolti in particolare alle persone in condizione di homelessness, razzializzate, gender non conforming e in condizione di precarietà e sfruttamento lavorativo che opera contro le discriminazioni e sul contrasto all'emarginazione adulta. Qui si è strutturato lo sportello Be.Com-ER: il luogo in cui è nata l'*équipe* è di importanza fondamentale, poiché rappresentava già uno spazio di aiuto e ascolto per le persone in condizione di grave marginalità. L'*équipe marginalità* è nata dal "basso", dalle esigenze di persone che sperimentavano bisogni complessi e a cui venivano proposti interventi insufficienti. I principi ispiratori dell'*équipe marginalità* fanno infatti riferimento al concetto di *governmentality from below* (Appadurai, 2001) ovvero alla capacità di governo dal basso, un insieme di modalità d'azione che prevede la condivisione di strategie di risposte e analisi dei bisogni con gli stessi soggetti che portano la domanda d'aiuto. Questo modo di agire ha consentito di uscire dai modelli di cura normalizzati e pensare alla salute in modo radicalmente diverso da quello solitamente concepito, partendo cioè non dalla patologia ma dal riconoscimento dei diritti delle persone.

Il lavoro dell'*équipe* si articola in varie fasi che partono da un lavoro di lettura della biografia della persona, atto a identificare i fattori di rischio e di protezione, all'individuazione delle offerte del territorio e alla negoziazione di un progetto personalizzato. L'analisi della domanda viene effettuata tramite un dispositivo gruppale che comprende tutti gli attori presenti nell'*équipe*. Questa modalità di lavoro permette la ridefinizione del problema in una prospettiva che viene arricchita dall'apporto di tutti i membri dell'*équipe* in un'ottica multidimensionale. Secondo questo approccio il bisogno di un singolo rappresenta solo la parte manifesta di una domanda più ampia, ovvero l'emergente di una problematica del contesto in cui la persona si trova (Montecchi 2021). Le prime azioni che vengono svolte sono solitamente rivolte alla stabilizzazione della persona dal punto di vista sociale e burocratico che si esplicitano nella ricerca di un'abitazione e nel supporto legale sul permesso di soggiorno e su eventuali problemi ad esso legati. Infatti, il diritto alla casa e la possibilità di avere un permesso di soggiorno rappresentano le basi necessarie al benessere della persona e allo sviluppo di qualsivoglia altro intervento sociale e/o sanitario. Qualora si valutasse la necessità, vengono attivate le funzioni sanitarie o presso i servizi o nei luoghi in cui la persona si trova. Se la persona è inserita nei progetti presenti sul territorio vengono garantite *équipe* integrate e consulenze specifiche che supportino l'individuo e coloro che con esso lavorano nella gestione delle problematiche che possono interferire con l'adesione ai trattamenti e l'accesso ai servizi. Quando necessario

vengono inoltre attivati interventi di mediazione culturale, non solo nel contesto dei colloqui con le persone, ma anche con funzione di lettura e inquadramento culturale delle situazioni nell'ambito del lavoro dell'équipe. L'équipe è riuscita, in questi termini, ad inserire persone con problematiche a diversi livelli nei progetti sul territorio e fare aderire ad interventi terapeutici persone che manifestavano scarsa compliance. Il lavoro con la marginalità comporta la gestione di una complessità che può essere difficile da affrontare e che si ripercuote anche sui gruppi di lavoro. Vissuti emotivi quali frustrazione, rabbia e impotenza possono depositarsi sugli operatori delle équipe insieme a dinamiche controtransferali ed istituzionali che si attivano anche fra le soggettività coinvolte. Tali fattori, se non ben elaborati, possono ripercuotersi nell'operatività creando, oltre che malessere negli operatori, inefficacia nelle risposte. Un'ulteriore funzione dell'équipe è quella di consentire uno spazio gruppale di rielaborazione di tutti questi aspetti rimanendo a supporto dei gruppi di operatori che lavorano sui progetti.

2. Risultati e riflessioni

Da settembre 2021 ad oggi sono state prese in carico dall'équipe marginalità un totale di 17 persone (cfr. figura 1), di cui due donne, con provenienza varia: Gambia (2), Pakistan (2), Guinea Conakry (1), Bangladesh (1), Afghanistan (1), Senegal (2), Togo (1), Macao (1), Nigeria (1), Camerun (1), Tunisia (1), Romania (1) e Somalia (2). Di questi, su 11 che manifestavano disagio mentale 10 hanno aderito a percorsi presso il CSM; sono state segnalate solo 2 persone con problematiche relative all'abuso di sostanze e alcol, che sono state entrambe prese in carico dal SerDP; delle 17 persone intercettate dall'équipe, 10 manifestavano il problema dell'essere senza fissa dimora e per tutte è stata trovata una soluzione abitativa nelle strutture a bassa soglia presenti sul territorio; per 6 persone sono stati attivati percorsi di assistenza legale.



Fig. 1 – principali percorsi attivati dall'équipe marginalità

Un risultato fondamentale è stato quello di permettere alle persone con disagio mentale e/o problematiche legate all'abuso di alcol e sostanze di rimanere all'interno della comunità e di essere supportate con progetti individuali sul territorio con il sostegno costante dell'équipe. La coordinazione e l'integrazione degli interventi di supporto a vari livelli (sanitario, abitativo, legale) mediante il lavoro dell'équipe, hanno consentito di fatto di sostenere queste persone nei luoghi di vita della comunità senza dover ricorrere a progetti residenziali specialistici (progetti SAI per disagio mentale, comunità terapeutiche, residenze sanitarie psichiatriche). I risultati ottenuti sottolineano la necessità di intendere la salute non come mera assenza di malattia ma come rapporto equilibrato della persona con il contesto in cui abita. Le persone che migrano sono spesso sottoposte a processi che portano ad una serie di perdite, materiali e simboliche (perdita della casa, del permesso di soggiorno, separazione dalla famiglia) che di fatto trasformano le persone da persone *nel* mondo a persone *fuori* dal mondo (Losi, 2010). Quando la persona si trova fuori dal mondo, il disagio psicologico e la malattia hanno maggiore probabilità di sorgere. Per questo, l'équipe lavora per riconnettere le persone anche con i contesti di provenienza coinvolgendo, quando possibile, connazionali e familiari nei percorsi di cura. Le sofferenze portate dalle persone migranti nella maggior parte dei casi non possono essere concepite come confinate all'interno della persona ma come fenomeni di *sofferenza urbana* (Saraceno, 2019) prodotti cioè da una serie di dimensioni politiche e sociali che sono proprie delle città in cui le persone vivono. Le persone in condizione di marginalità si trovano frequentemente ad avere a che fare con situazioni di violenza e discriminazione; ciò è spesso causato dall'estrema deprivazione materiale e dall'umiliazione morale delle persone coinvolte e non possono essere interpretati in modo semplicistico come mere colpe o espressioni di patologie individuali. Questi fenomeni di violenza sono maggiormente spiegabili come emergenti di un processo collettivo di sofferenza urbana che si collocano al termine di un percorso di fallimenti rispetto all'inclusione e alla difesa di diritti. Un emergente secondo la concezione operativa di gruppo è "una situazione, un comportamento del gruppo o dell'individuo, che con il suo manifestarsi denuncia la situazione dominante" e la malattia "non è da considerare come la malattia di un soggetto ma come la malattia dell'unità di base della struttura sociale" (Pichon-Rivière, 1985). L'équipe rappresenta anche un osservatorio della comunità e uno spazio di pensiero rispetto a queste situazioni. La complessità richiede dispositivi flessibili, interdisciplinari che possano funzionare da mente gruppale collettiva, in grado di elaborare le varie dinamiche che possono disturbare una corretta analisi e differenziazione

della domanda e portare di conseguenza a risposte parziali e individuali. Infine, la cura collettiva, per poter essere chiamata tale, non può prescindere dalla voce delle persone alle quali questi interventi sono rivolti. Non sono i cittadini a dover disegnare i propri bisogni adattandoli alle offerte del sistema, ma l'offerta di salute a dover partire dai bisogni dei cittadini (Saraceno, 2022). Partire dalla persona è, inoltre, un'azione che fa parte del processo di cura stesso: rendendo le persone attive nei propri percorsi si restituisce loro di avere la capacità di scelta. I risultati del lavoro svolto dimostrano che i percorsi più riusciti sono stati quelli costruiti a partire dal "basso", quando cioè gli operatori sono usciti dalle istituzioni per incontrare le persone nei luoghi in cui queste si erano naturalmente rivolte per chiedere aiuto.

Conclusioni

L'approcciarsi alle migrazioni secondo il paradigma dell'emergenza e la concettualizzazione delle persone che arrivano in Europa come fenomeno eccezionale ha prodotto a livello pubblico una percezione delle migrazioni unicamente come un problema legato a questioni di sicurezza e di ordine pubblico (Pitzalis, 2018). Questa è, tuttavia, una visione fuorviante, che ha legittimato la categoria dell'urgenza degli interventi in nome dell'emergenza oltre che contribuire ad occultare aspetti storici, economici, sociali, culturali e politici che riguardano le migrazioni. Se smettiamo di considerare le questioni come emergenziali, allora assumiamo che queste richiedano interventi sistemici, di durata indeterminata. In quest'ottica l'équipe marginalità, in quanto strumento di supporto per le persone migranti, dovrebbe diventare, nella nostra prospettiva, un dispositivo permanente, pensato e garantito dalle istituzioni, per far fronte alle problematiche che presentano le persone che si trovano in condizione di marginalità e che abitano le periferie delle nostre città, e che non necessariamente sono di origine straniera. I dispositivi di cura collettivi e multidisciplinari possono, infatti, essere uno strumento di intervento efficace per tutte le persone che presentano problematiche complesse che richiedono percorsi di cura co-costruiti. Un altro fattore fondamentale riguarda le politiche che ciascun territorio sviluppa rispetto al tema dell'abitare. Il fatto di avere un luogo sicuro dove vivere, instaurare le proprie relazioni ed esprimere la propria soggettività dovrebbe essere alla base di qualsivoglia intervento che pensi alla salute mentale, perché non ci può essere salute, né mentale né fisica, senza casa. Le soluzioni abitative individuate dall'équipe hanno riguardato la rete delle strutture della bassa soglia che hanno consentito di rispondere all'emergenza. Risulta tuttavia fondamentale pensare a soluzioni strutturate e integrare le politiche abitative con gli interventi rivolti alla grave marginalità,

affinché il diritto all'abitare sia realmente esigibile (Leonardi, 2021).

Il lavoro con la sofferenza e la malattia portata dalle persone in condizione di marginalità insegna a partire dal riconoscimento dei bisogni e dei diritti fondamentali di cittadinanza, senza i quali non è possibile costruire alcuna forma di intervento. Anche l'offerta di salute dovrebbe pertanto essere pensata dal basso, ovvero a partire dai bisogni dei cittadini.

Questo implica ricercare la complessità sistemica delle cause, che può essere fatta solo attraverso un lavoro di rete: il problema non è solo ciò che la persona porta nell'ambulatorio medico ma ciò che perpetua la sofferenza al di fuori dell'ambulatorio.

74

Co-autore

Nicoletta Russo, *Psicoterapeuta Cooperativa Sociale Cento Fiori, progetto BE.COM-ER in Rete*

Bibliografia

- N. Losi, *Vite Altrove. Migrazione e disagio psichico*. Borla Ed, 2010.
- A. Appadurai, *Deep democracy: urban governmentality and the horizon of politics*, *Environment&Urbanization* Vol 13 N. 2, 2001.
- B. Saraceno, *Salute Globale e diritti. Conversazioni sulla cura e la salute mentale*. DeriveApprodi, 2022.
- E. Pichon-Rivière, *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, Libreria Editrice Lauretana, 1985.
- L. Montecchi, *L'ombra dell'Angelo*. Sensibili alle foglie, 2021.
- S. Pitzalis, *La costruzione dell'emergenza. Aiuto, assistenza e controllo tra disastri e migrazioni forzate in Italia*. Argomenti, terza serie, 2018.
- D. Leonardi, *La colpa di non avere un tetto. Homelessness tra stigma e stereotipi*, Eris, 2021.
- B. Saraceno, *Psicopolitica*. DeriveApprodi, 2019.

Sensibilizzare i migranti alla salute e al benessere

Esperienza CPIA/ICARE a Bologna

Emilio Porcaro, Magda Burani, Massimo Demme

ABSTRACT

Il presente articolo racconta un'esperienza di apprendimento in situazione svolta nell'ambito del progetto ICARE da un gruppo di studenti con background migratorio iscritti e frequentanti i corsi del Centro per l'Istruzione degli Adulti "Eduard C. Lindeman" di Bologna. L'attività di Show cooking descritta rappresenta una buona pratica di sinergia tra scuola e sanità nella prospettiva dell'health literacy.

75

Introduzione

La collaborazione del CPIA "Eduard C. Lindeman" di Bologna con il progetto ICARE, promosso dalla Regione Emilia-Romagna e nato con l'obiettivo di migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Interazionale e Casi Speciali, costituisce una pratica molto efficace di dialogo tra sistema dell'istruzione degli adulti e sanità, che lascia aperta una pista di lavoro sfidante e significativa per lo sviluppo sinergico di azioni di *health literacy*¹ con particolare

Note

- 1 Il concetto di *health literacy* è stato elaborato a partire dagli anni settanta con gli studi S. K. Simonds. Nel corso degli anni numerosi studiosi e ricercatori hanno contribuito alla rielaborazione del concetto e all'ampliamento dei suoi confini. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito l'*health literacy* tra i termini del Glossario di Promozione della Salute, indicandola come un'importante strategia di *empowerment*. Negli ultimi anni l'interesse sul tema è cresciuto in modo considerevole in ragione del forte legame tra le competenze caratterizzanti l'*health literacy* in relazione alla salute e alla prevenzione. Recenti studi hanno dimostrato che bassi livelli di *health literacy* influenzano negativamente lo stato di salute delle persone, rappresentando un fattore di rischio; inoltre aumentano le disuguaglianze e incrementano i costi a carico del sistema sanitario. È stato riscontrato che i soggetti con un basso livello di *health literacy* non utilizzano in modo appropriato i servizi sanitari, hanno più difficoltà a seguire le indicazioni mediche, ad assumere i farmaci in modo corretto e a mantenersi in salute. Gli anziani, gli immigrati e gli individui con un basso livello di istruzione sono tra le categorie di persone con maggiori problemi di *health literacy*.

Rif.
Emilio Porcaro, dirigente CPIA 2 metropolitano di Bologna "Eduard C. Lindeman"
emilio.porcaro@cpiabologna.istruzione.it

attenzione ai cittadini di Paesi Terzi, rifugiati e con *background* migratorio.

Sul territorio il CPIA² si conferma come il punto di riferimento pubblico e istituzionale al quale le persone straniere si rivolgono per apprendere e conseguire il titolo di conoscenza della lingua italiana valido ai fini degli adempimenti previsti per il rilascio dei documenti di soggiorno³. Per tale ragione oltre il 90% dell'utenza è costituita da persone adulte e giovani-adulte di cittadinanza non italiana con bassi livelli di scolarizzazione se non addirittura completamente analfabeta in lingua madre.

Nei nostri percorsi il processo di insegnamento/apprendimento della lingua si basa principalmente su un approccio comunicativo strettamente connesso alle esperienze quotidiane delle persone e ai diversi domini e aree di interazione sociali, familiari e professionali tra le quali anche quelle legate alla sfera della salute e al benessere. Il curriculum viene elaborato a partire dall'analisi dei numerosi e molteplici bisogni riscontrati (comunicativi, familiari, lavorativi), si incoraggia un uso costante della lingua in autentiche situazioni di comunicazione, si privilegia fortemente la lingua orale e il potenziamento del lessico nelle prime fasi dell'apprendimento.

In un tale contesto la collaborazione tra scuola (degli adulti) e sanità laddove intesa a realizzare nei confronti degli utenti del CPIA interventi di alfabetizzazione su temi riguardanti sanità, salute, alimentazione, corretti stili di vita potrebbe rappresentare, come ha dimostrato l'esperienza di ICARE, non solo una importante opportunità per i cittadini stranieri – neoarrivati, rifugiati, richiedenti protezione internazionale, casi speciali, ecc. – ma una risorsa per l'intera comunità.

Di fatto, inserendo momenti di formazione mirati ed esperienziali di *health literacy* all'interno del percorso di studio si potrebbero fornire informazioni e conoscenze di base che aiutino le persone adulte che frequentano a migliorare la capacità di prendere decisioni sulla salute, a sviluppare benessere e consapevolezza nelle scelte e nei comportamenti sanitari, riducendo gap e disuguaglianze e generando inclusione e coesione sociale.

1. Sinergia CPIA/ICARE e l'azione *In cucina*

Nell'ambito del progetto ICARE la sinergia con il CPIA si è sviluppata attorno a tre azioni:

I. l'implementazione dell'APP *Officina dell'Italiano*, realizzata da docenti esperti in didattica dell'italiano a stranieri del CPIA di Bologna e nata per far fronte alla crescente richiesta da parte degli studenti con cittadinanza non italiana di ulteriori risorse per l'apprendimento autonomo soprattutto durante il periodo del *lockdown*, all'interno della quale è stato inserito il *Glossario sanitario*⁴;

II. l'uso didattico di alcuni opuscoli informativi cartacei realizzati con ICARE, distribuiti agli studenti adulti e giovani-adulti del CPIA, utili soprattutto per potenziare il lessico in concomitanza con la fase pandemica legata al Covid;

III. la realizzazione di un'esperienza di apprendimento in situazione *In cucina con ICARE* alla quale hanno preso parte alcuni studenti, accompagnati dai loro insegnanti, frequentanti i corsi di italiano livello A2 e il corso di secondo periodo (finalizzato allo sviluppo delle competenze di base), centrata sullo *Show cooking* presso il parco tematico Fico, alla presenza dello Chef Bamba Barry. Prima ancora di partecipare all'evento gli studenti avrebbero dovuto conoscere l'iniziativa e comprenderne l'obiettivo, cosa che avrebbe permesso ai docenti di collocare tale esperienza all'interno del percorso scolastico, facendola diventare così una vera esperienza di apprendimento.

Per quale motivo eravamo stati invitati? Cosa sarebbero andati a fare un gruppo di studenti allo show cooking organizzato all'interno del progetto ICARE, e perché? Quale collocazione avrebbe avuto questa esperienza all'interno del loro percorso scolastico, con quali obiettivi? Che cosa gli sarebbe rimasto che potesse essere spendibile nella loro quotidianità?

Questa esperienza doveva essere collocata in modo funzionale all'interno delle attività che si sarebbero svolte successivamente in classe.

Tra le studentesse e gli studenti coinvolti nell'attività ce n'erano alcuni con buone competenze in lingua italiana, altri con una conoscenza sufficiente ma non fluida dell'italiano e altri ancora con una scolarizzazione pregressa completa, benché non italofoni. Anche le fasce d'età erano molto diversificate, con un range tra 20 e 56 anni.

Note

2 L'acronimo CPIA significa Centro per l'Istruzione degli Adulti. Il CPIA è una istituzione scolastica alla quale si iscrivono gli adulti e i giovani-adulti ultrasessantenni italiani e stranieri che intendono apprendere la lingua italiana, conseguire un titolo di studio, acquisire e potenziare le competenze di base. In Emilia-Romagna sono attivi dodici CPIA. Sono oltre 80 i paesi di provenienza dei nostri studenti, in particolare dal Bangladesh, Pakistan, Marocco, Albania, Cina, Costa d'Avorio, Filippine, India, Somalia, Ucraina. Nell'anno scolastico 2021-22 e 2022-23 sono stati oltre 2200 gli stranieri che hanno frequentato i percorsi del CPIA di Bologna.

3 I cittadini stranieri che entrano in Italia per la prima volta svolgono al CPIA una sessione di formazione civica della durata di 10 ore i cui contenuti prevedono anche informazioni in ambito medico-sanitario (il medico di base, come fare la tessera sanitaria, come funziona il sistema sanitario, ecc.). Sempre presso il CPIA il cittadino straniero che vive in Italia da più di cinque anni e che intende chiedere il permesso CE per soggiornanti di lungo periodo sostiene il test di conoscenza della lingua italiana di livello A2.

4 L'APP è disponibile per Android ed è scaricabile da Google Store.

2. Show cooking: integrazione azioni socio-culturali-sanitarie

Inizialmente è stato presentato il progetto ICARE, che alcuni di loro già conoscevano in quanto avevano letto il glossario “Abc salute” e la brochure “Covid come evitarlo, come gestirlo”: pubblicazioni che erano state distribuite a scuola l'anno scolastico precedente.

Successivamente è stato necessario anticipare che cosa sarebbe stata l'esperienza dello show cooking. Questo ci ha permesso di iniziare a fare una riflessione collettiva sul cibo. Siamo partiti dalla lettura di alcune poesie: Pablo Neruda, in particolare. La successiva analisi delle poesie ha permesso agli studenti di comporre poesie di gruppo, utilizzando alcune tecniche appena studiate e, ove possibile, presentando il cibo come risorsa per la nostra salute.

Il passaggio chiave è stato partecipare allo Show cooking dello Chef Bamba Berry: cibo e salute, ingredienti di tradizioni culinarie differenti che si mescolano per creare un insieme di sapori e profumi benefici, condividere gusti e attitudini, ricette. Siamo tornati entusiasti e ben certi di non volere far terminare l'esperienza così.

Gli stessi studenti al ritorno a scuola hanno distribuito e spiegato ai compagni l'opuscolo “Cibo, consigli per la nostra salute” punto di partenza per una riflessione collettiva che ci ha portato lontano: il cibo e la tradizione, il cibo e la nostra storia, il cibo e l'ambiente, la biodiversità, il biologico, la salute, appunto.

Il passo successivo: raccontare un ricordo legato all'esperienza del cibo, una festa particolare, un'occasione di incontro, momento dell'infanzia... e con esso una ricetta che fosse il più possibile composta da ingredienti salutari.

I testi e le ricette sono stati tradotti in lingua madre: bangla, urdu, arabo, bolognese, indi, wolof, palermitano, rumeno. Un concerto di suoni, colori e profumi.

E così hanno continuato con le ricette della tradizione: tortellini, samosa, byriani, pasta alla norma, couscous. Un tripudio di sapori e profumi.

Il gruppo di studenti del corso di italiano di livello A2 potevano partecipare sicuramente a questa parte dell'attività, e così è stato, con il solito entusiasmo che caratterizza gli studenti adulti quando hanno occasione di condividere e diffondere la ricchezza della loro cultura d'origine. I docenti coinvolti hanno raccolto le ricette che stavano a cuore agli studenti per motivi legati alle loro tradizioni di famiglia, ai loro gusti, alle loro abitudini ed attitudini.

Se i gruppi di A2 potevano partecipare la stessa cosa valeva anche per il primo livello primo periodo, cioè le classi di licenza media.

Nelle diverse sedi del CPIA metropolitano di Bologna: da San Giovanni in Persiceto al quartiere Barca, dal quartiere Navile a

Budrio, alla sede carceraria e non solo nella sede centrale di Viale Vicini, molti studenti si sono cimentati nel raccogliere e trascrivere ricette, ricordi, riflessioni, poesie, parole e pensieri condivisi in italiano, lingua comune, e diffusi anche in lingua madre, sui quaderni, alla lavagna tra la meraviglia dei compagni che scoprivano segni e parole nuove, mondi nuovi.

Alcune classi hanno intitolato le raccolte utilizzando nomi evocativi: “Ricette del cuore”, “Ricette dal mio paese”, “Ricette del ricordo”, Ricette di casa mia, a sottolineare l'orgoglio e l'amore verso la propria tradizione.

L'esperienza poteva allargarsi: nei gruppi di livello più avanzati del primo e del secondo periodo sono stati coinvolti gli insegnanti di scienze e tecnologia: gli studenti hanno analizzato dal punto di vista nutrizionale gli ingredienti delle loro ricette che hanno riportato in tabelle, istogrammi e grafici a torta. Hanno iniziato a parlare di valori nutrizionali, macronutrienti, micronutrienti, calorie.

Non ci siamo fermati: gli insegnanti di studi sociali hanno suggerito di fare ricerche sulle ricette del passato, e allora per esempio: la birra dei sumeri, il Mersu, i con di noce di tigre dall'Egitto, pane di farro di Ramses III e altre ancora.

Gli insegnanti di lingua straniera hanno proposto di raccogliere modi di dire sul cibo, dall'inglese al romeno, dal palermitano al bangla e così via. Per citarne uno solo: dice un detto indiano “latte con latte, acqua con acqua” che ricorda il nostro “pane al pane e vino al vino”.

Gli studenti hanno approfondito il tema con una ricerca sull'alimentazione e l'ambiente ed hanno esposto i problemi relativi all'impatto della produzione alimentare intensiva sull'ambiente e sulla salute. Nella festa di fine anno è stata presentata l'intera attività con la relativa produzione degli studenti insieme ad una mostra di disegni sul cibo dipinti da una studentessa che ha questa passione.

Riflessioni e osservazioni conclusive

Il CPIA metropolitano di Bologna è molto ben inserito nella comunità e, trattandosi dell'unica scuola per adulti presente in città, costituisce il punto di accesso privilegiato al quale le persone con background migratorio del territorio si rivolgono per frequentare i percorsi di alfabetizzazione e apprendimento della lingua italiana, per ottenere il titolo di licenza media o per potenziare le competenze di base.

In una prospettiva di alfabetizzazione che si proponga l'obiettivo di fornire e migliorare conoscenze e competenze sanitarie nelle persone, di contrastare una presenza assai consistente di analfabetismo sanitario, l'azione sinergica fra scuola degli adulti e sanità diventa un elemento fondante e di qualità al fine di aiutare a promuovere stili di vita salutari, a sviluppare comunità più sane, a garantire l'esercizio consapevole del diritto alla salute a qualunque età. In questo senso il CPIA costituisce indubbiamente un bacino d'utenza

privilegiato per implementare in modo sistematico progetti di *health literacy* e ridurre il divario e le disuguaglianze in materia sanitaria.

L'azione *In cucina con ICARE*, sinteticamente illustrata nel presente articolo, al pari delle altre attività realizzate grazie al progetto, sono state per noi pratiche coinvolgenti ed efficaci di *health literacy* svolte in maniera sinergica e che sarebbe auspicabile riproporre con sistematicità e in ulteriori contesti territoriali. Sarebbe di notevole aiuto per i nostri utenti implementare per il futuro i curricula dei corsi di alfabetizzazione e venire incontro ai bisogni di tutte quelle persone adulte, italiane e straniere, tra cui molte donne, che desiderano saperne di più sulla salute in generale, sulla salute dei bambini, sul pronto soccorso, sulla prevenzione, sull'alimentazione, sui vaccini. I materiali informativi realizzati nell'ambito di ICARE e distribuiti in formato cartaceo e digitale sono stati validi strumenti che gli insegnanti hanno trasformato in una preziosa risorsa didattica e di apprendimento.

Ed è proprio in quest'agire condiviso tra scuola per adulti e servizi sanitari la formula giusta per incidere positivamente sul benessere collettivo.

78

Co-autori

Magda Burani, docente di lettere del CPIA 2 metropolitano di Bologna "Eduard C. Lindeman"

Massimo Demme, docente di alfabetizzazione del CPIA 2 metropolitano di Bologna "Eduard C. Lindeman"

Bibliografia

Council of Europe, *Guide to health literacy*, <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-to-health-literacy>.

Istituto Superiore di Sanità, *In Italia alfabetizzazione sanitaria insufficiente per il 23% della popolazione, meno della media Ue*, 2021, https://www.iss.it/web/guest/news/-/asset_publisher/gj3hFqMQsykM/-content/id/5910713.

Simonds S.K., *Health education as social policy*. Health Education Monograph, 2 (1), 25 1974.

World Health Organization, *Health Promotion Glossary of Terms 2021*, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1398462/retrieve>.

La relazione che cura in carcere

Costruire percorsi integrati e promuovere la prosecuzione della cura dal carcere al territorio nella città di Bologna

A cura di

Dolores Celona, Francesca Dore,
Agnese Drusiani, Luana Fabiano,
Angela Pia Greco, Roberta Nocella

ABSTRACT

Il carcere è un luogo di passaggio e d'incontro per molte persone, per quanto dimenticato. È un luogo-non luogo in cui la salute dei singoli tende a peggiorare nonostante le cure garantite. Questo accade perchè l'istituzione totale, come tale, presenta dei limiti nelle possibilità di cura e auto-cura delle persone, creando situazioni disfunzionali e rinforzando pregressi traumatici. Nella Casa Circondariale di Bologna si sono sperimentati diversi gruppi psicoeducativi che partono, invece, dal presupposto che la carcerazione possa anche essere un momento di pausa, di possibilità di riflessione, di aggancio terapeutico e di lavoro sull'auto-efficacia e sull'empowerment.

79

*Ferro batte ferro e sbarra chiama sbarra:
"Mettete via i deliri e conservateli per stanotte".*

*La chiave ha fame di serrature
e i cancelli hanno voglia di musica:*

"Sveglia delinquenti, che è ora di scontare...".

Tirate fuori le condanne e togliete le lancette agli orologi...

*Forza! Andare, camminare... girare sopra il rammarico
e sui frammenti di catena...*

(Ferro contro ferro, Pino Roveredo)

1. Il carcere come determinante di salute negativo

Nella popolazione penitenziaria ci troviamo spesso di fronte a una popolazione multiculturale con una lunga storia pregressa di abuso di sostanze (con conseguente deterioramento cognitivo e quadri clinici/sanitari complessi), vita di strada in assenza di una fissa dimora, percorsi migratori traumatici, assenza di documenti e di permessi di soggiorno, storie di vita caratterizzate da frequenti carcerazioni.

Il setting carcerario rappresenta di per sé un determinante peggiorativo per la salute, sia fisica che psicologica. Oltre a patologie croniche già presenti in una popolazione

Rif.

Dolores Celona, *Dirigente Medico Psichiatra,
UOC Dipendenze Patologiche
e Assistenza alle Popolazioni Vulnerabili
e Bassa Soglia AUSL BO*
338 1147169
dolores.celona@ausl.bologna.it

mediamente più giovane, si riscontra un elevato numero di malattie infettive e sessualmente trasmissibili che tendono ad aumentare per fattori ambientali quali il sovraffollamento, l'abuso di sostanze e l'uso della violenza. Altri fattori che incidono sulla salute sono la dipendenza dalla Polizia Penitenziaria nell'espletare qualsiasi pratica di vita quotidiana, i pochi contatti con i familiari, la convivenza forzata con altre persone e le conseguenti dinamiche disadattive sociali e culturali (Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2019).

Per tali ragioni gli interventi sanitari non possono essere limitati all'erogazione di terapia o a colloqui individuali, bensì diventa necessario utilizzare un approccio di promozione della salute e di lavoro di comunità attraverso l'implementazione di gruppi che rispondano ai bisogni di salute espressi e non.

2. La progettazione dei gruppi psicoeducativi

Questi gruppi sono frutto di una programmazione annuale e condivisa dall'équipe multiprofessionale, che prende spunto da un'analisi dei bisogni di salute condotta direttamente con la popolazione reclusa che permette di rispondere puntualmente e specificamente sulla base dei target individuati e della stratificazione del rischio.

I gruppi che vengono proposti sono pertanto sia di educazione sanitaria e promozione della salute che psicoeducativi e terapeutici.

In questo articolo andremo ad approfondire questi ultimi, sottolineando anche l'importanza della continuità di presa in carico tra il dentro e il fuori e l'efficacia dell'aggancio terapeutico durante il periodo della carcerazione.

Da Gennaio 2022 sono stati dunque proposti presso la casa circondariale "Rocco D'Amato" di Bologna alcuni gruppi a valenza psicoeducativa, sia nella sezione femminile che in quella maschile svolti a cadenza settimanale o quindicinale. I gruppi sono stati effettuati in co-conduzione, con la presenza di uno psichiatra o psicologo, un infermiere e un

educatore professionale, al fine di favorire lo scambio tra gli operatori, il lavoro di rete e la condivisione degli obiettivi. I destinatari sono stati selezionati sulla base dei criteri di inclusione e hanno effettuato un colloquio con i conduttori di valutazione, proposta e adesione al gruppo.

In totale i gruppi hanno coinvolto un numero di circa 40 persone di provenienze etniche e culturali differenti.

Per promuovere una maggiore *compliance* e un setting meno connotante è stato scelto di svolgere i gruppi all'interno dell'area pedagogica piuttosto che nelle sezioni penitenziarie.

Sono stati proposti un gruppo psicoeducativo sull'uso di sostanze, un gruppo di stabilizzazione emotiva e un gruppo per tossicodipendenti cronici, lavorando su otto incontri ciascuno della durata di un'ora e mezza, sperimentati per più cicli (Tab. 1).

3. La psicoeducazione sul trauma

Il gruppo rivolto ai consumatori di sostanze psicoattive ha coinvolto giovani adulti (età 18-28) in carico al SerDP per un percorso di osservazione/valutazione di inserimento in programmi terapeutici-riabilitativi in misure alternative alla detenzione.

Il gruppo di stabilizzazione emotiva è stato costituito in un'ottica di *peer education*, selezionando pazienti con disturbi della regolazione emotiva e discontrollo degli impulsi (in particolare con manifestazioni di agiti di tipo auto ed etero lesivo) affiancati a pazienti con maggior compenso clinico e adattamento al contesto penitenziario. Tutti i partecipanti selezionati presentavano in anamnesi eventi di vita traumatici avvenuti in età infantile.

La valutazione è avvenuta in pre-trattamento e post-trattamento tramite il questionario Core-Om e colloqui individuali. I pazienti parallelamente hanno svolto percorsi psicologici per approfondire le tematiche emerse all'interno del contesto gruppale.

Entrambi i gruppi sono stati incentrati sulla pratica di esercizi corporei in un approccio *body-oriented* al lavoro sul trauma,

	Gruppo Regolazione emotiva 1	Gruppo Regolazione emotiva 2	Gruppo Tossicodipendenza cronica 1	Gruppo Tossicodipendenza cronica 2	Gruppo Riduzione del danno
Numero partecipanti	8	8	8	8	8
Target	Donne	Uomini 18-32	Uomini	Uomini	Uomini 18-25
Criteri di inclusione	Disturbi della regolazione emotiva, impulsività, eventi traumatici infantili	Disturbi della regolazione emotiva, impulsività, eventi traumatici infantili	Storia di tossicodipendenza e istituzionalizzazione	Storia di tossicodipendenza e istituzionalizzazione	Giovani con storie di avvicinamento alle sostanze ed eventi traumatici infantili
Età media	40	24	40	43	21
Numero stranieri	5	6	0	0	7
Diagnosi di tossicodipendenza	1	7	8	8	2
Usciti in libertà	1	0	1	3	0
Mantenimento presa in carico territoriale	0	0	1	3	0

Tab. 1 – Dati relativi ai partecipanti dei gruppi psicoeducativi

al fine di favorire un miglioramento della consapevolezza corporea e della ricettività al calmante.

Parallelamente c'è stata la psicoeducazione relativa al trauma, ai suoi effetti e alle conseguenze dell'uso di sostanze psicoattive. Questo ha permesso di avvicinare gradualmente il paziente alla comprensione di sé e degli eventi che lo hanno portato alla manifestazione di comportamenti devianti.

Il gruppo è stato pensato come lavoro "propedeutico" all'intervento psicoterapico individuale, con lo scopo di creare una crisi (Cancrini L., 2012), ovvero una frattura interiore nella persona per aumentare la consapevolezza rispetto al proprio funzionamento e favorire una motivazione al trattamento; questo risulta funzionale anche all'attivazione di progetti terapeutici fuori dal carcere in misure alternative alla detenzione.

4. La narrazione di sé come strumento di cura

Parallelamente è stato svolto un gruppo a cadenza quindicinale dedicato a pazienti con una lunga storia di tossicodipendenza, reiterate carcerazioni e/o percorsi comunitari fallimentari.

È stato previsto un numero ridotto di partecipanti (massimo 8 persone) per non compromettere il livello di intimità raggiunto dalla condivisione di vissuti in contesto carcerario. Questo ultimo gruppo è stato sperimentato prima per due mesi poi stabilizzato con la possibilità di inserire nuovi pazienti anche in corso d'opera.

Anche in questo caso accanto al percorso di gruppo sono stati effettuati dei colloqui individuali di continuità allo scopo di stimolare la partecipazione, favorire l'aggancio relazionale, approfondire eventuali tematiche emerse nel contesto gruppale.

Ogni incontro è iniziato con uno stimolo artistico differente (poesia, canzone, brano di prosa) talvolta proposto dagli operatori oltre dai pazienti.

Nei primi incontri sono emersi contenuti quali: libertà, identità, ruolo sociale, stigma interno/stigma esterno, peso trigerazionale nella definizione del sé e la sua declinazione nel contesto sociale.

Durante la discussione di queste tematiche è emersa la necessità di trovare un canale narrativo che fungesse sia da contenitore delle "storie" come spazio di evasione in cui proiettarsi durante il periodo detentivo.

Si è pensato quindi di proporre un'attività di *storytelling* utilizzando diversi strumenti (carte illustrate, dadi raccontastorie, acrostici). I pazienti hanno svolto dunque dei racconti, sia brevi che strutturati, col mandato di terminare o riguardare tali scritture durante l'intervallo tra un incontro e l'altro.

Le storie così create sono state poi lette ad alta voce nel contesto gruppale, fornendo una strategia di elaborazione

delle tematiche gravose portate nella prima parte degli incontri.

Per concludere il gruppo si è proposta un'attività di "fiaba collettiva" che prevede che ognuno, in maniera spontanea, prosegua il racconto iniziato dal compagno precedente, ottenendo così un racconto narrato e condiviso dall'intero gruppo.

Lo storytelling ha risposto al bisogno dei pazienti di avere una connotazione diversa della propria identità, sviluppata in termini di identità carceraria, dunque legata al contesto delinquenziale che, nonostante sia un'identità stigmatizzante, riesce a contenere il bisogno di definizione del sé.

Osservazioni conclusive

L'uomo è un essere sociale dotato di una mente relazionale (Siegel D.J., 1999) e alla continua ricerca di significato, aspetti fondamentali che tendono a venir meno in un ambiente come quello penitenziario.

La condizione carceraria è caratterizzata da un elevato grado di angoscia legato alla privazione della libertà, all'isolamento sociale, al tasso di affollamento dei detenuti e alla carenza del personale sanitario e penitenziario, al clima di aggressività e violenza, in ambienti spesso angusti e degradati, dove il tempo sembra fermarsi in uno stato di tedio e di assenza di prospettive future.

All'interno del contesto carcerario si crea una società parallela, in cui la persona paradossalmente non vive da emarginato ma come parte integrante del sistema. L'istituzionalizzazione ripropone, in piccolo, il modello della società esterna.

La politica, l'economia, la malattia stessa trova il suo specchio, esacerbandosi, nel contesto di una piccola città come il carcere.

"Credo che ognuno di noi sorrida quando si dice che la prigione e il manicomio hanno come obiettivi la riabilitazione dei loro ospiti, in realtà, tanto il manicomio come il carcere servono a confinare le devianze dei poveri, a emarginare chi è già escluso dalla società", parole quanto mai attuali che Basaglia pronunciò in una delle conferenze che tenne in Brasile nel 1979.

Non solo i detenuti, ma anche tutti coloro che si trovano inglobati in un regime ristretto si trovano ad affrontare il cambiamento, portato all'exasperazione dalla reclusione.

Il gruppo si rivela, nonostante il contesto fortemente deprimente, un potente strumento terapeutico che permette ai partecipanti di sviluppare un senso di appartenenza e di reciprocità, in un contesto in cui tutti sono protagonisti diretti della terapia, del loro e altrui cambiamento. Applicando la «sospensione del giudizio» il gruppo dà la possibilità di poter condividere la propria sofferenza con

l'altro, all'interno di uno spazio neutro, non stigmatizzante, in cui anche gli operatori hanno la possibilità di mettersi in gioco.

Come si è visto, la valenza dei gruppi psicoeducativi non si esaurisce all'interno del contesto carcerario ma permette di creare un aggancio relazionale che favorisce l'adesione dei pazienti al percorso terapeutico sul territorio una volta liberi (a SerDP, CSM come anche alle malattie infettive e al centro diabetologico per esempio).

Una importante risorsa nell'effettuare gli interventi di gruppo è stata quella di poter mettere in connessione le diverse unità operative operanti nel contesto carcerario integrando le competenze e individuando per i pazienti afferenti al gruppo un percorso terapeutico più completo. Ciò è stato svolto a più livelli: all'interno delle singole équipe è stato portato alla luce il lavoro svolto all'interno della casa circondariale esaminando criticità e bisogni. Il coordinamento tra le unità operative ha garantito maggiore efficienza nella costruzione di un aggancio relazionale col paziente, nel mantenimento dello stesso e nella sua adesione nella prosecuzione delle cure una volta al di fuori del contesto carcerario.

Grazie al processo di cambiamento che il gruppo genera e alla relazione di fiducia sviluppatasi sia con gli operatori che tra i pari, la persona sperimenta la riappropriazione del sé come individuo con tutti i suoi bisogni, sanitari e sociali.

Il potenziamento e l'implementazione di tali attività nel contesto carcerario è auspicabile per avere un impatto maggiore in termini di riduzione del danno e di recovery per gli autori di reato.

Co-autori

Francesca Dore, *Educatrice professionale*,
 UO Assistenza Penitenziaria Centro Casa
 e Accoglienza Popolazione Disagiata e Senza Fissa Dimora

Agnese Drusiani, *Educatrice professionale*,
 UO Assistenza Penitenziaria Centro Casa
 e Accoglienza Popolazione Disagiata e Senza Fissa Dimora

Luana Fabiano, *Infermiera professionale*,
 UO Assistenza Penitenziaria Centro Casa
 e Accoglienza Popolazione Disagiata e Senza Fissa Dimora

Angela Pia Greco, *Infermiera professionale*,
 UO Assistenza Penitenziaria Centro Casa
 e Accoglienza Popolazione Disagiata E Senza Fissa Dimora

Roberta Nocella, *Psicologa*,
 UOC Psicologia Territoriale, UO Psichiatria Forense

Bibliografia

- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, 2018.
- Birmingham L., *The mental health of prisoners*, Journal of Continuing Professional Development 2003, 9 (3): 191-199.
- Cancrini L., *La cura delle infanzie infelici*, Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Clemmer D., *The Prison Community*, Holt, Rinehart & Winston, 1940.
- De Viggiani N., *Surviving prison: exploring prison social life as a determinant of health*, in International Journal of Prisoner Health 2006, 2(2): 71-89.
- Der Kolk V., *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Farina B. & Liotti G., *Sviluppi traumatici*, Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Fisher J., *Trasformare l'eredità del trauma*, Mimesis Edizioni, 2021.
- Goomany A. & Dickinson T., *The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review*, in Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2015 Aug; 22(6): 413-22.
- Her Majesty's Inspectorate of Prisons, *Patient or Prisoner? A New Strategy for Health Care in Prisons*, 1996.
- Pulliatti M., *La psicotraumatologia nella pratica clinica*, Mimesis Edizioni, 2018.
- Reed J. & Lyne M., *The quality of health care in prison: results of a year's programme of semi-structured inspections*, in British Medical Journal 1997, 315: 1420-1424.
- Roveredo P., *Ferro contro ferro*, Bottega Errante Edizioni, 2017
- Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna, *Report 2019 sulla salute in carcere in Emilia-Romagna*, 2019.
- Siegel D.J., *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, 1999.

La riduzione del danno entra negli istituti penitenziari

L'esperienza del Servizio Bassa Soglia del SerDP di Reggio Emilia

Mohamed Sabri, Luana Oddi, Jelena Manca,
Luca Magnavacchi, Federico Paolini,
Angela Zannini, Claudio Ferretti

ABSTRACT

Il fine pena per i detenuti con disturbi d'uso può accompagnarsi ad un aumentato rischio sanitario in termini di recidiva dei disturbi d'uso e delle patologie correlate (ad iniziare dall'overdose). Tali rischi possono essere ulteriormente aggravati in caso di precarietà sociale e di residua rete di supporto. Si riporta l'esperienza del Progetto Post Carcerazione del Servizio Bassa Soglia del SerDP di Reggio Emilia e del Servizio Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari dell'Ausl di Reggio Emilia, rivolto a detenuti consumatori di sostanze legali ed illegali a rischio di marginalità.

Il soggetto umano per eccellenza è quello che è in grado di diventare altro, altro da sé, una nuova persona: è colui che costretto alla perdita, alla distruzione se non all'annientamento, fa nascere da questo evento una nuova identità.
(A. Mbembe in: Approdi e naufragi, di Dubosc. Ed. Moretti&Vitali)

83

Rif.
Sabri Mohamed, *Educatore
Mediatore Linguistico Culturale,
Cooperativa La Quercia*
052 2268194
sabrilmohamed@live.it

Oddi Luana, *Medico tossicologa,
Responsabile SOS
Servizio Bassa Soglia SerDP Reggio Emilia*
052 2335573
luana.odd@ausl.re.it

Introduzione

Il periodo della scarcerazione rappresenta per i detenuti con disturbi d'uso uno dei momenti più critici, innanzitutto da un punto di vista sanitario associandosi, in assenza di interventi specifici, a maggior rischio di recidiva dei disturbi d'uso e, per i dipendenti da oppiacei, di overdose specie se il detenuto è in fase *drug-free* (Binswanger, 2022). Tale evidenza ha spinto la medicina delle dipendenze a individuare una serie di strategie atte a ridurre tali rischi quale, in modo specifico per l'overdose da oppioidi, l'induzione con terapia agonista oppiaceo nei giorni precedenti la scarcerazione (Wakemann, 2015), accompagnato da specifico *counselling*. La complessità eziopatogenetica delle dipendenze, la mancata disponibilità negli Istituti Penitenziari degli strumenti di Riduzione del

Danno, RdD, per la prevenzione delle patologie correlate (naloxone, materiale sterile, profilattici) (HRI, 2021) e la non costante possibilità di conoscere le date di scarcerazione del detenuto, rendono non sempre sufficienti tali interventi. Diventa importante, pertanto, attuare attività di counselling sui rischi connessi all'uso intramurario ed extramurario sin dalle prime fasi del periodo di carcerazione e secondo i principi della RdD (ICRC, 2009). Si ritiene che tali interventi (la RdD dal 2017 è inserita nei LEA) possano aumentare la consapevolezza e le competenze di autoregolazione delle condotte di consumo da parte del detenuto, le sue risorse e le sue capacità di autotutela rispetto a comportamenti e contesti a rischio. Ciò è ancor più importante per coloro che alla fragilità connessa al disturbo d'uso, associano fragilità socio-relazionali, con scarsità di rete di supporto, o giuridiche, come gli stranieri non in regola coi titoli di soggiorno. Tali persone, spesso già note ai servizi a bassa soglia e ai SerDP, pur riuscendo a raggiungere una condizione di sobrietà dall'uso di sostanze durante la detenzione, sovente ricadono nel circuito consumo di sostanze/illegalità/arresto una volta rilasciate, sviluppando quadri clinici più gravi e rapidi nella loro evoluzione, anche in ragione della scarsità di risorse personali e del contesto.

Di seguito sono descritti i progetti del Servizio Bassa Soglia, *Punto d'Ascolto negli Istituti Penali* e *"Progetto Post-carcerazione"*¹, nati da tali evidenze ed in linea con quanto ribadito nel Piano Prevenzione Regionale 2021-2025 che considera i detenuti ad amplificato rischio di agire comportamenti dannosi per la salute psico-fisica a causa delle proprie condizioni di vita, richiedendo azioni loro rivolte, in particolare nelle fasi di dimissioni allo scopo di diminuire il rischio di overdose, di promuovere stili di vita utili *"al miglioramento delle condizioni di salute individuali e collettive"*. Con essi ci si è posti la finalità di contrastare l'insorgenza di danni socio-sanitari e di favorire il cambiamento, avvalendosi degli strumenti del colloquio motivazionale (Miller, 2014), della RdD, dell'autoregolazione ed aumentando la consapevolezza del consumatore detenuto in termini di danni correlati ma anche di conoscenza della rete dei servizi con cui facilitare il contatto. Altro obiettivo, il reinserimento sociale: la popolazione detenuta a rischio di marginalità e qualora straniera, se non in regola con il permesso di soggiorno, nel momento della scarcerazione trova maggiori difficoltà di connessione ed

integrazione nel territorio. Minore è, inoltre, l'accessibilità dei migranti, specie se in stato di non regolarità coi titoli di soggiorno, a misure alternative alla detenzione. Di qui, la decisione di strutturare un progetto comunitario in continuità o alternativa alla detenzione a loro rivolto: finalizzato a curare le pratiche di regolarizzazione dei documenti, oltre che a favorire il cambiamento delle condotte comportamentali, si ritiene possa facilitare la ripresa dei contatti con la rete socio-sanitaria e relazionale del territorio, la ricerca di una occupazione lavorativa e di una stabilità socio-abitativa.

1. Materiali e metodi

I progetti della durata complessiva di un anno (con possibilità di rinnovo) sono stati avviati a giugno 2022; qui si riportano le riflessioni ed i dati relativi ai primi sei mesi (giugno - dicembre 2022). Essi rientrano nel percorso del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) "Bassa Soglia d'Accesso" dal 2021 attivo nei servizi DP del nostro Dipartimento. Il progetto "Punto d'Ascolto" prevede la presenza di un educatore esperto in RdD, con lunga esperienza di mediazione linguistico-culturale e facente parte dell'équipe della Cooperativa "La Quercia" che gestisce il Drop-in/SEI (Servizio Educativo Integrato) del Servizio Bassa Soglia del SerDP dell'Ausl di Reggio Emilia, un pomeriggio alla settimana, per 4 ore settimanali, continuative durante tutto l'anno. Vengono tenuti colloqui di *counselling* sanitario per la prevenzione dei danni correlati all'uso e a condotte a rischio, mediazione dei conflitti ed orientamento alla rete dei servizi, con detenuti con diagnosi di disturbo d'uso a rischio di marginalità sociale, segnalati dall'équipe Salute Mentale e Dipendenze Patologiche del Carcere. In caso di utenza con fine pena inferiore ad un anno e con possibilità di regolarizzazione/stabilizzazione giuridico-sociale è possibile, dopo valutazione multidisciplinare, accedere ad un percorso pedagogico-riabilitativo della durata di 30-90 giorni presso la comunità terapeutica della cooperativa Nefesh. Requisito preliminare ulteriore, la definizione, prima dell'avvio del percorso comunitario, di un successivo progetto socio-abitativo in accordo con i servizi sociali del Comune, il SerDP e gli enti accreditati; nel corso di tutto il programma, è richiesta l'analisi e l'attivazione della rete socio-relazionale e familiare eventualmente presente. Gli indicatori di efficacia scelti per monitorare l'applicabilità del progetto sono: numero di assistiti e numero di colloqui con monitoraggio trimestrale.

2. Monitoraggio e riflessioni

Le persone viste in totale, nel periodo giugno - dicembre 2022 sono state 38, tutte di genere maschile, di 11 nazionalità diverse incontrate, con netta prevalenza della popolazione straniera

Note

- 1 Finanziamento regionale DGR 1597, 11/10/2021: "Azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope e di prevenzione per la promozione dei determinanti del benessere psicofisico e della salute mentale per le persone detenute in carcere".

32/38 (84,2%) e di persone di fede islamica (Figura 1); età tra 20 e 62 anni. Quattro le lingue parlate e utilizzate nei colloqui: italiano, arabo, inglese e francese.

Nelle narrazioni di vita si parte dal comprendere i motivi e le modalità sottesi alla migrazione ed all'idea del sogno migratorio coltivato nel momento in cui le persone erano nel paese di origine, il partire verso un mondo migliore in una prospettiva immaginaria che tende a rendere tutto facile e possibile una volta arrivati dopo aver corso tanti rischi. Un esempio di argomenti trattati: la vita prima della carcerazione, il consumo di sostanze psicoattive (uso, misuso abuso, craving, episodi di binge, la recidiva), la prevenzione, il post-carcerazione e possibili soluzioni.

Si parla con la lingua di origine quando è necessario.

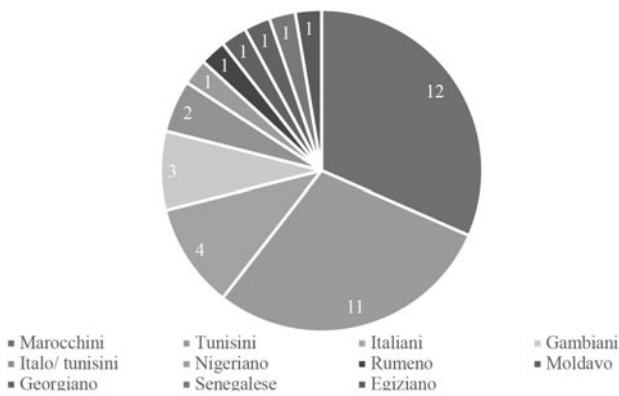


Fig. 1 – Nazionalità delle persone al Punto d'Ascolto

Si percepisce l'ostilità e la difficoltà di avere una vita normale, l'aspetto realistico contraddittorio alla prospettiva immaginaria che mette le persone di fronte ad uno sconvolgimento culturale, identitario ed esistenziale specie quando si sente persa ogni possibilità di ricostruire una nuova vita e fallito il proprio percorso migratorio.

Per recuperare una parte del Sé e per mantenere una parte solida, punto d'appoggio diventa la rappresentazione simbolica e spirituale con la fede e la religione che per molti detenuti di origine islamica diventano elementi di affiliazione funzionali a proteggersi contro una migrazione distruttiva e contro un contesto duro e ostile come il carcere. Le problematiche di precarietà ed interstizialità (Cianconi, 2022) dei detenuti migranti, o comunque dei non nativi, riguardano l'ambito comunicativo da non limitare, però, alla sola barriera linguistica: prevalente, forse, è la difficoltà di espressione in un contesto in cui l'interazione e gli scambi sono condizionati da stress emotivi, dal controllo, dal ricorso a codici comunicativi contestualizzati, da stereotipi comportamentali e da una rimodulazione identitaria.

Rispetto al profilo tossicologico, la sostanza di consumo

primario più frequente è la cocaina, nella forma di sale cloridrato (usata per la maggior parte per sniffing e solo da una persona per via endovenosa) ma soprattutto nella forma di crack (forma basata della cocaina cloridrato assunta per via inalatoria). Tutte le persone incontrate riferivano l'uso abituale di più sostanze, delineando come stile di consumo prevalente, il policonsumo e la via inalatoria quale più comune via di somministrazione in riferimento sia agli oppiacei che agli psicostimolanti. Nessuno ha riferito come sostanza primaria i derivati della cannabis o l'alcol. Nella figura 2 si riportano in modo più dettagliato gli stili di consumo: il crack è riferito come sostanza primaria da 26 (68,4%) delle 38 persone incontrate e come sostanza secondaria da 5; la cocaina cloridrato è la sostanza primaria

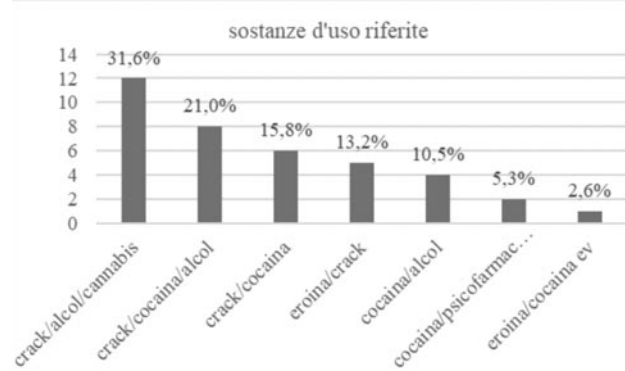


Fig. 2 – Classi di sostanze d'uso prevalente riferite dalle 38 persone incontrate

per 6 persone (15,8%) e secondaria in 7 casi; l'eroina è la sostanza primaria in 6 casi (15,8%), di cui 5 riferiscono modalità di consumo inalatoria ed 1 endovenoso.

La prevalenza del crack quale sostanza primaria di consumo oltre a essere specchio dell'attuale mercato delle sostanze nel nostro territorio che vede crescente la sua disponibilità, può essere anche indicativo della sua patogenicità ed alta compulsività, associata ad aumentato rischio di danni sociali e legali oltretutto sanitari. Nei racconti sul consumo di crack tutti parlano di stati di eccitamento psicomotorio, agitazione e aggressività accompagnati da deliri acuti, allucinazioni, paranoie (De Pasquali, 2008) ma, con dichiarata impossibilità ad interromperne l'uso. Un detenuto riporta: "È come se introduci un demone in testa e ti metti a litigare con lui". Tale dato sulla prevalenza della cocaina e dei suoi derivati è elemento utile ad orientare l'attività di counselling ed educazione sanitaria, intensificando l'informazione sulle conseguenze correlate, sugli effetti farmacologici e sulle pratiche di RdD specifiche (Strike, 2017).

Altri elementi clinici evidenziati:

- Scarsa conoscenza sulle sostanze, su modalità di autoregolazione e di prevenzione della recidiva e delle patologie correlate.
- Analfabetismo di ritorno dovuto alla marginalità e all'esclusione sociale.
- Scarsa conoscenza degli aspetti burocratici e amministrativi per il permesso di soggiorno per i migranti.
- Le sostanze, inclusi gli psicofarmaci, vengono assunti sia come automedicazione sia per fronteggiare le condizioni di privazione di libertà del carcere e la "sindrome di colpa"².

Altro aspetto emergente dai racconti ma anche dai visi e dai corpi delle persone incontrate è l'autolesionismo, manifestazione di malessere e riportato da 24 degli utenti incontrati. L'autolesionismo può rivelarsi come una pratica paradossale di (auto) cura, assumendo l'aspetto di protezione personale rispetto a delle fragilità di personalità che non sarebbero in grado di sostenere l'esperienza emotiva nel vissuto carcerario, una sorta di strategia di autoregolazione emotiva e delle tensioni psichiche vissute (Jacobson, 2014). L'ipotesi secondo cui l'autolesionismo è il sintomo di un disturbo mentale potrebbe non spiegare, da sola, le ragioni che spingono le persone a questa pratica: valutata dall'esterno come patologica, per la persona che l'agisce è unico mezzo di sopravvivenza "per non crollare" (Jiménez-Molina, 2020), come riferito anche da tante persone del Punto d'Ascolto. Facendo riferimento alla narrazione delle persone incontrate, l'agito autodiretto è preceduto da sentimenti di angoscia e di malessere che con lo scorrere del sangue si affievoliscono, come se il sangue li portasse via con sé. Nei detenuti magrebini viene usato un detto sull'autolesionismo "fai uscire il sangue. Togli via l'angoscia e la tristezza", "Yekhroj dam yemchi al gham", dove le due parole Dam (sangue) ed Al gham (angoscia, tristezza), fanno rima. Secondo alcune visioni antropologiche, il procurarsi tagli o ferite è un modo per comunicare la propria esistenza, specie in contesti come quello detentivo dove i vissuti sono quelli dell'umiliazione e della violenza (non solo fisica).

Grande il bisogno che sta emergendo nel corso dell'attività di ascolto con le persone detenute, di un maggiore approfondimento di tale fenomeno che può assumere significati e funzioni specifiche all'interno del contesto detentivo o in relazione alle caratteristiche psico-sociali di chi lo mette in atto (ad esempio giovani migranti o senza fissa dimora).

Il Punto d'Ascolto rappresenta un punto di informazione, orientamento ed accompagnamento ai servizi del territorio o a percorsi di reinserimento e regolarizzazione, al fine di ridurre i rischi connessi alla discontinuità farmacologica, sanitaria e relazionale osservata frequentemente nelle persone rilasciate dagli istituti carcerari. Gli educatori operanti al suo interno, effettivamente, conoscono sia la geografia degli istituti penitenziari sia quella dei servizi del territorio, elemento che si pensa possa aumentare la garanzia di una maggiore continuità istituto penitenziario-territorio. In linea con ciò, la condivisione dei progetti con il Comune di Reggio Emilia e con lo Sportello Informativo Detenuti già attivo negli Istituti Penali, al fine di progettare e coordinare i percorsi di ricollocamento.

All'interno del Punto d'Ascolto si lavora in un'ottica di RdD, quarto pilastro delle politiche europee sulla tossicodipendenza, accanto a prevenzione, lotta al traffico e cura, che mira a minimizzare gli impatti negativi sanitari, sociali e legali dell'uso di droghe, in una prospettiva comunicativa e relazionale basata sulla fiducia, ci permette di approfondire temi molto delicati all'interno di un contesto di cattività privativo di libertà e talvolta di diritti o della loro esigibilità. Lo strumento principale utilizzato è l'ascolto riflessivo (Buccioni, 2020) per cogliere le narrazioni di ogni persona senza alcuna forma di giudizio e stigma; questo perché con la carcerazione le persone entrano all'interno di un circolo vizioso di sindrome di colpa (Sayad, 2002) ed auto-stigmatizzazione, ma anche di violenza ed aggressività come mezzi di rivendicazione del loro essere persone e soprattutto come meccanismo di difesa per proteggersi dall'umiliazione vissuta in tali ostili contesti. Lo spazio di relazione nel Punto d'Ascolto verte sul facilitare la narrazione della propria storia, sull'aiutare ad uscire dalla ristrettezza dovuta alla cattività; è uno spazio neutro dove emergono le soggettività (solitudine, emozioni, ricordi, pianti, rimpianti, rimorsi e speranza) verso un'idea di libertà non valorizzata in precedenza. Questa modalità di ascolto non giudicante ed "aperta" (occorre scegliere con appropriatezza le parole che non siano né colpevolizzanti, né vittimizzanti) permette, a nostro avviso, di conoscere la persona che si ha davanti ed iniziare un ragionamento condiviso. Lo scopo è poter conciliare e mediare le emotività per traghettare verso un piano di realtà; raggiunto tale piano si può avviare un ragionamento su una vita futura.

Note

² Estratto dell'articolo "Asharia e il senso di colpa", di Ahmed Al-Guobandji, 2014: "Una parte del testo coranico prevede il perdono e la misericordia totali Surat Az-zumar, versetto 53 - *O Miei servi, che avete ecceduto contro voi stessi, non disperate della misericordia di Allah, Allah perdona tutti i peccati* - In verità Egli è il perdonatore, il Misericordioso"; per evitare che ci sia un cumolo di senso di colpa che poi diventi un complesso o una sindrome di colpa che distrugge la vita dell'essere umano e la sua felicità oltre a contribuire all'allentamento dell'essere umano da Dio e dalla virtù.

Osservazioni conclusive

Una delle primarie finalità del Punto d'Ascolto è portare una visione di RdD all'interno del sistema carcerario, ponendo le basi per l'introduzione di strumenti della RdD, ad esempio materiale sterile e profilattici, e riconoscendo come destinatari non solo i detenuti con disturbo d'uso di sostanze psicoattive, ma anche l'équipe operante all'interno di esso. Obiettivi: ridurre i rischi sanitari, specie nella fase di "ripristino" della libertà, nei detenuti con disturbo d'uso; costruire percorsi di uscita più tutelanti. Il Punto d'Ascolto si è rivelato anche osservatorio etnografico che permette di incontrare "l'altro" attraverso le storie di vita e di migrazione. Esso può considerarsi, infine, strumento di osservazione delle nostre modalità di accoglienza ed assistenza con cui poter migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi, sempre in una visione multidisciplinare (sanitari, avvocati, educatori, mediatori linguistico/interculturali, servizi ed enti del territorio, ecc.) a favore di persone portatrici di fragilità complesse che spesso si intersecano con l'esclusione da ogni forma di welfare e da percorsi di reinserimento socio lavorativo.

Co-autori

Jelena Manca, *psicologa, Coordinatrice Drop-in/SEI Servizio Bassa Soglia SerDP Reggio Emilia*

Luca Magnavacchi, *Educatore, Drop-in/SEI Servizio Bassa Soglia SerDP Reggio Emilia*

Federico Paolini, *Educatore drop-in/SEI Servizio Bassa Soglia SerDP Reggio Emilia*

Angela Zannini, *Direttrice SerDP Reggio Emilia*

Claudio Ferretti, *direttore Struttura Complessa Dipendenze Patologiche e Salute Mentale degli Istituti Penitenziari di Reggio Emilia*

Bibliografia

- Binswanger, Steiner, et al, 2012, Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addict Sci Clin Pract*;7(1):3.
- Buccioni, Palma, Venturi, 2020, *Mediare le conflittualità*. Ed. Franco Angeli.
- Cianconi, 2022, *Le chiavi dell'orizzonte circolare – Territorio mutazione psicopatologia*.
- De Pasquali, Costabile, Casali, 2008, *Cocaina, psiche e crimine. Gli effetti neuro-psico-sociali della cocaina*. Ed. Franco Angeli.
- EMCDDA, 2010, Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, EMCDDA Reports.
- HRI, Harm Reduction International, 2021, The Harms Of Incarceration. The evidence base and human rights framework for decarceration and harm reduction in prisons.
- Jacobson & Batejan, 2014, *Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury*. In M. K Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 308-320). Oxford University Press.
- Jiménez-Molina, 2020, *Se blesser pour survivre: les pratiques d'automutilation dans la vie d'une adolescente sans-abri au Chili*, *Anthropologie & Santé*.
- ICRC, International Committee of the Red Cross, 2009, *HIV/AIDS FIELD GUIDE: a planning and practice guide to integrating HIV/AIDS into the ICRC's health work*. ICRC.
- Miller, Rollnick, 2014, *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, III Ed. Erickson.
- Sayad, 2002, *La doppia assenza*, Ed. Cortina Raffaello.
- Strike, Watson, 2017, Education and equipment for people who smoke crack cocaine in Canada: progress and limits, *Harm Reduction Journal*; 14:17.
- Wakeman, Rich, 2015, *Addiction treatment within US correctional facilities: bridging the gap between current practice and evidence-based care*. *J Addict Dis*;34(2-3):220-225.

L'alternativa nomade

*In cammino prendendosi cura di sé e dell'altro
nella prospettiva del reciproco riconoscimento*

Pietro Pellegrini

88

ABSTRACT

La salute è bene relazionale, che lega tra loro tutte le persone e in questa ottica è anche interesse della comunità. A partire da una riflessione sulle politiche sociali che ruotano attorno al tema dei diritti naturali e di cittadinanza a favore della popolazione migrante, si introduce una visione possibile, l'alternativa nomade, presa in prestito da Bruce Chatwin. All'interno di questa suggestiva proposta la persona è sempre tale, con i suoi diritti e doveri naturali. In quanto essere umano unico, vivente e mortale, diritti/doveri sono ad esso e solamente ad esso connessi. Non alla cittadinanza, non al censo, non ad altre caratteristiche. In quanto umano è responsabile di sé e dell'altro, come dato ontologico. Il riconoscimento dell'altro rispecchia nella mente e dà luogo al riconoscimento di Sé come dato costitutivo della persona. Una persona abitante il mondo.

Introduzione

Il tema della Salute Mentale della popolazione migrante, che riprendo in questo numero di Sestante a partire da alcune premesse tratte da un recente convegno¹, è complesso e vede diversi approcci implicati, dalla psichiatria culturale, transculturale all'etnopsichiatria. I sintomi e i comportamenti possono trovare espressioni e comprensioni differenti rispetto al diverso contesto sociale, storico culturale, religioso e politico. Queste possono variare nei diversi Paesi dove cambiano i sistemi di accoglienza, inclusione sociale e di cura. In Italia non si è pienamente realizzato un approccio volto a creare una società multiculturale. Agli elementi di preoccupazione che originano da lontano si aggiungono provvedimenti governativi² in materia di accoglienza e

Note

- 1 Rielaborazione dell'intervento al Convegno "La salute mentale della popolazione migrante: attualità e prospettive". Parma 8 ottobre 2019.
- 2 Tra ottobre e novembre 2018, due provvedimenti del governo italiano modificano drasticamente sia la "prima accoglienza" dedicata esclusivamente ai richiedenti protezione internazionale (Decreto del Ministero dell'Interno del 20 novembre 2018); sia la "seconda accoglienza" ("Decreto sicurezza" del 4 ottobre 2018). Le misure che

Rif.
Pietro Pellegrini, *psichiatra,*
Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato
Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma
pellegrini@ausl.pr.it

recentemente di salvataggio in mare. Senza entrare nel merito delle singole norme, il principale timore è che si vada configurando un sistema di diritti e tutele differenziati non più di tipo universalistico. In questo processo di restrizione, selezione e in fondo di esclusione, vi è il rischio che resti solo il diritto alla salute il quale, come è noto, non può essere separato dagli altri diritti in quanto non può riepilogare in sé, né vicariare, i diritti naturali e di cittadinanza.

Se il complesso tema dei diritti/doveri viene ridotto ad interventi sanitari, magari limitati alla sola Emergenza-Urgenza, valutata dai medici anche in condizioni quasi estreme come quella dei naufraghi salvati e poi trattenuti con inutili sofferenze molti giorni alla deriva in attesa di un porto sicuro, la salute viene ad essere una mera sopravvivenza.

Un approccio che implicitamente rilegge il significato del concetto di salute e non tiene conto della nostra Costituzione³ che considera la salute come bene relazionale, che lega tra loro tutte le persone e in questa ottica è anche interesse della comunità. In altre parole è un diritto fondamentale, individuale e collettivo al tempo stesso, un bene comune. Abbiamo fatto molto per superare la concezione della salute come mera assenza di malattia e al di fuori di ogni idealizzazione essa è definita dall'OMS "uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità"⁴. Quindi salute e malattia non si escludono ma coesistono come dimostra il fatto che larga parte delle patologie sono croniche e quindi richiedono interventi sociali e sanitari di lungo termine, la possibilità di funzionamento e partecipazione sociale sono mantenute.

È interessante notare le terminologie: migranti, stranieri, naufraghi, profughi, apolidi, senza fissa dimora, e ancora altre distinzioni, come richiedenti asilo politico, migranti economici, clandestini, extracomunitari...

Il tema vede diverse configurazioni e problemi diversi in base alla fase del processo migratorio: prima, durante la prima accoglienza, la fase di inserimento, fino alle seconde e terze generazioni.

Queste ultime spesso nate in Italia, conoscono la lingua e si confrontano da un lato con le culture di provenienza ancora molto attive in ambito familiare e dall'altro con aspetti di vita, sociali e culturali dei pari. Ciò crea una "multiculturalità di prossimità", ambito fondamentale per lo sviluppo della co-esistenze e dell'inclusione e quindi un'evoluzione nelle relazioni di genere, delle culture familiari e della concezione dell'educazione e della cura. In questo ambito è necessario avere presente come le persone siano sempre portatrici di una pluralità di bisogni e quindi devono essere co-esistenti

gli interventi di diversa natura a partire dal riconoscimento identitario (la mancanza di documenti e di permessi di soggiorno è spesso drammatica perché impedisce l'accesso ai diritti), dalle azioni sanitarie e sociali per le quali sono essenziali i riferimenti normativi e le attribuzioni delle competenze, "chi si occupa di che cosa"; questioni che talora generano tensioni e atteggiamenti difensivi, dove tutti hanno le loro ragioni e magari la persona rischia di restare sola con i suoi problemi, in uno stato di sostanziale abbandono.

1. Alcuni dati epidemiologici Osservatorio DEM-DP

Prendendo spunto dai dati ricavabili dal Sistema informativo e dall'Osservatorio delle Dipendenze del Dipartimento Assistenziale di Parma⁵ e riguardanti persone residenti e quindi non in grado di rilevare regolari, irregolari e i diversi profili di richiedenti, possiamo tuttavia riscontrare, quanto alla provenienza una significativa presenza di persone provenienti dall'Est Europa, Africa settentrionale e centrale, Asia con Pakistan, Cina e Filippine. I termini straniero e migrante quindi rimandano a provenienze e culture molto differenti, non solo tra i Paesi ma all'interno di ogni singolo stato.

- Psichiatria adulti

I dati ci dicono che le percentuali di stranieri in carico ai servizi psichiatria adulti e dipendenze patologiche, sono inferiori rispetto alla loro presenza nella popolazione generale. Sotto il profilo diagnostico vi è una significativa prevalenza di:

- disturbi di adattamento;
- utilizzo di sostanze stupefacenti, in particolare alcool e cannabis, che possono anche essere espressione di una "mediazione adattiva" e di autocura ma anche di una possibile avvicinamento a circuiti marginali o illegali.

escludono i richiedenti asilo dal sistema dell'accoglienza di fatto cancellano la possibilità di costruzione di un percorso inclusivo e socialmente avanzato, mentre l'abolizione della protezione umanitaria priva migliaia di persone, che si vedono rigettare la richiesta di asilo e che non possono essere rimpatriate se non in violazione della legge, di uno status legale che permetterebbe loro l'accesso ai servizi sanitari, sociali e abitativi, istruzione e lavoro, con evidenti ripercussioni negative su qualità di vita, sicurezza e dignità e aumentandone la vulnerabilità e l'esposizione allo sfruttamento lavorativo e criminale.

3 Art. 32. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

4 "Social determinants of mental health", pubblicato dal World Health Organization 2014.

5 Report di attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dal 2011 al 2021 reperibili al sito: https://www.ausl.pr.it/azienda/daismdp/report_attivita_dipartimento_assistenziale_integrato_salute.aspx.

- Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

In questi servizi, la percentuale di stranieri è all'incirca uguale a quella degli italiani. Ed è una percentuale in crescita. In alcuni ambiti la presenza di minori stranieri è quanto mai significativa, ad esempio nei Disturbi dello Spettro Autistico nei soggetti collocati fuori famiglia (circa il 40% è straniero) e sembrano importanti anche i disturbi del linguaggio, comunicazione con risvolti anche sull'apprendimento in generale (non tanto i disturbi specifici che sono più frequenti negli italiani). La riflessione sui minori richiede alcune precisazioni. Infatti dai dati 2018 della Regione Emilia-Romagna, relativi ai pazienti stranieri in carico alle NPIA, i nati in Italia erano il 76,3%. Detta in altre parole, 3 bambini stranieri su 4 sono nati in Italia. Quindi il problema dei minori è connesso certo anche al fenomeno migratorio recente, ai minori stranieri non accompagnati, ma è in larga misura un tema educativo-culturale di bambini che nascono in Italia da genitori immigrati. Una prima generazione autoctona, la quale si confronta da un lato con lingua e cultura di origine, con i modelli educativi dei genitori, le loro aspettative e tradizioni, una diversa transgenerazione, una modificata rete familiare e sociale di riferimento e dall'altro con il nostro mondo, le nostre abitudini, i nostri modelli educativi, le consuetudini, le normative.

Molti minori sono la generazione di transizione, di passaggio. Questo aspetto va tenuto in considerazione sia per i minori che per i loro genitori, in relazione alle loro competenze, funzioni educative, al persistere di tradizioni, consuetudini nel rapporto con la comunità (come lasciare soli i minori, come consentire uscite in cortile, o relazioni di genere, al matrimonio combinato, ecc.). Questo implica un confronto perché le modalità di pensare e vivere le relazioni educative, di genere, ma anche il lavoro, l'abitare, i tempi (la puntualità) sono diversi e molto variegati. Lo stesso per quanto attiene cibo, tenuta alloggio ecc.

Differenti possono essere anche le concezioni di salute e malattia, la loro interpretazione e i dispositivi di cura. Questo in generale e a maggior ragione per quanto attiene ai disturbi mentali che in molti paesi vedono ancora risposte altamente stigmatizzanti, manicomiali, coercitive o abbandoniche. D'altra parte la dotazione di professionisti è assai modesta⁶ e la quota del PIL dedicato alla salute mentale è inferiore al 1%.

Il nostro modello comunitario di salute mentale è per molti stranieri sconosciuto. Anche quelli provenienti dall'Est Europa dove sono ancora ampiamente presenti ospedali psichiatrici e istituti per minori. Un punto molto rilevante sia per le aspettative e i timori, sia perché un modello di comunità implica sempre i diritti sociali (casa, reddito minimo) per poter vivere nel contesto sociale in modo adeguato. Molto concretamente si avverte come il diritto alla salute sia strutturalmente correlato con altri.

Il nostro presentarci come portatori di aiuto, "democratici" e disponibili, talora contrasta con le aspettative ("non è ciò di cui ho bisogno") ma anche con lo stigma e il timore di ricevere i trattamenti in atto nel proprio paese, quindi di vedere compromesso il progetto migratorio, che nasce in modi molto differenziati e di vedere compromesse le relazioni familiari da leggi e servizi. Se le attese sono alte, l'aspettativa di ricchezza e riscatto sociale ad alimentare, anche le posizioni rivendicative rispetto al Paese che accoglie sono frequenti e più intense se si accentua il divario con l'esperienza reale. Altri si adattano anche a livelli di vita modesta che per altro condividono con molti italiani (con o senza disturbi mentali).

Per i minori la questione dell'attaccamento e della base sicura viene a svilupparsi tra nostalgia e proiezione nel futuro; è cruciale quindi la questione della lingua (della madre o del nuovo paese?) e della cultura. In questo quadro forme di riconoscimento di cittadinanza e di appartenenza potrebbero essere anche psicologicamente utili.

- Carcere

Quanto alla situazione penitenziaria⁷ al 30 settembre 2019 su un totale di 60.881 soggetti detenuti, gli stranieri sono 20.225 pari al 33,2%. Di questi il 63,3% è condannato mentre il 36,3% sono imputati.

Dall'Osservatorio delle misure alternative del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP), emerge che la percentuale dei recidivi fra coloro che scontano una pena in carcere era del 68,45%, mentre nel caso di coloro che scontano una pena alternativa la percentuale scendeva al 19%. I processi di regolarizzazione sono correlati ad una riduzione della criminalità. Occorre conoscere meglio le modalità difensive o di possibile violazione (es. l'abitudine a portare coltelli ecc.) e i percorsi di inclusione.

Le donne straniere sono 943 pari al 4,5% dei detenuti stranieri. Le donne detenute con figli al seguito sono 42 di cui 21 straniere (50%) e con 24 figli minori italiani e 22 stranieri.

Note

6 La dotazione di psichiatri in Africa è molto bassa: uno psichiatra in Liberia (4 milioni di abitanti); da tre psichiatri nel Niger (oltre 20 milioni di abitanti); da quattro psichiatri nel Togo (6 milioni di abitanti); da sette psichiatri nel Benin (6 milioni di abitanti); da nessuno psichiatra in Sierra Leone (quasi 6 milioni di abitanti). Il Gambia (quasi 2 milioni di abitanti) nel 2012 aveva uno psichiatra e una cinquina di infermieri psichiatrici per tutto il territorio. Lo psichiatra lavorava nell'unico ospedale psichiatrico del Paese, il 'Taka-Taka'. Fonte: Carey B., The Chains of Mental Illness in West Africa, in NY Times, 11.10.2015. <https://www.nytimes.com/.../the-chains-of-mental-illness-in-w...>

7 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page;jsessionid=i9Z0GFxmGqx3o5XOnUOSiWnj?contentId=SST219327&previousPage=mg_1_14.

I minori seguiti da servizi sociali del ministero della giustizia su un totale di 18.832 gli stranieri sono 4.829 pari al 25,6%, percentuale vicina a quella presente nella popolazione generale e ben al di sotto di quella degli stranieri in carcere.

2. Diritti individuali e sociali nei diritti/doveri di integrazione

La questione delle migrazioni è inevitabile: nel 2050 avremo sul pianeta circa 10 miliardi di persone, la connessione, facilitata anche dalle nuove tecnologie, rende il destino comune. La società sta diventando sempre più multiculturale. Si tratta di un processo non arrestabile che riguarda anche i servizi sanitari e sociali. E prima ancora che vedere effetti sul piano pratico, esiste una questione di principio. Una questione non nuova relativa al mandato e soprattutto al contesto normativo al quale fare riferimento; un tema precedente ai decreti sicurezza che, a mio avviso, costituisce uno degli elementi più importanti nel facilitare o rendere difficoltosi i processi di coesistenza e inclusione. In altre parole mi riferisco al fatto che migranti, stranieri e nomadi sono accomunati agli italiani in quanto tutti hanno subito una riduzione dei diritti di cittadinanza condizionati, con norma Costituzionale (art 81), alla compatibilità economica.

Se i diritti sono resi mere opportunità, la loro fruizione non solo non è garantita ma da un lato vengono strutturati meccanismi per rendere selettiva la fruizione del welfare disponibile e dall'altro si creano forme di volontariato, autoorganizzazione fino "all'arrangiarsi". In diversi paesi di fronte all'abbandono si sono viste anche forme di assistenza assicurate da formazioni politiche quando non anche dalla criminalità. In questa chiave mettere prima qualcuno, magari sulla base della cittadinanza o della provenienza crea disuguaglianza e tuttavia l'iniquità si realizza anche se il criterio è diverso, magari anche solo economico-sociale. In altri termini se è del tutto inaccettabile ogni criterio xenofobo o razzista, appare comunque grave se viene attuata una discriminazione basata su principi più consoni all'economia di mercato, seppure emotivamente neutrale e quindi probabilmente più accettabile. Questa visione è molto indulgente nel verificare realmente il rispetto del patto sociale, come ad esempio pagare le tasse, per accedere ai servizi del welfare o alla scuola, mentre verifica in forma talora severissima i titoli per utilizzare un parcheggio, un treno...

I diritti sociali sono ridotti e condizionati mentre i diritti individuali sono in una fase di lenta ma costante espansione. Lo si vede per il suicidio assistito o per la proposta di voto ai sedicenni, collocato al di fuori di una visione complessiva, coerente e unitaria dei diritti/doveri. Se il diritto viene graduato secondo le disuguaglianze e non sull'eguaglianza

che tuteli l'unicità e la diversità di ogni persona, se questo viene applicato in modo differenziato nelle pratiche fino a quella più grave dell'evitamento, dell'abbandono della persona che soffre o rischia di perdere la vita; se per il soccorso del naufrago viene valutata prima la sua provenienza e chi lo ha salvato, perché mai dovremmo mandare un'ambulanza a soccorrere un intossicato da sostanze psicoattive o da alcool che lo ha fatto volontariamente o perché mai dovremmo curare diabetici scompensati che non stanno a dieta, o fumatori con tumori, per non parlare poi degli obesi?

La colpevolizzazione del malato non è così distante da altre forme di discriminazione basata su presunte violazioni la prima delle quali è avere superato un confine. È questo ciò che conta, non altro. Se tutto viene impostato in chiave difensiva rispetto ad un presunto nemico, additato a responsabile delle nostre difficoltà perché ruba i nostri averi, usa i servizi, allora tutto questo sembra rassicurare e convincere una parte della popolazione la quale non si rende conto come la differenziazione del diritto, l'ineguaglianza finirà con il dilagare ed avrà un effetto incrementale.

Prima è escluso qualcuno e ciò può apparire "giustificato" e poi via via finirà per interessare tutte le persone, passando prima per un terzo, il terzo escluso delle società avanzate poi la metà della popolazione, fino a raggiungere la totalità e determinare la società degli esclusi/esclusione. Non è uno scenario catastrofico ma la semplice constatazione che se il titolo per accedere ai servizi sanitari o alla scuola e università fosse come nel modello americano, gran parte della popolazione non arriverebbe ad usufruirne.

Diritto alla salute fondato quindi su quale criterio, su quale patto sociale? Sul reddito, la cittadinanza, la cultura o la lingua, o come caratteristica umana?

Appare evidente come questo punto sia poco esplicitato, volutamente taciuto o meglio tenuto confusamente ambiguo, facendo di volta in volta prevalere quella più funzionale al consenso. Più che di evasione fiscale è più funzionale una linea che porta a pensare gli stranieri e chi ha bisogni sociali come profittatori, parassiti, indegni, con caratteristiche quasi animali, con difetti, bruttezze, tutti segni di una inesorabile inferiorità di provenienza, religione, ma anche sul colore della pelle o le caratteristiche somatiche.

Questa appare una linea di pensiero che crea ideologicamente prima ancora che nella pratica, in termini fantastici, una sottopopolazione pericolosa, da stigmatizzare. Una popolazione "extracomunitaria", per la sua stessa esistenza da criminalizzare (a volte il reato è di "turbata quiete") insieme a chi si occupa di loro (servizi e ONG ecc.) confondendo problema e tentativi di soluzione. Gli italiani devono essere differenziati dagli stranieri, spesso additati di sottrazione di ricchezza e causa di difficoltà, in assenza delle

quali la risoluzione dei problemi viene prospettata come semplice e dovuta.

Se poi i migranti sono anche malati mentali oltre all'emarginazione e all'essere soggetti con meno diritti e meno doveri, rischiano di diventare abitanti di uno strano pianeta chiamato "psichiatria". Una prospettiva inaccettabile. Nel diritto delle diseguaglianze c'è chi pensa, ed è quasi incredibile che questo accada a 41 anni dalla legge 180, che il Dipartimento di salute mentale sia un mondo a parte, autosufficiente, o per dirla in altri termini che esistano persone, quelle affette da disturbi mentali, con meno diritti e meno doveri. A queste, dovrebbero essere associati anche coloro che il sistema, anche quello dell'accoglienza/protezione, si trova a non poter ospitare, a non poter seguire, in qualche misura ad espellere, perché senza documenti, senza identità, reddito, lavoro, dimora... soggetti in ombra, quasi fantasmi.

Una condizione simile a quella di tanti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici, Ospedali Psichiatrici Giudiziari, di tanti detenuti e in passato nei brefotrofi e orfanotrofi, tutti accomunati dall'anomia, dall'assenza o perdita di ogni contrattualità e dignità. Persone per le quali essere nel mondo significa non avere riferimenti. Se l'unico punto di ancoraggio e speranza è la psichiatria non si può dimenticare che i processi di soggettivazione iniziano dal riconoscimento reciproco e dai diritti che in larga scala vengono prima e non a seguito delle diagnosi di disturbo mentale.

La modifica dell'ordine dei percorsi di accoglienza, cioè il riconoscimento di benefici e diritti a seguito delle diagnosi, pur comprensibile nella logica di dare risposte specifiche, deve (essere) rappresentare qualcosa in più e non soltanto essere sostitutivo dei diritti fondamentali e di cittadinanza. Come se in assenza di manicomi ed ora anche degli OPG, esistesse comunque un "mondo a parte", un mondo parallelo, dove essere ospitati e trattenuti. Quindi forme di deformazione dei mandati, dalla cura al contenimento del disagio, fino a forme di neoistituzionalizzazione (in genere penitenziaria per i disturbanti) o di abbandono-esclusione e solitudine nella pseudo-tolleranza urbana.

La cura è nella libertà, nel consenso e nella responsabilità, parte dei diritti/doveri. Programma di cura e progetto di vita hanno bisogno di uno scenario di senso, di trovare riferimenti di speranza, e dignità.

3. L'alternativa nomade: una prospettiva possibile?

Oggi appare fondamentale ridefinire lo scenario di riferimento. Se siamo in un sistema universalistico, interessa tutti e diviene bene comune. Se privatistico, a domanda individuale, allora si lascia ciascuno al proprio destino, nella solitudine. Bisogna uscire dall'ambiguità.

La persona è sempre tale, ha i suoi diritti e doveri naturali. In quanto essere umano unico, vivente e mortale,

diritti/doveri sono ad esso e solamente ad esso connessi. Non alla cittadinanza, non al censo, non ad altre caratteristiche. In quanto umano è responsabile di sé e dell'altro, come dato ontologico. Il riconoscimento dell'altro rispecchia nella mente e dà luogo al riconoscimento di Sé come dato costitutivo della persona. Una persona abitante il mondo.

Il titolo di questo saggio "L'alternativa nomade", è preso a prestito da Bruce Chatwin⁸; è una suggestione reale e immaginaria, fisica e mentale. Nella distanza tra ideali e la concretezza delle condizioni di vita, stanno i vissuti e le rappresentazioni, e questi sono centrali sia rispetto all'interpretazione delle situazioni che dei riferimenti ideali. Sono in mezzo, tra la partenza e la meta, nella consapevolezza che inizio e fine sono per lo più immaginari, sostanzialmente sempre in larga misura sconosciuti. "Il nomade rinuncia; medita in solitudine". "L'evoluzione ha voluto i viaggiatori" e "le asperità sono vitali"⁹. L'alternativa nomade implica l'essere piuttosto che l'aver, il divenire più che lo stare.

In questo quadro fa riflettere l'attuale enfasi sul diritto alla proprietà, al rapporto tra persona e proprietà, al denaro come riferimento simbolico universale. L'alternativa è rivoluzionaria perché cambia l'ordine dei valori. Una vita in continuo movimento, dove l'inquietudine come l'irrequietezza dell'uccello migratore che come l'aria non conosce muri e confini, diviene l'espressione di una ricerca di senso, di storie uniche ed irripetibili, di co-esistenze, dove la meraviglia è negli incontri, nell'inatteso e nei dettagli. È il viaggio la metafora della vita.

Non il ritorno ad Itaca di Ulisse ma "il venire dalla fine del mondo" per fare un viaggio a ritroso nel tempo alla ricerca di un multicentrico cuore dell'umanità. Francesco d'Assisi come espressione della nuova cultura dell'esserci, in grado di non avere paura di privarsi/lasciare, delle sfide e delle fatiche, dell'andare a piedi, della povertà se è dignità e umiltà.

Se è ontologico il prendersi cura, di sé e dell'altro, la prospettiva del reciproco riconoscimento diviene la questione cruciale. Non farlo non solo disconosce lo straniero ma ciascuno diviene straniero a se stesso; la paura inquietante dell'altro diviene paura di sé; l'alienazione dilaga, nel sospetto e nell'inquietudine. Serve il dono della cura nell'incontro, del per-dono per costruire la base sicura

Note

8 Chatwin L'alternativa nomade. Lettere 1948-1989 Adelphi, 2013.

9 Chatwin B. L'anatomia dell'irrequietezza, Adelphi, 1996.

e rendere sicuro l'attaccamento. È quella relazione che crea senso di appartenenza, sicurezza, contenimento, continuità, stabilità. Che fa della casa, non tanto la House, quanto la Home, casa nella sua accezione sentimentale, come comunità mondo, terra¹⁰.

È complesso, talora difficile, molto difficile ma occorre lavorare sulle contraddizioni, le diversità e le violazioni per ricercare nella libertà con un lavoro interiore, nuove dimensioni e convivenze. Occorre essere nella comunità, attivare i gruppi di riferimento, creare relazioni, capire per arricchirci reciprocamente. Da loro, dalle esperienze dei tutor ed altre di valorizzazione dei migranti nascono generatività molto interessanti e possono migliorare e riattivare i nostri paesi. A volte basta poco per riaccendere la speranza, creare sviluppo attraverso la partecipazione democratica come insegna Amartya Sen¹¹.

“È stato il vento” a portare i primi naufraghi a Riace; l'inatteso incontro avviene nella necessità, con quello che c'è, nella prossimità creativa che attiva la vita delle persone e le rende più ricche. È la concretezza dell'esperienza e della testimonianza. Questo vuol dire costruire una multiculturalità di prossimità.

Nella nostra esperienza, nel percorso di chiusura dell'OPG abbiamo avuto l'apporto delle diverse culture religiose nella costruzione della “Stanza del silenzio” nella Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza. Il contatto e la collaborazione delle diverse comunità è stato fondamentale per capire, per arricchire la nostra attività psichiatrica fondata sulla comunità. Sembra impossibile, ma nei processi di deistituzionalizzazione, è stata proprio l'utopia a rendere possibile l'impossibile. È possibile ricostruire una “weltanchung del bene” (Saraceno, 2019¹²) che nella quotidianità e nella prossimità sia in grado di trasformare la realtà. Un'utopia della pace che contrasti le tendenze distruttive e il dilagare dell'aggressività, anche nelle forme più regredite.

Perché di parole come “solidarietà, empatia, simpatia, compassione [...] si è quasi persa traccia? E questo, proprio mentre milioni di uomini e donne chiedono aiuto attraversando mari e tribolazioni, e mentre la povertà, le guerre e le disuguaglianze crescono anche nel mondo ricco. Perché entrare

in contatto con le emozioni altrui è diventato così difficile?

E che cosa accade quando un essere umano le vede e le sente, le emozioni dell'altro? È subito spinto a dividerle, a muoversi in aiuto del prossimo in difficoltà, o per decidersi a farlo ha bisogno di un Dio, di una Verità, di un'Ideologia? Sono queste le domande del filosofo Escobar¹³.

Mi piace concludere con le parole di Saraceno secondo il quale serve impegno culturale meticoloso, capillare e intenso fra “coloro che non contano” al fine di “generare un nuovo e diffuso consenso verso una fraternità ospitale che cessa di essere esclusivamente una virtù individuale per divenire sentimento civile, condiviso e collettivo: cemento di spiritualità trasversali laiche e religiose”¹⁴.

Note

10 Greta Thunberg, *La nostra casa è in fiamme*, Mondadori, 2019.

11 Sen A. *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*. Mondadori, 2000.

12 Saraceno B. *Psicopolitica. Città salute migrazioni*. DeriveApprodi, 2019.

13 Escobar R. *Il buono del mondo. Le ragioni della solidarietà*, Il Mulino, 2018.

14 Saraceno B op. cit.

Bibliografia

- Chatwin B., *L'anatomia dell'irrequietezza*, Adelphi, 1996.
 Chatwin B., *L'alternativa nomade. Lettere 1948-1989* Adelphi, 2013.
 Escobar R., *Il buono del mondo. Le ragioni della solidarietà*, Il Mulino, 2018.
 Thunberg G., *La nostra casa è in fiamme*, Mondadori, 2019.
 Saraceno B., *Psicopolitica. Città salute migrazioni*. DeriveApprodi, 2019.
 Sen A., *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*. Mondadori, 2000.
 Carey B., *The Chains of MentalIllness in West Africa*, in NY Times, 11.10.2015.

Biblio internet

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page;jsessionid=i9Z0GFxmGqx3o5XOnUOSiWnJ?contentId=SST219327&previousPage=mg_1_14

Assistenza sanitaria, e non solo, a profughi ucraini

Due associazioni di volontariato di Forlì e Bologna raccontano

A cura di

Lucio Boattini, Vanni Cuni, Laura Gaspari, Paola Piccinini,
Daniela Valpiani, Giorgio Maria Verdecchia
Corrado Fini

94

Introduzione

Dopo il 24 febbraio, data di inizio dell'invasione russa in Ucraina, sono giunte nel territorio della Regione Emilia-Romagna numerose famiglie ucraine, per lo più donne con bambini. La Regione si è attivata per accogliere i profughi mettendo in atto una serie di misure, in risposta ai loro diversi bisogni con l'attivazione della rete: Centri Accoglienza Straordinaria e Sistema Accoglienza Integrazione (8000 posti individuati dalle Prefetture), Accoglienza Diffusa con il supporto dei Comuni, del Terzo settore e del privato sociale (15000 posti), contributi di sostentamento per i titolari di protezione temporanea con autonoma sistemazione e per i minori non accompagnati. Dall'ultima decade di marzo, la Regione ha garantito ai profughi l'assistenza sanitaria con specifiche modalità organizzative: controlli e screening previsti dalla normativa nazionale e regionale, con particolare attenzione alle persone con sintomi suggestivi della presenza di malattie trasmissibili, vaccinazioni di routine a minori ed adulti e assistenza psicologica. Ha, inoltre, provveduto all'assegnazione del Codice Straniero Temporaneamente Presente (STP), con validità sei mesi, eventualmente rinnovabile, per l'accesso alle prestazioni sanitarie, secondo le regole e le modalità ordinarie.

L'assistenza di medicina generale è stata affidata alle Organizzazioni di Volontariato (OdV) presenti sul territorio, convenzionate: per l'Ausl di Bologna il Poliambulatorio Biavati, vicolo Alemagna 1 e l'Ambulatorio Sokos, via Gorky 12 - Bologna, per l'Ausl della Romagna, provincia di Forlì-Cesena l'Ambulatorio gestito da Salute e Solidarietà c/o Caritas, via Dei Mille 28 - Forlì

"Salute e Solidarietà" a Forlì e "Sokos" a Bologna sono due organizzazioni di volontariato che differiscono per numerosità della popolazione potenziale di assistiti e per alcune modalità di risposta. Entrambe gestiscono un ambulatorio a bassa soglia rivolto a persone e famiglie italiane e straniere che non possono accedere, anche temporaneamente, per legge o per situazioni di disagio, alle prestazioni e ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Grazie alla convenzione con le rispettive Aziende Sanitarie

Rif.

Lucio Boattini, *medico volontario*
Salute e Solidarietà FO
lucioboa@gmail.com

Corrado Fini, *medico volontario*
Sokos Bologna
corrado-f@alice.it

di riferimento, la prescrizione di farmaci e di prestazioni specialistiche a chi ha il codice STP è possibile sul ricettario del SSN.

Entrambe forniscono direttamente anche visite specialistiche, compresa l'assistenza psicologica e la consegna diretta di farmaci. Sokos, inoltre, assicura direttamente, con propria strumentazione, anche l'odontoiatria e le principali diagnostiche strumentali ultrasonografiche, oltre ad un piccolo laboratorio tipo POC (Point of Care).

Il diverso contesto territoriale, istituzionale locale, organizzativo e le peculiarità che contraddistinguono le due OdV hanno portato ad utilizzare modalità di intervento e a promuovere iniziative diverse fra loro nei territori, pur nello stesso quadro normativo nazionale e regionale. Elemento quest'ultimo che testimonia la ricchezza e la vivacità del contributo delle associazioni di volontariato sanitario nella regione e degli ambulatori a bassa soglia nello specifico.

1. Salute e Solidarietà di Forlì

A Forlì, già a partire dagli ultimi giorni di febbraio 2022 sono arrivate oltre ottanta persone, autonomamente, in alcuni casi per ricongiungimento familiare o amicale, in altri del tutto casualmente, con mezzi di fortuna. Donne e bambini, in grande prevalenza, in grave difficoltà nel trovare alloggio, con bisogni di prima necessità. In breve il numero è aumentato con altri arrivi di singole persone singole o a gruppi, accolte nel sistema di accoglienza coordinato dalle Prefetture.

Da subito la Associazione "Salute e Solidarietà" ha preso contatti con la Prefettura, il Comune di Forlì e il Distretto di Forlì/AUSL, offrendo la piena disponibilità a collaborare, affiancando e supportando le Istituzioni. Il Comune di Forlì ha inserito l'Associazione nel gruppo locale di Coordinamento dell'assistenza ai profughi, affidandole il compito di assicurare assistenza sanitaria, fondamentale in quella fase in cui quasi tutti i profughi giungevano al di fuori di flussi coordinati dalla Prefettura e non erano ancora predisposti i percorsi delle istituzioni (cfr. capitolo dedicato al contesto). Di conseguenza, per queste persone, sprovviste di assistenza sanitaria, l'ambulatorio dell'associazione ha costituito il primo "sportello" a cui chiedere aiuto tramite il passaparola o l'invio da istituzioni ed altre associazioni della rete di coordinamento. I medici, infermieri, assistenti sociali volontari hanno offerto, in stretto raccordo con il Direttore di Distretto di Forlì, assistenza sanitaria e sociosanitaria, salvo le urgenze. È stata garantita la contemporanea presenza di un medico in medicina generale e di un pediatra. Sono stati ampliati gli orari dell'ambulatorio con orari dedicati ai profughi ucraini, assicurando una prima assistenza sanitaria alle persone con malattie, ma anche uno screening del loro stato di salute mediante:

- esecuzione di tamponi antigenici rinofaringei per la prevenzione dell'infezione da coronavirus Sars Cov-2. Si consideri che solo il 31% degli ucraini risultavano vaccinati, che queste persone provenivano da situazioni a rischio e sarebbero state ospitate in Italia in situazioni altrettanto a rischio (presenza di anziani nella famiglia ospitante, comunità di accoglienza più o meno numerose);
- valutazione dello stato vaccinale (adulti e minori) in riferimento sia al Covid-19 che a malattie non presenti nel nostro territorio ma ad alta incidenza in Ucraina;
- avvio alla vaccinazione anti Covid-19;
- visite mediche per valutare lo stato di salute e consegna o prescrizione di farmaci e di eventuali prestazioni strumentali;
- consegna e prescrizione di latte e alimenti per l'infanzia;
- visite specialistiche;
- supporto psicologico ad adulti e bambini;
- informazioni sulle modalità di regolarizzazione della propria condizione in base alle normative presenti.

Tutte le persone presentatesi nell'ambulatorio nel primo periodo sono state sottoposte a tampone rinofaringeo per screening COVID-19, per i minori si è accertato lo stato vaccinale, per quanto possibile, data la frequente assenza del libretto sanitario.

In totale sono state viste 70 persone:

- 25 minori (anni 0-14) Visti del Pediatra*, di cui 13 femmine e 12 maschi
- 45 adulti visti dal Medico di Medicina generale* di cui 35 donne e 10 uomini

Si elencano i numeri delle persone (con le patologie riscontrate) che hanno richiesto successiva visita specialistica e attivazione di percorsi diagnostici-terapeutici e visite di controllo del pediatra* o del medico di medicina generale*

Minori: 1 disturbi spettro autistico, 2 carie denti decidui (odontoiatra*), 1 fimosi (chirurgo*), 1 deficit visivo (oculista*) altre patologie: flogosi vie aeree superiori 3, flogosi vie urinarie 1, allergia 1, calo ponderale 1.

Donne: 4 patologie oncologiche, 1 screening senologico, 2 patologie neurologiche (di cui 1 epilessia) (neurologo*), 1 patologia gastroenterologica (gastroenterologo*), 1 patologia ginecologica post partum (ginecologo*), 1 esiti di intervento cardiocirurgico, 1 esiti di safenectomia, 2 patologie dentali (prestazioni odontoiatriche) di cui 1 anche del visus (visita oculistica*).

Uomini: 1 diabete mellito tipo 1 (diabetologo*), 1 esiti di splenectomia, 1 ipertensione arteriosa, 1 rinite allergica (allergologo*), 1 coxartrosi invalidante (fisiatra*/ortopedico),

recente estrazione dentaria (visita odontoiatrica), 3 patologie articolari (fisiatra*/ortopedico).

Legenda: medico di medicina generale*, specialista* sono segnalati con asterisco* quando volontari dell'associazione

Dal 21 Marzo scorso, lo scenario è modificato. Sulla base delle disposizioni nazionali e regionali l'Ausl della Romagna ha aperto per ogni città capoluogo un punto unico di accesso. In quella sede, concentrati in un unico accesso, venivano eseguite tutte le prestazioni previste dalle direttive sopra descritte e rilasciata la tessera STP in attesa di ottenere l'iscrizione al SSN tramite il rilascio del permesso di soggiorno temporaneo e l'assegnazione del pediatra di libera scelta laddove necessario. Allo sportello di Forlì in quell'occasione veniva consegnato alle famiglie un foglio informativo, predisposto da "Salute e Solidarietà", in Italiano e Ucraino, con la descrizione dei servizi offerti ai titolari di codice STP.

Nei mesi successivi, avvenuta l'iscrizione al SSN e la scelta del Medico di Medicina Generale (MMG), si notava la ingente riduzione degli accessi all'ambulatorio dell'associazione per motivi clinici.

D'altra parte la difficoltà, tuttora persistente, di prevedere quanto le famiglie di profughi, al di là della volontà espressa di rientro in patria, si sarebbero fermate nel nostro territorio, ha indirizzato "Salute e Solidarietà" a concentrare il suo impegno in due direzioni specifiche:

- assicurare alcune prestazioni sanitarie, previste dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ma difficilmente accessibili, quali l'assistenza psicologica alle donne (due sono state seguite da etnopsicologo e psichiatra*), anche attraverso l'utilizzo di un fondo "Emergenza Ucraina" creato ad hoc da Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì e Caritas Forlì-Bertinoro;
- mettere in campo una progettazione specifica volta ad aiutare e favorire l'integrazione delle famiglie ucraine, alcune multiproblematiche, nel tessuto sociale e l'inserimento dei bambini nella scuola e nell'"extrascuola", in collaborazione con le istituzioni scolastiche e altre associazioni di volontariato attive in ambito sociale.

"Salute e Solidarietà" ha, inoltre, promosso raccolte-fondi che le hanno consentito tre spedizioni in Ucraina di farmaci e presidi medico-chirurgici espressamente richiesti, utili in uno scenario di guerra e inoltre, di latte in polvere e omogenizzati per i bambini. Per garantire il loro invio l'Associazione ha attivato un canale diretto, in grado di tutelare l'invio del materiale in Ucraina, mediante un riferimento locale, rappresentato dal Rev. Volodymyr Medvid, direttore della Caritas dell'Esarcato Apostolico Ucraino e

dall'Arcidiocesi di Ivano-Frankivsk della chiesa cattolica Ucraina.

"Salute e Solidarietà" in collaborazione con l'Associazione "San Giuda Taddeo", di costituzione Ucraina, e la Parrocchia di Santa Rita, ha incontrato bambini e genitori (per lo più mamme) ucraini arrivati dopo l'inizio della guerra e ospiti di famiglie locali o in strutture come il "Centro di Accoglienza Straordinaria" della Croce Rossa Italiana. È stato un incontro di animazione e di spensieratezza per i tanti bambini presenti, con merenda e intrattenimento da parte delle educatrici dell'associazione "La Tribù dei Piedi teneri". In tale occasione sono state offerte informazione in merito all'accesso ai servizi e alle attività messe in campo, oltre che ascolto e gestione dei problemi di salute delle famiglie ucraine.

2. Sokos di Bologna

In un primo periodo è stato organizzato a Bologna un Hub di accoglienza in piazza XX Settembre (Stazione) dove venivano accolti i profughi ed indirizzati alle diverse attività necessarie in relazione ai bisogni rilevati.

I primi profughi ucraini sono arrivati alla osservazione di Sokos all'inizio del mese di marzo del 2022 ed hanno progressivamente impegnato l'attività ambulatoriale, fino a rappresentare la popolazione prevalente nel mese di maggiore accesso.

Dal 1° marzo al 20 maggio 2022 sono stati presi in carico e sottoposti sia a visite di medicina generale che di specialistica e di diagnostica strumentale 172 persone ucraine, in prevalenza donne (157 donne e 15 uomini) così distribuite:

- Marzo: 33 pazienti, tutte donne
- Aprile: 56 pazienti, 48 donne 8 uomini
- Maggio: 83 pazienti, 76 donne 7 uomini
- Non ci sono dati sui mesi successivi, anche perché l'accesso di questa popolazione si è quasi azzerato, molto probabilmente in seguito alla pubblicazione del DPCM 28 marzo 2022 (Misure di protezione temporanea per le persone provenienti dall'Ucraina in conseguenza degli eventi bellici in corso) che dà ai profughi richiedenti protezione temporanea e il diritto ad essere assistito da un MMG.

La netta prevalenza di donne è, con tutta evidenza, spiegabile col fatto che la popolazione maschile è reclutata per le attività belliche. Le pazienti hanno raccontato che anche agli uomini non in età per svolgere servizio militare è stato richiesto di rendersi disponibili per servizi accessori (trasporti di cibo, fornitura di beni di conforto, masserizie, coperte ecc.). Inoltre l'età media era intorno ai 60 anni, verosimilmente per il fatto che le più giovani esitano a

lasciare il marito, militare, e le più anziane non reggono l'idea di un lungo e faticoso viaggio.

Nel fornire assistenza ci si è confrontati con modalità di cura molto diverse dalle nostre. Qualche esempio:

le persone ipertese raramente seguono fedelmente una terapia costante e quotidiana (come dovrebbe essere), ma solo in occasione del rilievo di elevati valori pressori. Atteggiamento assolutamente privo di efficacia, ma, al contrario, pericoloso. I medici dell'ambulatorio hanno impiegato gran parte del tempo al fine di fornire informazioni rispetto a quale fosse il modo giusto di assumere la terapia e ci si è scontrati sempre col problema di mancanza di risorse. Naturalmente per il periodo di stazionamento

Sono state seguite due sorelle affette da "Epilessia" che non effettuavano terapia profilattica, con indicazione ad assumere farmaco «al bisogno», cioè dopo la crisi. Dal loro arrivo in Italia hanno assunto la farmacoterapia quotidianamente grazie al rifornimento dei farmaci da parte della associazione "Sokos".

Anche alcune decisioni relative all'esecuzione di interventi chirurgici sono giunte inaspettate, come la diffusissima pratica dell'isterectomia, in assenza di una precisa diagnosi di neoplasia. Presumibilmente una decisione risolutiva in alternativa ad un iter prolungato di necessari controlli e terapie e, pertanto, dispendioso.

Si è venuti a contatto con farmaci "strani": integratori totipotenti (che servivano un po' a tutto) non noti, il giudizio sui quali è stato "un farmaco per tutto" per evitare una, più corretta, politerapia dai costi eccessivi. Oppure farmaci a basso costo con indicazioni di efficacia dubbia. Qualche esempio: Korvalment: capsula con soluzione per mentolo componente attiva in aria mentilovy di acido isovalerian in numero di 100 mg. Indicazioni: neurovascular dystonia, slight attacks of angina pectoris, chronic ischemic heart disease, neurosis. In pratica una "mentina" da mettere sotto la lingua in caso di angina. Mexidol: agente antiossidante, il cui principio attivo è l'etil-metil-idrossipiridina succinato le cui indicazioni risultano essere: sindrome da distonia autonoma, deficit cognitivo lieve della genesi aterosclerotica, lesioni cerebrali traumatiche e loro conseguenze, disturbi acuti della circolazione cerebrale, disturbi d'ansia dovuti a condizioni nevrotiche, intossicazione acuta con antipsicotici, sindrome da astinenza nell'alcoolismo con predominanza di disturbi vegetativi-vascolari e nevrosi, infarto miocardico acuto (come parte della terapia complessa, dal primo giorno), processi acuti purulenti-infiammatori della cavità addominale, come peritonite e pancreatite necrotica acuta (come parte della terapia complessa), glaucoma primario ad angolo aperto (come parte della terapia di combinazione). Aspettative molto elevate per questa molecola.

3. Valutazione "governance" ibrida pubblico-volontariato

Le esperienze descritte dalle due Associazioni presentano aspetti comuni e suggeriscono alcune sintetiche ma interessanti considerazioni:

1. In entrambe le esperienze delle due OdV la barriera linguistica ha richiesto molto raramente l'utilizzo, previsto, di mediatori interculturali, perché le persone profughe erano accompagnate da ucraini, conoscenti o amiche già presenti nel territorio, il che testimonia la presenza di una ricca comunità ucraina, soprattutto badanti, che tiene rapporti molto stretti di solidarietà ed aiuto reciproco.
2. Ci si è confrontati con modalità di cura, diverse dalle nostre, e che derivano dal fatto che il modello sanitario ucraino è completamente privato, a carico diretto del paziente, dalle visite mediche all'acquisto dei farmaci, al costo della degenza ospedaliera.
3. Per quanto concerne il rapporto del volontariato con le istituzioni si può affermare che il mondo del volontariato, sufficientemente organizzato, è in grado di rispondere più prontamente a crisi ed emergenze rispetto alle istituzioni pubbliche, con i loro tempi e regole. Perché la risposta sia efficace è però fondamentale essere inseriti, da subito, con pari dignità, nei tavoli con le istituzioni invece che essere coinvolti in modo estemporaneo.
4. Per i profughi ucraini ed altri migranti sarebbe importante che le istituzioni trasferissero le norme, i percorsi semplificati, le prassi, la migliore integrazione fra il livello nazionale, centrale e locale, la maggiore celerità di risposta. È di fondamentale importanza che l'atteggiamento di maggiore accoglienza messo in atto verso i profughi ucraini venga adottato anche nei confronti di tutti gli altri stranieri che giungono nel territorio italiano, peraltro in un numero minore e meno concentrato nel tempo.
5. Altra considerazione va fatta in merito all'arricchimento delle associazioni: esperienze come queste servono a migliorare la loro organizzazione, a oliare alcuni percorsi e procedure sia nell'attività routinaria non solo ambulatoriale, ma anche nei progetti con le famiglie in difficoltà. Contribuiscono a farle conoscere e apprezzare dalle istituzioni e dalle altre associazioni, rafforzando la rete territoriale oltre che ad accrescere la motivazione dei volontari
6. L'esperienza fatta, infine conferma l'importanza di un sistema sanitario gratuito ed universalistico. Non solo per motivi di vantaggio economico, ma anche per l'impatto positivo sulla salute e sul suo determinante sanitario. Un vantaggio per tutti del quale spesso non ci si rende conto, che va assolutamente difeso nonostante i suoi limiti e difetti.

Ocean Viking a Ravenna

L'accoglienza a persone migranti lontano dalle rotte abituali

A cura di
Antonella Mastrocola

Intervista a **Tiziana Marzulli**

Dirigente Medico Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità AUSL della Romagna, ambito di Ravenna, Coordinatrice team area sanitaria sbarco Ocean Viking. Coordinatrice équipe multiprofessionale ambulatorio migranti Ravenna e membro del tavolo Aziendale dell'AUSL Romagna "Migrazione e Vulnerabilità"
tiziana.marzulli@auslromagna.it

98

Questa intervista è stata realizzata poco dopo il primo sbarco avvenuto al Porto di Ravenna il 31 dicembre 2022. Ad esso ne è seguito un altro che ha potuto beneficiare di una macchina organizzativa oramai ben consolidata anche se l'impatto umano e la fatica e il dolore di sostenere gli sguardi di persone in movimento con storie migratorie difficili e a volte violente, i cui beni sono racchiusi in una sportina di plastica e il futuro è un'incognita, è una dimensione che interroga in egual modo a qualsiasi incontro.

D1. L'arrivo della «Ocean Viking» di SOS Méditerranée il 31 dicembre 2022 a Ravenna è stata la prima esperienza di sbarco di persone salvate in Mediterraneo in Emilia-Romagna. Come ha funzionato la macchina organizzativa considerando anche il breve preavviso.

Il Coordinamento generale della macchina organizzativa è stato affidato alla Prefettura che ha convocato in incontri dedicati tutte le figure professionali utili ad affrontare l'emergenza della Ocean Viking. Per la parte sanitaria, sono stati coinvolti nelle operazioni il Distretto di Ravenna, il Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità, il Dipartimento di Sanità Pubblica, il Presidio Ospedaliero, il 118. I volontari della Croce Rossa del Comitato di Ravenna hanno avuto un ruolo cruciale in ogni fase, dalla logistica all'accoglienza di ciascun richiedente asilo, al supporto per le visite mediche. L'area sanitaria è stata organizzata in modo da prevedere uno spazio dedicato all'effettuazione dei tamponi screening SARS-COV-2 e 4 ambulatori (un punto medico avanzato, in cui erano presenti il personale

Rif.
Antonella Mastrocola, Medico Psichiatra,
Direttore F.F. DSM-DP di RA
349 4949229
antonella.mastrocola@auslromagna.it

infermieristico del 118 e i pediatri, e 3 ambulatori medici per l'effettuazione di brevi visite finalizzate all'inquadramento delle condizioni generali delle persone presenti sulla Ocean Viking). La reportistica inviata dal medico presente sulla nave ha consentito, infine, di allertare e coinvolgere specifiche figure specialistiche e unità operative (medico psichiatra, U.O. Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso, U.O. di Pediatria) Dopo la valutazione sanitaria, ciascuna persona è stata presa in carico per le parti sociale e burocratica.

D2. Al momento dello sbarco erano presenti in banchina più di 250 persone afferenti a diverse Istituzioni e al mondo del volontariato. Come è stato possibile coordinare una rete così ampia

È stata un'esperienza complessa da molti punti di vista: il particolare periodo dell'anno, il breve preavviso, l'assoluta novità per Ravenna non abituata a eventi simili che in altre realtà d'Italia rappresentano una consuetudine. Sono stati determinanti i numerosi momenti di confronto fra tutti i professionisti, lo spirito di solidarietà e di accoglienza e il lavoro instancabile dei volontari di Caritas e Croce Rossa. Ognuno ha fatto la sua parte in maniera coordinata e integrata e ciò è servito anche ad arginare gli inevitabili imprevisti. Un importante punto di forza è stata la rete di relazioni e collaborazioni esistente sul nostro territorio rafforzate negli ultimi anni dalla partecipazione di molti degli attori coinvolti al Progetto Europeo ICARE e dal FAMI START-ER

D3. Quali criticità avete incontrato e come le avete superate

Per la parte sanitaria ci sono state diverse situazioni critiche e meritevoli di particolare attenzione: vittime di violenza, donne in gravidanza, bambini piccolissimi, fragilità psicologiche. Per ciascuna persona è stato costruito un percorso a seconda dei bisogni rilevati. La tempistica così contenuta non avrebbe aiutato se non ci fosse stata a monte un'organizzazione certosina e un livello massimo collaborazione e dialogo fra tutti i professionisti. Tutto è perfettibile, ma devo dire che è stata messa in piedi una macchina straordinaria.

D4. A bordo erano presenti anche molti bambini. Questo ha comportato un elemento di complessità

A bordo erano presenti numerosi minori, 8 con età inferiore a 5 anni (c'era anche un neonato). Erano 35 i minori stranieri non accompagnati. Sicuramente la loro presenza ha rappresentato un elemento critico per molteplici motivi psicologici e bisogni sanitari. La presenza dei pediatri con personale infermieristico dell'UO di Pediatria è stata sicuramente una risorsa fondamentale e rassicurante.

D5. Quanto è stato importante il ruolo dei mediatori interculturali e come avete fatto a reperirne un numero così importante in breve tempo e in un periodo dell'anno non facile

Pensare a una macchina come quella organizzata a Ravenna senza la presenza dei mediatori, sarebbe stato come plasmare un gigante senza gambe. I mediatori sono centrali. Se devo pensare alla parte che mi compete, alla parte sanitaria, non riesco a immaginare il nostro lavoro quotidiano senza la presenza dei mediatori. Ancor più non riesco a immaginarmi la giornata dell'Ocean Viking senza di loro. Sono figure che riescono a entrare in sintonia con il paziente, lo mettono a proprio agio e diventano la sua voce. Sono in grado di attivare una connessione fra personale sanitario e paziente che annulla istantaneamente ogni barriera. Data la particolarità dell'evento, anche per i mediatori si sono unite le forze. All'inizio non è stato semplice trovare disponibilità data la giornata particolare (era il 31 dicembre) e il brevissimo preavviso. Tutte le istituzioni presenti hanno attivato e condiviso tutte le risorse disponibili e alla fine il numero dei mediatori presenti è stato soddisfacente.

D6. Quali possibili scenari futuri

Nell'ipotesi di altre navi in arrivo, partiremo da quanto fatto. Abbiamo ben chiari, a questo punto, i punti di forza e quanto va alleggerito o perfezionato. Di sicuro va calibrato il numero di forze operative da mettere in campo sulla base del numero delle persone in arrivo e prevedere momenti di briefing sia ristretti per area che allargati a tutti i professionisti e ai volontari, utili ad integrarsi e a superare gli imprevisti.

Separazioni e perdite nella consapevolezza della crescita

Mi chiamo Samir, ho 26 anni, sono nato in Marocco, ho lasciato la scuola a 16 anni dopo alcune bocciature. Non mi piaceva studiare e ho deciso di lavorare "nel terreno di proprietà di mio padre". Svolgevo attività sia in campagna che di tipo meccanico; in quel periodo, in quei miei 16 anni, ho iniziato a frequentare un "nuovo gruppo" che mi ha portato a fare scelte sbagliate. "Dopo tante cazzate" i miei genitori si sono stancati e a 18 anni mi hanno mandato in Italia dove ho vissuto con il mio fratellastro; non andavamo d'accordo per cui poco dopo ho affittato con altri miei paesani un appartamento. Qui ho conosciuto una ragazza più grande di me e siamo andati a vivere insieme per tre anni, intanto lavoravo. Tuttavia a causa delle conoscenze che avevo ho lasciato il mio lavoro per fare soldi facili; così ho iniziato a spacciare e sono tornato nella casa dei miei genitori solo quando il mio fratellastro se ne era andato. Nel 2017 sono stato arrestato ed ho fatto 9 mesi in carcere. Una volta uscito sono tornato a vivere con la mia ragazza perché la casa di mio padre era stata venduta all'asta. Spacciavamo insieme ma le cose non sono durate molto e ci siamo lasciati. In questi anni ho girato per varie città: Torino, Verona, Modena, Milano...in tutte continuavo a spacciare. Solo ora mi accorgo che tutti questi sbagli sono stati causati da scelte mie, dal fatto che non ho ascoltato e accettato tutto l'aiuto che mi veniva offerto soprattutto dai miei genitori. Nel 2019 a Modena ho conosciuto la ragazza con cui sto tuttora. Con lei ho passato un anno tranquillo, continuavo a fare ciò che ho sempre fatto, mentre cercavo di tenere lei lontano dal giro che avevo. A marzo 2020, avevo 23 anni, è nato il mio primo figlio Anwar, accanto alla gioia per la sua nascita sono però cambiato in peggio; per tanti motivi non ho mai avuto il permesso di vederlo, e questo ha peggiorato la mia vita perché anche se il figlio era arrivato per caso, aveva aperto molti altri desideri.

Alla mia ragazza le è stato lasciato nostro figlio solo per tre giorni dopodiché le è stato tolto per vari motivi, tra cui abuso di cocaina. Dopo sei mesi dalla sua nascita sono stato ancora arrestato per spaccio; non solo, in quel periodo avevo iniziato a bere molto e non facevo altro che litigare con la mia compagna. L'alcol mi cambiava, non ragionavo, non pensavo, non riuscivo a migliorare la situazione che si era creata ma non ho fatto altro che peggiorare tutto. Sette mesi dopo, una volta uscito dal carcere, non volevo più avere a che fare con lei, cercavo di allontanarla da me, ma non ci sono riuscito. In accordo con il mio avvocato ho cercato di farla riavvicinare al bambino e sono riuscito a farla entrare all'interno di una casa famiglia con Anwar. Io intanto cercavo lavoro a Verona, con lei facevo videochiamate ma non le era permesso mostrarmi il bambino perché è minorenne. Tutto ciò mi

generava rabbia e tanta voglia di vedere mio figlio che aveva in quel momento sette mesi ed io ancora non l'avevo visto. La voglia di vederlo era troppa; sono tornato da Verona e con l'assistente sociale ho iniziato un corso per il riavvicinamento con mio figlio ma non ho avuto la pazienza giusta. Mi sentivo continuamente provocato dalla assistente sociale che mi prometteva di vedere mio figlio, seppur non fosse possibile, così di nascosto mi sono organizzato al telefono con la mia compagna e, mentre lei giocava col bambino nel giardino della casa, mi sono presentato ed ho scavalcato la rete per vedere mio figlio; le telecamere, però, hanno ripreso tutto e questo non ha fatto altro che peggiorare la situazione. La mia compagna è stata dimessa dalla casa famiglia e le hanno tolto il bambino spostandolo in un'altra struttura. Noi ci siamo messi di nuovo insieme, ma io sono caduto in depressione, non avevo voglia di fare nulla, portavo gente a casa, bevevo di continuo... la mia vita girava attorno allo spaccio e all'alcol; non mi rendevo conto di quello che stavo perdendo. Nel 2021 scopriamo che stiamo aspettando un'altra bambina e quattro mesi prima del parto io vengo nuovamente arrestato.

Questo tempo passato in carcere per me ha rappresentato una sfortuna ma anche una fortuna. Sono cambiato in un anno, ho avuto modo di ragionare e ripensare a tutti gli errori commessi in passato e per la seconda volta ho perso la nascita di mia figlia; avevo fatto richiesta di uscire dal carcere ed essere presente alla data presunta per la nascita e me l'avevano accettata, ma mia figlia è nata 10 giorni prima e non mi è stato dato un secondo permesso. Questo ultimo evento mi ha distrutto ulteriormente. Durante l'ultimo anno e tre mesi di carcere sento di esser cresciuto, di avere una maggiore consapevolezza sulle scelte sbagliate che ho fatto e sulle strade buie che ho preso. Per questo motivo devo dire grazie al carcere che mi ha aperto la mente con la scuola, con lo psicologo, con il corso di ristorazione e con il lavoro nella cucina del carcere... sentivo di stare riprendendo in mano la mia vita. In parallelo devo ringraziare anche i miei due avvocati che mi hanno accompagnato e cercato l'alternativa al carcere con l'inserimento in Comunità Terapeutica della "Papa Giovanni XXIII" di Rimini. La Comunità mi sta aiutando molto, anche se sono qui solo da cinque mesi, perché prima mi sentivo lontano e fuori da tutto. Ora inizio a vivere sensazioni di benessere, riesco a guardare il mondo con altri occhi e anche se la strada è ancora lunga io voglio andare avanti per questo cammino per realizzare i miei sogni, i miei desideri. Oggi sento di poterli riprendere in mano.

Samir

(Comunità terapeutica "Papa Giovanni XXIII" di Rimini)

Articoli

Lindert J, Neuendorf U, Natan M, Schäfer I.
 ESCAPING THE PAST AND LIVING IN THE PRESENT: A QUALITATIVE
 EXPLORATION OF SUBSTANCE USE AMONG SYRIAN MALE REFUGEES
 IN GERMANY
 in Confl Health. 2021 Apr

Francesco Martorana, Nadia Rania, Francesca Lagomarsino
 SOCIETÀ INCLUSIVE E IMMIGRAZIONE:
 UN'ANALISI SISTEMATICA DELLA LETTERATURA
 In Studi Emigrazione, A. 58, n. 222 (apr. -giu. 2021)

AA VV
 UNDERSTANDING HOW EASTERN EUROPEAN MIGRANTS USE
 AND EXPERIENCE UK HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC SCOPING REVIEW
 BMC Health Serv Res. 2020 Mar

Veronica Redini, Francesca Alice Vianello (a cura di)
 LA SALUTE DELLE E DEI MIGRANTI
 in Mondi migranti: Rivista di studi e ricerche sulle migrazioni
 internazionali, n. 3 (2020)

Thierry Baudet , Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
 MIGRANTS' MENTAL HEALTH:INVISIBLE WOUNDS
 (in francese) in La Revue du praticien, Rev Prat. 2019 Jun

Giulia Galera (a cura di)
 COMUNITÀ ACCOGLIENTI E SVILUPPO LOCALE
 in Welfare oggi, A. 23, n. 4-5 (lug.-ott. 2018)

Marco Terraneo, Mara Tognetti Bordogna
 È POSSIBILE STUDIARE LA RELAZIONE
 TRA IMMIGRAZIONE E SALUTE IN ITALIA?
 In Rassegna Italiana di Sociologia, A. 49, n. 4 (ott.-dic. 2018)

AA VV
 PRIMARY CARE FOR REFUGEES AND NEWLY ARRIVED MIGRANTS IN EUROPE:
 A QUALITATIVE STUDY ON HEALTH NEEDS, BARRIERS AND WISHES
 In Eur J Public Health. 2018 Feb

AA VV
 «I FEEL LIKE I AM LESS THAN OTHER PEOPLE»:
 HEALTH-RELATED VULNERABILITIES OF MALE MIGRANTS TRAVELLING
 ALONE ON THEIR JOURNEY TO EUROPE
 Soc Sci Med. 2018 Jul

AA VV
 TRANSNATIONALISM AND HEALTH:
 A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW ON THE USE
 OF TRANSNATIONALISM IN THE STUDY
 OF THE HEALTH PRACTICES AND BEHAVIORS OF MIGRANTS.
 In Soc Sci Med. 2017 Jun

Sandblom M, Mangrio E.
 THE EXPERIENCE OF NURSES WORKING WITHIN A VOLUNTARY NETWORK:
 A QUALITATIVE STUDY OF HEALTH CARE FOR UNDOCUMENTED MIGRANTS
 In Scand J Caring Sci. 2017 Jun

Goodall KT, Newman LA, Ward PR.
 IMPROVING ACCESS TO HEALTH INFORMATION
 FOR OLDER MIGRANTS BY USING GROUNDED THEORY AND SOCIAL NETWORK
 ANALYSIS TO UNDERSTAND THEIR INFORMATION BEHAVIOUR
 AND DIGITAL TECHNOLOGY USE.
 In Eur J Cancer Care (Engl). 2014 Nov

Risorse elettroniche

Giovanna Marconi, Adriano Cancellieri (a cura di)
 IMMIGRAZIONE E WELFARE LOCALE NELLE CITTÀ METROPOLITANE
 Bari – Milano – Napoli – Torino – Venezia
 Franco Angeli, 2022 [Risorsa elettronica - libera consultazione]
<http://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/815/664/4731>

Massimiliano Fiorucci e Massimo Margottini (a cura di)
 CREARE RETI PER IMMIGRATI
 Franco Angeli, 2020 [Risorsa elettronica - libera consultazione]
http://www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?id=26641

PRIMO PELLEGRINI, U.O. Dipendenze Patologiche, Centro Studi e Documentazione di Rimini - primo.pellegrini@austrormagna.it



“Parliamone Insieme” è una iniziativa di comunicazione sui temi della salute mentale con la finalità non solo di informare ma di stimolare un cambiamento culturale e di lotta allo stigma.

Il progetto è promosso dalla Consulta regionale salute mentale dell’Emilia-Romagna e vede la collaborazione della rete di Esperti in Supporto fra Pari (ESP), delle associazioni di familiari e utenti, dei professionisti dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche ed è supportato dalla Regione Emilia-Romagna.

“Parliamone Insieme”, oltre a trattare i temi affrontati dalla Consulta e mettere in rete le esperienze locali sperimentate in Emilia-Romagna, raccoglie le attività e gli eventi promossi dalle associazioni, dai servizi sanitari o da altri soggetti, le informazioni e le opportunità offerte dalla rete sociale e sanitaria.

Per conoscere tutti gli eventi e news della regione:

<https://www.parliamoneinsieme.org/>

| S O M M A R I O |

- 1** EDITORIALE
Progetti di vita e programmi di cura
Paolo Ugolini, Antonella Mastrocola, Andrea Facchini, Monica Pacetti, Luana Oddi
- 3** LETTURA MAGISTRALE
Generazioni rubate
Roberto Bertolino, Simone Spensieri
- 7** LETTURA MAGISTRALE
La salute mentale degli individui con background migratorio
Mara Tognetti Bordogna
- 15** LINEE DI INDIRIZZO REGIONE ER
L'integrazione dei migranti: plurale, equa ed inclusiva
Andrea Facchini
- 23** INTERVISTA
a Salvatore Inglese
Salute mentale e popolazioni migranti
A cura di **Monica Pacetti e Paolo Ugolini**
- 29** VALUTAZIONE NPIA
Clinica transculturale e percorso clinico multidisciplinare
Donatella De Buglio, Alessia Ravarelli, Rebecca Rossi, Alberto Cortesi, Elisabetta Molinari
- 34** VALUTAZIONE SERDP
Interventi in cambiamento per persone in movimento
Elisa Martino, Sara Montuori, Nicoletta Russo
- 39** VALUTAZIONE SERDP
Approcci di prossimità e servizi a bassa soglia
Marianna Parisotto, Dolores Celona, Samantha Giudice, Ferdinando Cerrato, Valeria Gentilini, Nadia Assueri, Leonardo Mammana, Francesco Santacroce, Madeleine Kana, Agnese Drusiani, Alessio Crotti, Meri Bassini
- 44** VALUTAZIONE CSM
Centro Salute Mentale e utenza straniera
A cura di **Maria Inglese, Emanuela Leuci, Germana Verdoliva, Marianna Cavalli, Leonardo Tadonio, Giulia Painsi**
- 49** VALUTAZIONE CSM
La Competenza Culturale degli infermieri in psichiatria
Ilaria Tarricone, Anna Tsyganova, Alessandra Cataneo, Margherita Alfieri & Gruppo di Lavoro CC_RER
- 54** VALUTAZIONE CSM
Aiutiamoli a casa nostra
Cinzia Zanoli, Stefano Brunello, Federica Kusmann, Giancarlo Gibertoni
- 59** VALUTAZIONE SERVIZI MULTISTAKEHOLDER
Servizio AUSL di mediazione linguistico culturale ed interpretariato
Pierpaolo Fantoni, Paolo Ugolini, Silvia Valpiani
- 66** VALUTAZIONE SERVIZI MULTISTAKEHOLDER
Reggiane OFF, un intervento di inclusione cittadina
Michela Caporusso
- 71** VALUTAZIONE SERVIZI MULTISTAKEHOLDER
L'équipe marginalità a Rimini: ripensare i modelli di cura a partire "dal basso"
Simona di Marco, Nicoletta Russo
- 75** VALUTAZIONE FORMAZIONE
Sensibilizzare i migranti alla salute e al benessere
Emilio Porcaro, Magda Burani, Massimo Demme
- 79** VALUTAZIONE CARCERE
La relazione che cura in carcere
Dolores Celona, Francesca Dore, Agnese Drusiani, Luana Fabiano, Angela Pia Greco, Roberta Nocella
- 83** VALUTAZIONE CARCERE
La riduzione del danno entra negli istituti penitenziari
Mohamed Sabri, Luana Oddi, Jelena Manca, Luca Magnavacchi, Federico Paolini, Angela Zannini, Claudio Ferretti
- 88** DIBATTITO CULTURALE
L'alternativa nomade
Pietro Pellegrini
- 94** PAGINA APERTA
Assistenza sanitaria, e non solo, a profughi ucraini
Lucio Boattini, Vanni Cuni, Laura Gaspari, Paola Piccinini, Daniela Valpiani, Giorgio Maria Verdecchia, Corrado Fini
- 98** INTERVISTA
Ocean Viking a Ravenna
A cura di **Antonella Mastrocola**
- 100** LETTERE ALLA REDAZIONE
Separazioni e perdite nella consapevolezza della crescita
Samir